

# Compañeros de Lectura para la primavera de 2013

## Solicitud para los compañeros menores

El último día para entregar la solicitud es martes, el 22 de enero 2013  
en la Biblioteca Pública de Lafayette, 775 West Baseline Road, Lafayette, CO 80026

Padres/cuidadores pueden inscribir a los niños que están en grados 1-3 en el otoño. A medida que recibamos estas solicitudes, asignaremos un compañero de lectura mayor para su hijo o hija. La prioridad se dará a los residentes de Lafayette y a los estudiantes en escuelas en Lafayette.

Escriba toda la información claramente **EN LETRA DE MOLDE**.

Nombre del niño/niña \_\_\_\_\_

Niño \_\_\_ Niña \_\_\_ Edad \_\_\_ Grado \_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Nombre del pariente \_\_\_\_\_ Teléfono de casa \_\_\_\_\_

Otro teléfono (trabajo/emergencia) \_\_\_\_\_

Correo electrónico (email) \_\_\_\_\_

¿Ha participado su niño/a antes en el programa de Compañeros de Lectura a la biblioteca pública?  
\_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Sí

Favor de dejarnos saber cual horario sería el más conveniente para su hijo. Si está disponible los martes y los jueves, optaremos por el horario que tiene la mayor apertura. Escoja una de las siguientes sesiones:

\_\_\_\_\_ **Los martes por la tarde, 4:00-5:00 pm**, desde el 5 de febrero hasta el 30 de abril  
(no habrá reunión el 19 de febrero o el 26 de marzo)

\_\_\_\_\_ **Los sábados por la mañana**, desde el 2 de febrero hasta el 27 de abril  
(no habrá reunión el 23 o el 30 de marzo)

\_\_\_\_\_ Los martes O los sábados (no importa)

Si ustedes necesitan faltar una sesión debido a la enfermedad o un conflicto de horario, notifique por favor a la coordinadora y al compañero mayor **con la mayor anticipación possible!!!**

Ponga aquí cualquier fecha que su hijo o hija no podrá asistir: \_\_\_\_\_

Quiero un compañero de lectura para mi hijo/hija porque: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**SIGA AL OTRO LADO ⇒**

¿Prefiere que el compañero mayor de lectura de su hijo o hija sea \_\_\_\_\_ niño \_\_\_\_\_ niña \_\_\_\_\_ le da igual \_\_\_\_\_ su compañero/a anterior (nombre \_\_\_\_\_)?  
(Nota: Tratamos de juntar a los estudiantes de acuerdo a su preferencia, pero no lo garantizamos.)

Lista aquí cuales idiomas que su hijo o hija habla: \_\_\_\_\_

¿En qué idioma prefiere que su hijo o hija practique la lectura? Es posible que tengamos voluntarios que puedan leer tanto en español como en inglés (dependerá de los voluntarios que tengamos).  
\_\_\_\_\_ Inglés \_\_\_\_\_ Inglés y Español

El nivel de lectura de mi niño es

\_\_\_\_\_ inferior al nivel de grado \_\_\_\_\_ al nivel de grado \_\_\_\_\_ superior al nivel de grado \_\_\_\_\_ no lo sé

Para cada una de las siguientes características, por favor marque la cajita que mejor describe la personalidad de su hijo/a:

Mi hijo/a es: **TÍMIDO**      **EXTROVERTIDO**

Mi hijo/a: **PUEDE ENFOCARSE EN UNA ACTIVIDAD A LA VEZ**      **GUSTA INVOLUCRARSE EN VARIAS ACTIVIDADES AL MISMO TIEMPO**

A mi hijo/a: **NO LE GUSTA MUCHO LA ECUELA**      **LE ENCANTA LA ESCUELA**

A mi hijo/a: **NO LE GUSTA LA IDEA DE PARTICIPAR EN ESTE PROGRAMA**      **LE ENCANTA LA IDEA DE PARTICIPAR EN ESTE PROGRAMA**

Los intereses de mi hijo/a son: \_\_\_\_\_

Los libros preferidos de su hijo/a son: \_\_\_\_\_

¿Qué más debemos saber sobre su hijo/a? \_\_\_\_\_

**Por favor ponga sus iniciales y firme esta declaración:**

\_\_\_\_\_ He leído la *Información para los padres* del Programa de Compañeros de lectura.

\_\_\_\_\_ Sé cuáles son las fechas y los requisitos del programa, y me comprometo a notificar a la coordinadora del programa.

\_\_\_\_\_ Yo me comprometo a ayudar a mi hijo/a a participar en este programa.

\_\_\_\_\_ *Escriba sus iniciales sólo si está de acuerdo:* Doy permiso a la Biblioteca Pública de Lafayette para publicar, en forma impresa, electrónica o en video, fotografías de mi hijo/a. Yo renuncio cualquier demanda contra la biblioteca con respecto a derechos de propiedad, incluyendo recompensación relacionada con el uso de estos materiales.

Firma del pariente/cuidador \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_