



Read to Succeed! Tutoring Program Student Application

Student Information

Student Name: _____

Address: _____

Home Phone: _____ Age: _____ Grade: _____

Primary Language Used by the Child: English Spanish Other _____

Parent/Guardian Information

Parent/Guardian Name: _____

Cell Phone: _____ Email: _____

Verbal/Written Contact Preferred in: English Spanish Other _____

Tutoring Availability

My child would be available on any of the following days:

Downtown Branch

- Monday/Wednesday
- Tuesday/Thursday

Basha Branch

- Monday/Wednesday
- Tuesday/Thursday

By signing below, I understand that my child will be given a literacy assessment to determine if he/she qualifies to participate in the Read to Succeed! 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: _____



Programa de Tutores ¡Lee para el Éxito! Solicitud del/la Estudiante

Información del/la Estudiante

Nombre del/la estudiante: _____

Domicilio: _____

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: _____ Email: _____

Prefiere contacto verbal/por escrito en: Inglés Español Otro _____

Disponibilidad para Clases con Tutores

Mi hijo/a estaría disponible cualquiera de los siguientes días:

Sucursal del Centro

- Lunes/Miércoles
- Martes/Jueves

Sucursal del Basha

- Lunes/Miércoles
- Martes/Jueves

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 ¡Lee para el Éxito! 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: _____