KEARNEY LITERACY COUNCIL

Aplicación del estudiante

Nombre: _____ Fecha: _____

Dirección: _____

Número de Teléfono: _____Correo Electrónico _____

_____

Lengua materna: _____ ¿Cuánto ingles puede hablar? _____

Ultimo grado completado en la escuela: _____ Cual escuela asistía: _____

¿Tiene dificultad para leer en su lengua materna?_____

¿Tiene un trabajo? ¿Donde? _____

¿Puede ir a la biblioteca de Kearney por una hora cada semana? _____

¿Cuándo está disponible para encontrar con su maestra?

Domingo	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado

¿Que son sus pasatiempos?_____

_____

¿Que son sus metas? _____

_____

Pilar Konz

308-224-7836

Pilar_forero@hotmail.com