

CARTERET PUBLIC SCHOOLS
Home Language Survey
Parent/Guardian Language Questionnaire

PLEASE PRINT CLEARLY

Date of Registration: _____

Student Name: _____ **Date of Birth** _____ **Age:** _____
 [First] [Middle] [Last]

Country of Birth: _____ **Gender:** _____

First Entry Date Into a United States School: _____
 *(This information is used for data collection and funding purposes only.)

Date of School Entrance: _____

Student Ethnicity: Hispanic or Latino

Race: American Indian Asian Black Pacific Islander White

Directions: Check or write in the correct response for each of the following questions about your child. Do not leave blank.

- What language did the child learn when he/she first began to speak?
 English _____ Other Language [specify] _____
- What language does the family speak at home?
 English _____ Other [specify] _____
- What language does the child speak to his/her parents?
 English _____ Other [specify] _____
- Please list any ESL/Bilingual program attended, if any:
 Place: _____ Dates attended: _____

Parent/Guardian Signature

Date

For the Teacher to Complete After Testing

- The student has been interviewed by the ESL teacher. It is the recommendation that the student: ***(Check all that apply)**
 - Be tested for services
 - Be placed in a monolingual classroom / does not require services
 - Be placed in a Bilingual/ESL Program
 - Student given an oral interview only. [To be used only with students in the US more than 6 years.]

Signature of ESL Teacher

Date

CARTERET PUBLIC SCHOOLS
Home Language Survey
Cuestionario Para Padres/ Tutores

POR FAVOR ESCRIBA CLARAMENTE

Fecha de Registracion: _____

Nombre del Estudiante: _____ **Fecha de Nacimiento** _____ **Edad:** _____
 [Primer] [Medio] [Apellido]

Pais de Nacimiento: _____ **Genero:** _____

Primer Fecha de entrada en una escuela en EEUU: _____

Etnicidad del Alumno: Hispanic or Latino

Raza: American Indian Asian Black Pacific Islander White

Direcciones: **Marque o conteste la respuesta correcta para cada una de las siguientes preguntas acerca de su hijo/hija.**
No deje en blanco

1. Cuál idioma hablo su hijo cuando él o ella primero empezó a hablar? Liste todos idiomas.

Inglés _____ Otro idioma [nombre el idioma] _____

2. Qué idioma habla la familia en casa?

Inglés _____ Otro idioma [nombre el idioma] _____

3. Qué idioma habla el niño o la niña con sus padres?

Inglés _____ Otro idioma [nombre el idioma] _____

4. Por favor de nombrar cualquier programa de ESL o Bilingüe al que haya asistido el niño/niña anteriormente:

Lugar: _____ Fechas de Asistencia: _____

Firma del Padre/Tutor

Fecha

Para el Maestro

5. El alumno ha sido entrevistado por un maestro de Inglés Como Segundo Idioma. Es la recomendación que el alumno:

Se examinado para servicios bilingües y de Inglés Como Segundo Idioma

Sea puesto en una clase monolingüe / no necesita servicios

Sea puesto en una clase Bilingüe o de ESL

Esos niños que llevan seis o más años en los Estados Unidos recibirán un examen oral para determinar si necesitan servicios.

Firma del Maestro de ESL

Fecha