

## HOME LANGUAGE SURVEY

To Be Completed by Parent or Guardian

Student I.D. No. \_\_\_\_\_

Student Name: \_\_\_\_\_  
Last First Middle

Date of Birth: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Grade: \_\_\_\_ Parents' Language: \_\_\_\_\_ Student's Language: \_\_\_\_\_  
Month Day Year

Date Entered School: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Month Day Year

If the answer is "YES" to any of these questions, the student must be tested for English proficiency.

- |  |                              |                             |
|--|------------------------------|-----------------------------|
| 1. Is a language other than English spoken at home?                      | Yes <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 2. Did the student have a first language other than English?             | Yes <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 3. Does the student most frequently speak a language other than English? | Yes <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |

School: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ Parent/Guardian Signature: \_\_\_\_\_

## ENCUESTA SOBRE EL IDIOMA HABLADO EN EL HOGAR

Debe ser completado por el/la padre/madre o tutor/a

No. De I.D. \_\_\_\_\_

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre Inicial

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_ Lengua Paterna: \_\_\_\_\_ Idioma del Estudiante: \_\_\_\_\_  
Mes Dia Año

Fecha de Entrada a la Escuela de los Estados Unidos: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Mes Dia Año

Si responde "Si" a alguna de estas preguntas, el estudiante debe tomar un examen para saber cual es su conocimiento del Inglés.

- |  |                              |                             |
|--|------------------------------|-----------------------------|
| 1. ¿Usan en su casa algun otro idioma que no sea el Inglés?              | Yes <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Tuvo el estudiante una lengua maternal dislinta al Inglés?           | Yes <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Habla el estudiante frecuentemente otro idioma que no sea el Inglés? | Yes <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |

Escuela: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Firma del Padre/Madre: \_\_\_\_\_

## SONDAJ SOU KI LANG TIMOUN NAN PALE

Pou paran oubyen moun ki responsab timoun nan ranpli

No. I.D. Elèv La \_\_\_\_\_

Non Elèv la: \_\_\_\_\_  
Non fanmi Non

Dat Fèt li: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Klas: \_\_\_\_ Lang paran Yo \_\_\_\_\_ Lang Elèv La: \_\_\_\_\_  
Mwa Jou Ane

Dat ou Antre U.S. Lekòl: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Mwa Jou Ane

Si repons lan se "Wi" pou nenpòt nan kesyon anba yo, elèv la dwe pran yon tès Anglè.

- |  |                              |                             |
|--|------------------------------|-----------------------------|
| 1. Eske yo sèvi ak yon lang ki pa Anglè lakay li?      | Yes <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 2. Eske elèv la te genyen yon premye lang anvan Anglè? | Yes <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 3. Eske elèv la abitye pale yon lang ki pa Anglè?      | Yes <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |

Lekòl: \_\_\_\_\_ Dat: \_\_\_\_\_ Slyati Paran: \_\_\_\_\_