



**SEQUOIA UNION HIGH SCHOOL DISTRICT
2017 SUMMER COMPASS REMEDIATION PROGRAM
APPLICATION FORM – DUE END OF APRIL**

8th Grade School: _____ Assigned High School*: _____

Student Name: _____ Date of Birth: _____

Home Address: _____ City: _____ Zip Code: _____

Parent/Guardian Name (please print): _____ Relationship: _____

Parent/Guardian Contact Number: _____

Name of Emergency Contact: _____ Phone Number: _____

*To determine which high school your child will attend, visit the district website at www.seq.org>Resources>BoundarySearch or contact the district office at 650-369-1411, ext. 0

My son/daughter will attend the Compass Summer Program from June 19 through July 14, 2017. The hours are 8:30 a.m. to 1:30 p.m. I will support my child's success in the Compass Program by guaranteeing he/she attends the program daily. Five credits will be earned upon successful completion of the program.

Parent/Guardian Signature _____ Date _____

Return this application by **April 30, 2017** to:

CarlmontHighSchool
CompassSummerProgram
1400 Alameda de las Pulgas
Belmont, CA 94002

TEAM ASCENT SUMMER PROGRAM INFORMATION

If you would like to receive more information about the Team Ascent Summer Program for your student, please check the appropriate boxes below.

I would like my student to attend the Team Ascent Summer Program.

Please contact me to set up an appointment to learn more about the Team Ascent Summer Program

Best times for Compass Coordinator to call you: _____

Best telephone number at which to reach you: _____

Name: _____



DISTRITO ESCOLAR DE SEQUOIA
2016 PROGRAMA DE VERANO COMPASS
SOLICITUD FECHA LIMITE PARA LA APPLICACION **30 de ABRIL**

Nombre de la escuela de grado 8 : _____ Preparatoria asignada * : _____

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

padre/tutor Nombre (en letra de imprenta): _____

Relación al estudiante: _____ padre/tutor Número de Contacto: _____

Nombre del contacto de emergencia: _____ Número de Teléfono: _____

* Para determinar a cual escuela asistirá su hijo, visite el sitio web de distrito www.seq.org > Recursos > Búsqueda límite o ponerse en contacto con la oficina del distrito al 650-369-1411, ext. 0

Mi hijo/hija, asistirá al Programa de Verano Compass del 14 de Junio hasta el 12 de Julio, 2016. Estoy consiente que el horario es de 8:30 a.m. a 1:30 p.m. Voy a apoyar el éxito de mi hijo/a en el programa Compass al garantizar que el/ella asistirá diariamente al programa. Así mi hijo/a obtendrá 5 unidades al exitosamente finalizar el programa.

Firma de Padre o Tutor Legal _____ Fecha _____

Regrese esta aplicación antes del **30 de abril**:

Carlmont High School
Programa de Verano Compass
1400 Alameda de las Pulgas
Belmont, CA 94002

INFORMACION SOBRE EL PROGRAMA DE VERANO TEAM ASCENT

Si desea recibir más información sobre el programa de verano "Team Ascent" para su estudiante, por favor marque las casillas apropiadas a continuación.

<input type="checkbox"/>	Quisiera que mi hijo/aasista al programa de verano "Team Ascent"
<input type="checkbox"/>	Favor de comunicarse conmigo para hacer una cita y asi obtener más información acerca del programa de verano "Team Ascent"

El mejor horario para que me hable un representante de "Team Ascent" es: _____

Mi número de teléfono es: _____

Nombre: _____