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