



Tracy Unified School District

KINDERGARTEN SUMMER BRIDGE

INTEREST FORM

2020-2021



Would you be interested in your child participating in the Kindergarten Summer Bridge Program that is being offered in partnership with First 5 San Joaquin and Title 1.

☐ YES ☐ NO

If **YES**, complete the following information in order to receive a **registration packet** for the Kindergarten Bridge Program taking place on **June 7th through the 18th from 8:30am-11:30am**. Return this form along with your kindergarten registration packet to your zoned school office.

Students **FULL LEGAL NAME:**

FIRST NAME

MIDDLE NAME

LAST NAME

Date of Birth: ____ / ____ / ____ Language Spoken at Home: ____
Month Day Year

Home/Residence Address: ____
House # Street Apt # City State ZIP

Parent/Guardian Name: _____

Phone Number: (____) _____ E-mail address: _____

Does your child have any allergies we should be aware of or currently taking any medication? ☐ YES ☐ NO
If **yes**, please list below; additional documentation may be required.

Medications/allergies: _____

Has this child attended any Preschool, Head Start or Transitional Kindergarten Programs? ☐ YES ☐ NO

If **yes**, which School and/or Program? _____
School Name City/State

This is **NOT** an enrollment form; **you will be required to complete a registration packet for the kindergarten summer bridge for your child to enroll**. If you would like more information or would like to pick up a registration packet, please call our School Readiness Office at 209-830-3355 or email mmartinez@tusd.net if you would like a registration packet emailed to you.

OFFICE USE ONLY: Please scan & email document to: mmartinez@tusd.net



Tracy Unified School District

PUENTE DE VERANO DE KÍNDER FORMA DE INTERES 2020-2021



Estaría interesado en que su hijo participe en el Programa Puente de Verano de Kínder que se ofrece en asociación con First 5 de San Joaquín y el Título 1. ☐ SI ☐ NO

Si la respuesta es sí, complete la siguiente información para recibir un paquete de inscripción para el programa Puente de Verano de Kínder que se llevará a cabo del **7 de junio al 18 de junio de 8:30am-11:30 am**. Devuelva este formulario junto con el paquete de registro de kínder a la oficina de la escuela correspondiente a su domicilio.

Nombre Legal y Completo del alumno:

PRIMER NOMBRE

SEGUNDO NOMBRE

APELLIDO

Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____
Mes Día Año

Idioma hablado en casa: _____

Residencia/Domicilio: _____
#Casa Calle#Apt Ciudad Estado Código Postal

Nombre del Padre/Guardián: _____

Número de Teléfono: _____ **Correo Electrónico:** _____

¿Tiene su hijo alergias de las que deberíamos estar enterados o está actualmente tomando medicamentos? ☐ SI ☐ NO
Si marco **sí**, por favor anote a continuación; documentación adicional pudiera ser requerida.

Medicamentos/alergias: _____

¿El niño/a ha asistido al Prescolar, Head Start o Programas para el Kínder Transicional? ☐ SI ☐ NO

Si marco **sí**, ¿a qué escuela o programa? _____
Nombre de la escuela/programa Ciudad/Estado

Esto **NO** es una forma de inscripción; **se le pedirá que complete un paquete de inscripción para el Puente de Verano de Kínder para que su hijo esté registrado**. Si desea más información o quiere recoger un paquete de inscripción, por favor llámé a nuestra Oficina de Preparación Escolar al 209-830-3355 o envíe un correo electrónico a mmartinez@tusd.net si desea que le enviemos un paquete de inscripción por correo electrónico.

OFFICE USE ONLY: Please scan & email document to: mmartinez@tusd.net