

**HOME LANGUAGE SURVEY  
SCHOOL DISTRICT OF FORT ATKINSON**

SCHOOL: \_\_\_\_\_ GRADE: \_\_\_\_\_ DATE: \_\_\_\_\_  
 STUDENT NAME: \_\_\_\_\_ DATE OF BIRTH: \_\_\_\_\_  
 ADDRESS: \_\_\_\_\_ PHONE NUMBER: \_\_\_\_\_  
 BIRTHPLACE OF STUDENT: \_\_\_\_\_

**Directions: Check the correct response for each of the following and indicate English, Spanish, or other language.**

	English	Spanish	Other
1. What language did the child learn when she/he first began to talk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	If "Other", specify: _____		
2. What language does the family speak at home most of the time?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	If "Other", specify: _____		
3. What language does the parent(s) speak to his/her child most of the time?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	If "Other", specify: _____		
4. What language does the child speak to his/her parents most of the time?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	If "Other", specify: _____		
5. What language does the child hear and understand in the home?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	If "Other", specify: _____		
6. What language does the child speak to his/her brothers/sisters most of the time?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	If "Other", specify: _____		
7. What language does the child speak to his/her friends most of the time?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	If "Other", specify: _____		

**Directions: Check yes or no for each of the following questions:**

	YES	NO
1. Can an adult family member or extended family member speak English?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Can they read English?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Do the parents/guardians request oral and/or written communication from the school to be in English?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Do you need an interpreter for parent/teacher conferences?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

INFORMATION COMPLETED BY: \_\_\_\_\_

DATE: \_\_\_\_\_

**(This form should be filed in student's cumulative folder and a copy sent to John Peterson, Director of Pupil Services)**

If the parents identify any other language beside English, send copy to building ELL Teacher. The original should be filed in the ELL portion of the student's cumulative folder

(REVISED 10/24/2011)

**ENCUESTA DE IDIOMAS  
DISTRITO ESCOLAR DE FORT ATKINSON  
(Reviso 2011)**

ESCUELA:

GRADO:

FECHA:

NOMBRE DEL ESTUDIANTE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DIRECCION:

TELEFONO:

EL LUGAR DE NACIMIENTO DEL ESTUDIANTE:

**Instrucciones: Marque la respuesta correcta para cada una de las siguientes preguntas y indique el idioma Inglés, Español, o Otro Idioma.**

	Inglés	Español	Otro
1. ¿Que idioma aprendió el niño cuando ella o el comenzó a hablar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>Si otro, especifique:</b>		
2. ¿Que idioma habla la familia en casa la mayor parte del tiempo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>Si otro, especifique:</b>		
3. ¿Que idioma le habla el padre(s) a su niño la mayor parte del tiempo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>Si otro, especifique:</b>		
4. ¿Que idioma le habla el niño a su padre(s) la mayor parte del tiempo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>Si otro, especifique:</b>		
5. ¿Que idioma oye el niño y entiende en el hogar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>Si otro, especifique:</b>		
6. ¿Que idioma habla el niño a su; / sus hermanos / hermanas la mayor parte del tiempo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>Si otro, especifique:</b>		
7. ¿Que idioma habla el niño a sus amigos la mayor parte del tiempo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>Si otro, especifique:</b>		

**Instrucciones: Marque sí o no para cada una de las siguientes preguntas:**

	YES	NO
1. ¿Puede un miembro adulto de la familia o miembro de la familia hablar inglés?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Pueden leer Inglés?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Los padres / tutores solicitan que la comunicación oral y / o por escrito de la escuela sea en Español?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Necesita un intérprete para las reuniones de padres / maestros?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

COMPLETE LA INFORMACION ANTES DEL: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

**(This form should be filed in the student's cumulative folder and a copy sent to John Peterson, Director of Pupil Services)**

If the parents identify any other language beside English, send copy to building ELL Teacher. The original should be filed in the ELL portion of the student's cumulative folder

(REVISED 10/24/2011)