

Dear Parents/Guardians:

Please complete the enclosed Pre-K application **COMPLETELY** and return it no later than **Friday, February. 1, 2019.** Each application **must** include copies of the following documentation (**we do not make copies**; please make copies prior to bringing in application):

- **Birth Certificate** (children must be four years old on or before Sept. 1<sup>st</sup>)
- **Social Security Card**
- **Immunization Form #3231** (NO OTHER FORM can be accepted). It must be up to date; if expired, we must have a current copy on file within 30 days of the first day of school. After 30 days, the student will be unable to return to Pre-K until form is received showing immunizations are current. This is a State of Georgia requirement.
- **Vision, Hearing, Dental, Nutrition Form #3300** – All four parts must be completed with “passing”; partial completion is not acceptable. If any part is not “passing”, documentation must be provided that another appointment has been made for follow-up OR a note from the physician must be written on the form that the student is being evaluated for the issue. If the form is not completed properly, the form will be returned to you to take back to the physician to complete properly.

**PLEASE NOTE:** If the student has not had their 4 year well child exam at the time of application, please obtain an appointment card from their physician showing the date the child will have the exam to get the form completed; attach to this application. A completed form must be turned in to the Pre-K office no later than 90 days from the first day of school. After 90 days, the student will be unable to return to Pre-K until the form is received and completed in full. This is a State of Georgia requirement.

- **Proof** (current) of one of the following if child is being served by:
  - 1 - TANF
  - 2 - Medicaid
  - 3 - SSI
  - 4 - Food Stamps
  - 5 - Child and Parent Services (CAPS)

In March, school officials will conduct a lottery. You will be notified by mail if your child is chosen in the lottery. Please call the Pre-K office at 706-602-841 if you have questions.

Estimados Padres / Tutores :

Por favor complete la solicitud de Pre-K dentro completamente y devuelva a más tardar el viernes Febrero 1, **2019(Viernes)**. Cada aplicación **debe** incluir copias de la siguiente documentación (**no hacemos copias ; por favor haga copias antes de la presentación de la aplicación**):

- **Certificado de Nacimiento:** los niños deben de tener los 4 años antes del primero de septiembre.
- **Tarjeta del Seguro Social**
- **La Forma #3231 de las Vacunas:** ( Ninguna otra forma puede ser aceptada ) . Debe estar al día ; si ha expirado , debemos tener una copia actualizada en los archivos dentro de los 30 días del primer día de clases. Después de 30 días , el estudiante no podrá regresar a Pre -K hasta que la forma muestre que las vacunas estén al día. Esto es por requisito del Estado de Georgia.
- **La Forma #3300— Visión, Audición, Dental , Formulario de Nutrición 3300:** - Las cuatro partes deben completarse con "paso " ; terminación parcial no es aceptable. Si alguna parte no está " pasando " , la documentación debe indicar que otra cita se ha hecho para el seguimiento o una nota del médico debe ser escrita en el formulario diciendo que el estudiante está siendo evaluado por un especialista . Si el formulario no se completo correctamente, el formulario será devuelto a usted para llevar de nuevo al médico para completar correctamente.

NOTA: Si el estudiante no ha tenido su examen regular de 4 años en el momento de la solicitud , por favor, obtenga una tarjeta de la cita de su médico que muestra la fecha en que el niño tendrá el examen para obtener el formulario completado ; adjuntar a esta solicitud. Un formulario completado debe ser entregado a la oficina de Pre -K a más tardar 90 días a partir del primer día de clases . Después de 90 días , el estudiante no podrá regresar a Pre -K hasta que se reciba el formulario completado en su totalidad. Esto es requerido por el Estado de Georgia.

- **Prueba de uno de los siguientes si el niño/a está siendo atendido por:**

TANF

Medicaid

SSI

Food Stamps (Estampillas para Comida)

Servicios para Hijos y Padres (CAPS)

En Marzo, funcionarios de la escuela llevará a cabo una lotería. Se le notificará por correo si su hijo es elegido en la lotería para el 8 de mayo.

