

## Student Application

### Student Information

Student Name: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

City/State/Zip Code: \_\_\_\_\_

Home Phone: \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_ Grade: \_\_\_\_\_

Primary Language Used by the Child: **English** **Spanish** Other \_\_\_\_\_

### Parent/Guardian Permission for Release of Academic Assessment Data

Parent/Guardian Name: \_\_\_\_\_

Cell Phone: \_\_\_\_\_ Work Phone: \_\_\_\_\_

Verbal/Written Contact Preferred in: **English** **Spanish** Other \_\_\_\_\_

### Tutoring Availability

My child would be assigned to the following days for tutoring:

#### Scottsdale Civic Center Library

Monday / Wednesday 3:30 – 4:30 pm

Tuesday / Wednesday 3:30 – 4:30 pm

Monday / Wednesday 4:00 – 5:00 pm

Tuesday / Thursday 4:00 – 5:00 pm

Monday / Wednesday 5:00 – 6:00 pm

Tuesday / Thursday 5:00 – 6:00 pm

Monday / Thursday 4:00 – 5:00 pm

By signing below, I understand that my child will be given a literacy assessment to determine if he/she qualifies to participate in the ReadUp Scottsdale Tutoring Program. If my child does qualify, I am committed to having my child attend his/her assigned sessions each week for a minimum of eight to ten consecutive weeks.

Parent Signature: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

Date application Received by Project Coordinator: \_\_\_\_\_ Teacher Referral Received: **Y** **N**

Qualified for Tutoring: **Y** **N** Tutoring Sessions Scheduled for: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_

## Solicitud del/la Estudiante

### Información del/la Estudiante

Nombre del/la estudiante: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Ciudad/ estatal/ código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono del hogar: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Idioma principal usado por el/la niño/a: **Inglés** **Español** Otro: \_\_\_\_\_

### Información del/la Padre/Madre/Guardián Legal

Nombre del/la padre/madre/guardián: \_\_\_\_\_

Teléfono celular: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

Prefiere contacto verbal/por escrito en: **Inglés** **Español** Otro: \_\_\_\_\_

### Disponibilidad para Clases con Tutores

Mi hijo/a se asignaría a los siguientes días de tutoría:

#### Biblioteca de Scottsdale Civic Center

Lunes / Miércoles 3:30 – 4:30 pm

Martes / Miércoles 3:30 – 4:30 pm

Lunes / Miércoles 4:00 – 5:00 pm

Martes / Jueves 4:00 – 5:00 pm

Lunes / Miércoles 5:00 – 6:00 pm

Martes / Jueves 5:00 – 6:00 pm

Lunes / Jueves 4:00 – 5:00 pm

Al firmar abajo, entiendo que se le hará a mi hijo/a una evaluación de alfabetismo para determinar si califica para participar en el Programa de Tutores ReadUp Scottsdale. Si mi hijo/a califica, yo estoy dedicado/a a hacer que mi hijo/a asista a sus sesiones asignadas cada semana durante un mínimo de ocho-diez semanas consecutivas.

Firma del/la padre/madre/guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Date application Received by Project Coordinator: \_\_\_\_\_ Teacher Referral Received: **Y** **N**

Qualified for Tutoring: **Y** **N** Tutoring Sessions Scheduled for: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_