

# SCHOOL DISTRICT 21 EARLY CHILDHOOD SCREENING

**Student's Name:** \_\_\_\_\_ **Birthday:** \_\_\_\_\_  
(Nombre del niño/a) (Nazwisko i imie dziecka) (Fecha de nacimiento) (Data urodzenia dziecka)

\_\_\_\_\_ **Male** (Masculino) (Chlopiec) \_\_\_\_\_ **Female** (Femenino) (Dziewczynka)

**Home Address:** \_\_\_\_\_ **Town:** \_\_\_\_\_ **Zip:** \_\_\_\_\_  
(Dirección) (Adres zamieszkania) (Ciudad) (Miasto) (Código Postal) (Kod pocztowy)

**Mother:** \_\_\_\_\_ **Father:** \_\_\_\_\_  
(Madre) (Imie matki) (Padre) (Imie ojca)

**Mother's cell:** \_\_\_\_\_ **Father's cell:** \_\_\_\_\_  
(Teléfono móvil) (Teléfono móvil)

**Home phone:** \_\_\_\_\_ **Work Phone:** \_\_\_\_\_  
(Teléfono) (Numer telefonu) (Trabajo) (Numer telefonu)

**Reason for Screening:** \_\_\_\_\_  
(Razón para evaluar) (Powod egzaminowania dziecka)

**Language:** \_\_\_\_\_ **Home School:** \_\_\_\_\_  
(Idioma) (Język ojczysty) (Colegio) (Szkoła)



Please send completed form to Mary Mueller at the Administration Building.