**Observe por favor: No hablamos español . Alguien que habla Inglés tendrá que llamar en caso de preguntas.**

El Personal del PreKinder

## CHECKLIST FOR DOCUMENTS NEEDED WITH PRE-K APPLICATION:

Check that  
Document is  
Included

|       |                                                                                                                                                  |
|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| _____ | Birth Certificate*                                                                                                                               |
| _____ | Social Security Card*                                                                                                                            |
| _____ | Immunization Form #3231*( <u>Please see letter to Parent/Guardian in this application for additional information</u> )                           |
| _____ | Vision, Hearing, Dental, Nutrition Form #3300*<br>( <u>Please see letter to Parent/Guardian in this application for additional information</u> ) |
| _____ | Race and Ethnicity Identification Form                                                                                                           |
| _____ | Proof of Participation in TANF, Medicaid, SSI, Food Stamps, or Child and Parent Services (CAPS) if applicable*                                   |
| _____ | 2 Self-addressed STAMPED envelopes                                                                                                               |

\*Please provide copies of these documents with your application packet. We are unable to make copies for you.

Please do not return the application packet to Calhoun Pre-K until you have all required documents included.

INCOMPLETE APPLICATIONS WILL NOT BE INCLUDED IN THE LOTTERY.

Application packets should be returned to Calhoun Pre-K by FRIDAY, February 1, 2019.

## LISTA DE VERIFICACIÓN DE DOCUMENTOS NECESARIOS PARA LA APLICACIÓN:

Mira esto

Documento es

Incluido

|       |                                                                                                                                                                                                                            |
|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| _____ | Una copia del Acta de Nacimiento de su hijo/a*                                                                                                                                                                             |
| _____ | Una copia de la tarjeta del Seguro Social de su hijo/a*                                                                                                                                                                    |
| _____ | Una copia de la Forma de Vacunas de Georgia #3231*<br>( <u>Por favor, ver carta al padre / tutor incluido en esta solicitud para más información.</u> )                                                                    |
| _____ | Una copia de la Forma #3300*<br>( <u>Por favor, ver carta al padre / tutor incluido en esta solicitud para más información.</u> )                                                                                          |
| _____ | Una copia de Formulario de Identificación de Raza y Origen Etnico                                                                                                                                                          |
| _____ | Si su niño/a participa en alguno de los siguientes programas, se requiere pruebas de solo UNO de estos servicios:<br>Tarjetas TANF, Medicaid, SSI, Estampillas de comida, Servicios de Asistencia a Hijos y Padres (CAPS)* |
| _____ | 2 Propia Dirección Sobres Se Incluyen – <u>CON SELOS</u>                                                                                                                                                                   |

\* Sírvanse proporcionar copias de estos documentos con su paquete de solicitud . No podemos hacer copias para usted .

Por favor, no devuelva el paquete de solicitud de Calhoun Pre -K hasta que todos ustedes han requerido documentos incluidos. Las solicitudes incompletas no serán incluidos en la lotería.

Los paquetes de solicitud deben ser devueltos a Calhoun Pre -K el 1 de febrero de 2019.

# **IMPORTANT**

Proof of residence is not required with this application; however, if your child is accepted in to Pre-K for next school year, a **current** proof of residence (dated within 30 days prior to the first day of school) **will be required on the FIRST day of school by your child's teacher or the child will be unable to remain in school until received.** Items accepted are:

**Utility Bill:** Water, Electric or Gas bill (**telephone, cable, or satellite bills are NOT accepted**)

**(MUST BE WITHIN THE LAST 30 DAYS AND HAVE THE SAME NAME AND ADDRESS AS THE STUDENT'S PARENT/GUARDIAN)**

**OR**

**One of the following with the SAME NAME AND ADDRESS AS THE STUDENT'S PARENT/GUARDIAN DATED WITHIN THE LAST 30 days:**

- Current Lease (must be within the current time period in 2017)
- Property Tax Notice (for current year)
- Homeowner's Insurance Bill (for current time period in 2017)
- Mortgage Statement (for current month)
- Vehicle Registration Form (for current year)
- If none of the above is available to you, a Proof of Residence form can be obtained at Calhoun City Schools' Central Office that must be notarized. Form must be completed by the property owner stating where family is residing PLUS a copy of the property owner's proof of residency (one of the documents listed above) must be attached.

