Please complete and return this form by August 9, 2010

Join us for
NEW FAMILY ORIENTATION WEEKEND
August 27 – 29, 2010

☐*Yes! We will attend.* ☐*No, we are unable to attend.*

Registration Form

Please give the following information for all persons who will attend the weekend.

Name of student attending CSD | **Department: Early Childhood Education, Elementary, Middle School, High School or Special Needs** | **Grade**

_____ _____ **Gr:**_____

_____ _____ **Gr:**_____

_____ _____ **Gr:**_____

List other family Members who will attend (☐ Check here if additional names listed on separate sheet)

Name (First and Last)	**Age (Children only)**	**Grade**	**Male/Female**	**Deaf/Hearing**
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

___I/We will need an interpreter/translator for:
(Please specify language) _____

___I/We will stay in the cottages at CSD.

___I/We will commute.

Name of Parent(s):_____

Address:_____Apt. no._____

City: _____Zip Code: _____

Telephone: ( )_____ Cell: ( )_____
area code area code

Email: _____

Please return by August 9, 2010 to:
Admissions Office
California School for the Deaf
39350 Gallaudet Drive, Fremont, CA 94538
510-794-3720

Por favor complete y regrese esta forma antes del 9 de Agosto de 2010

¡Reuniese con nosotros!

FIN DE SEMANA DE ORIENTACION PARA FAMILIAS NUEVAS el 27-29 de Agosto, 2010

☐ *!Si vamos atender!* ☐ *No podemos atender*

Forma de Inscripción

Por favor, anote la siguiente información de <u>todas</u> las personas que asistirán al Fin de Semana.

Nombre del estudiante(s) que asiste a CSD	**Departamento**: **Early Childhood Education, Elementary, Middle School, High School o Special Needs**	**Grado**
_____	_____	**Gr:**_____
_____	_____	**Gr:**_____
_____	_____	**Gr:**_____

Apunte todos miembros de la familia que van atender (☐ Marque si tiene lista separada con otros nombres)

Nombre (Primer y apellido)	**Edad** (de los niños)	**Grado**	**Femenino/Masculino**	**Sordo/Oyente**
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

___Vamos a necesitar intérprete en:
(Especifique la lengua) _____

___Vamos a quedarnos en los dormitorios de CSD.

___Nos quedamos por noche en nuestra casa y viajamos cada día a CSD.

Nombre de padre(s):_____

Dirección: _____Numero de apartamento:_____

Ciudad: _____Código Postal: _____

Teléfono: ( )_____ Celular: ( )_____
código de área **código de área**

Coreo Electrónico: _____

Por favor devuelva antes del 9 de Agosto de 2010 a:
Admissions Office
California School for the Deaf
39350 Gallaudet Drive, Fremont, CA 94538
510-794-3720