



**Archdiocese of Miami**  
**Office of Catholic Schools**

**HOME LANGUAGE SURVEY**

To Be Completed By Parent or Guardian

Student I.D. No. \_\_\_\_\_

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

Last

First

Middle

Date of Birth \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Grade \_\_\_\_\_ Parent Language \_\_\_\_\_ Student Language \_\_\_\_\_  
Month Day Year

Date Entered U.S. School : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Month Day Year

If the answer is "YES" to any of these questions, the student must be tested for English proficiency.

- |  |                              |                             |
|--|------------------------------|-----------------------------|
| 1. Is a language other than English used in the home?                    | Yes <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 2. Did the student have a first language other than English?             | Yes <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 3. Does the student most frequently speak a language other than English? | Yes <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |

School \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ Parent/Guardian Signature \_\_\_\_\_

**ENCUESTA SOBRE EL IDIOMA HABLADO EN EL HOGAR**

Debe ser completado por el/la padre/madre o tutor/a

No. De I.D. \_\_\_\_\_

Nombre del Estudiante \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre Inicial

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_ Lengua Paterna \_\_\_\_\_ Idioma del Estudiante \_\_\_\_\_  
Mes Día Año

Fecha de Entrada a la Escuela de los Estados Unidos: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Mes Día Año

Si responde "Sí" a alguna de estas preguntas, el estudiante debe tomar un examen para saber cual es su conocimiento del Inglés.

- |  |                             |                             |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. ¿Usan en su casa algún otro idioma que no sea el Inglés?              | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Tuvo el estudiante una lengua materna distinta al Inglés?            | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Habla el estudiante frecuentemente otro idioma que no sea el Inglés? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |

Escuela \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Firma del Padre/Madre \_\_\_\_\_

**SONDAJ SOU KI LANG TIMOUN NAN PALE**

Pou paran oubyen moun ki responsab timoun nan ranpli

No. I.D. Elèv La \_\_\_\_\_

Non Elèv la \_\_\_\_\_  
Non fanmi Non

Dat Fèt li \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Klas \_\_\_\_\_ Lang paran Yo \_\_\_\_\_ Lang Elèv La \_\_\_\_\_  
Mwa Jou Ane

Dat ou Antre U.S. Lekòl: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Mwa Jou Ane

Si repons lan se "Wi" pou nenpòt nan kesyon anba yo, elèv la dwe pran yon tès Anglè.

- |  |                             |                              |
|--|-----------------------------|------------------------------|
| 1. Eske yo sèvi ak yon lang ki pa Anglè lakay li?      | Wi <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| 2. Eske elèv la te genyen yon premye lang anvan Anglè? | Wi <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| 3. Eske elèv la abitye pale yon lang ki pa Anglè?      | Wi <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |

Lekòl \_\_\_\_\_ Dat \_\_\_\_\_ Silyal Paran \_\_\_\_\_