# **IMPORTANTE**

No se requiere prueba de residencia con esta solicitud; **Sin embargo, si su hijo (a) es aceptado (a) en Pre-K para el próximo año escolar, se requerirá una prueba de residencia residente (dentro de los 30 días antes del primer día de escuela) sera requerida por el maestro o el niño (a) no podrá permanecer en la escuela hasta que sea recibido.** \* Los artículos aceptados son:

**Factura de servicios públicos: factura de agua, electricidad o gas (no se aceptan facturas de teléfono, cable o satélite)**

**Fecha de la factura: (DEBE ESTAR DENTRO DE LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS Y TENER EL MISMO NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL PADRE / GUARDIÁN DEL ESTUDIANTE)**

**O**

**Uno de los siguientes con el MISMO NOMBRE Y DIRECCIÓN COMO PADRE / GUARDIÁN DEL ESTUDIANTE DADO EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS:**

Arrendamiento actual (debe estar dentro del período de tiempo actual en 2017)

- Aviso de Impuestos sobre la Propiedad (para el año en curso)
- Cobro del seguro de vivienda (para el período actual en 2017)
- Declaración Hipotecaria (para el mes actual)
- Formulario de Registro de Vehículos (para el año en curso)
- Si ninguna de las opciones anteriores está disponible para usted, puede obtener un formulario de Prueba de Residencia en la Oficina Central de Calhoun City Schools que debe ser notariada. Formulario debe ser completado por el dueño de la propiedad que indica donde la familia está residiendo **MAS una copia de la prueba de la residencia del dueño de la misma** (uno de los documentos enumerados arriba) debe ser incluida.

Please include two (2) self-addressed, stamped envelopes with this application. One will be used to notify you whether or not your child is chosen in the lottery; the other will be used to notify you about classroom assignment and orientation dates.

Por favor, incluya dos (2 ) con su dirección y sobres sellados con esta aplicación . Uno se utilizará para que le notifique si su niño es elegido en la lotería ; la otra se utilizará para notificarle sobre asignación de aulas y fechas de orientación.

In the event that your child is not chosen in the lottery and is placed on the Waiting List, would you like us to share your child's information with other private or public Pre-K providers that may have openings?

*(En caso de que el niño no es elegido en el sorteo y se coloca en la lista de espera, le gustaría compartir la información de su hijo con otros pre-k los proveedores que pueden tener aberturas?)*

Yes, please share my child's information with other providers\_\_\_\_\_.

*(Sí, por favor comparta información de mi niño con otros proveedores.)*

No, please do not share my child's information\_\_\_\_\_.

*(No, por favor no comparte información de mi niño.)*

Child's Name\_\_\_\_\_

*(Nombre del niño)*

Parent's Name\_\_\_\_\_

*(Nombre de los padres)*



## Waiting List Information Form

Please clearly print the name as it appears on the birth certificate

|                                                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                      |  |  |  |  |                               |  |  |  |  |                                                       |  |  |  |  |
|------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--------------------------------------|--|--|--|--|-------------------------------|--|--|--|--|-------------------------------------------------------|--|--|--|--|
| Child's Last Name                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                      |  |  |  |  |                               |  |  |  |  |                                                       |  |  |  |  |
|                                                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                      |  |  |  |  |                               |  |  |  |  |                                                       |  |  |  |  |
| Child's First Name                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                      |  |  |  |  |                               |  |  |  |  |                                                       |  |  |  |  |
|                                                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                      |  |  |  |  |                               |  |  |  |  |                                                       |  |  |  |  |
| Child's Middle Name                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                      |  |  |  |  | Name Suffix (Jr, Sr, II, III) |  |  |  |  |                                                       |  |  |  |  |
|                                                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                      |  |  |  |  |                               |  |  |  |  |                                                       |  |  |  |  |
| Last 4 Digits of SSN (if provided)                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Date of Birth (M/D/Y)                |  |  |  |  |                               |  |  |  |  | Gender                                                |  |  |  |  |
| - _____                                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  | ____/____/____                       |  |  |  |  |                               |  |  |  |  | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F |  |  |  |  |
| Home Address                                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  | City                                 |  |  |  |  | State                         |  |  |  |  | Zip                                                   |  |  |  |  |
| <div style="text-align: right;">GA</div>             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                      |  |  |  |  |                               |  |  |  |  |                                                       |  |  |  |  |
| County of Residence                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Date Started on Waiting List (M/D/Y) |  |  |  |  |                               |  |  |  |  |                                                       |  |  |  |  |
| <div style="text-align: right;">____/____/____</div> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                      |  |  |  |  |                               |  |  |  |  |                                                       |  |  |  |  |
| Parent/Guardian Name                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Phone Number                         |  |  |  |  |                               |  |  |  |  |                                                       |  |  |  |  |
|                                                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                      |  |  |  |  |                               |  |  |  |  |                                                       |  |  |  |  |

\*\* Directory information on this form may be shared with  
Bright from the Start: Georgia Department of Early Care and Learning

\_\_\_\_\_  
Parent/Guardian Signature

\_\_\_\_\_  
Date



|                                                                                                                                                                     |                |                     |                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|---------------------|-------------------|
| <b>CHILD MAINTENANCE</b>                                                                                                                                            |                |                     |                   |
| CHILD'S LIVING ARRANGEMENTS: <input type="checkbox"/> BOTH PARENTS <input type="checkbox"/> MOTHER <input type="checkbox"/> FATHER <input type="checkbox"/> OTHER   |                |                     |                   |
| CHILD'S LEGAL GUARDIAN: <input type="checkbox"/> BOTH PARENTS <input type="checkbox"/> MOTHER <input type="checkbox"/> FATHER <input type="checkbox"/> OTHER        |                |                     |                   |
| <b>THE CHILD MAY BE RELEASED TO THE PERSON(S) SIGNING THIS AGREEMENT OR TO THE FOLLOWING:</b>                                                                       |                |                     |                   |
| <u>NAME</u>                                                                                                                                                         | <u>ADDRESS</u> | <u>RELATIONSHIP</u> | <u>CELL PHONE</u> |
| 1.                                                                                                                                                                  |                |                     |                   |
| 2.                                                                                                                                                                  |                |                     |                   |
| 3.                                                                                                                                                                  |                |                     |                   |
| 4.                                                                                                                                                                  |                |                     |                   |
| <b>CHILD'S PHYSICIAN OR CLINIC'S NAME (CHILD'S PRIMARY HEALTH SOURCE):</b> _____                                                                                    |                |                     |                   |
| DATE OF LAST FULL HEALTH SCREENING: _____                                                                                                                           |                | PHONE: (    ) _____ |                   |
| <b>MY CHILD HAS THE FOLLOWING SPECIAL NEED(S):</b>                                                                                                                  |                |                     |                   |
|                                                                                                                                                                     |                |                     |                   |
|                                                                                                                                                                     |                |                     |                   |
| <b>THE FOLLOWING SPECIAL ACCOMMODATION(S) MAY BE REQUIRED TO MOST EFFECTIVELY MEET MY CHILD'S NEEDS WHILE AT THIS CENTER:</b>                                       |                |                     |                   |
|                                                                                                                                                                     |                |                     |                   |
|                                                                                                                                                                     |                |                     |                   |
| <b>MY CHILD IS CURRENTLY ON MEDICATION(S) PRESCRIBED FOR LONG-TERM CONTINUOUS USE AND/OR HAS THE FOLLOWING PRE-EXISTING ALLERGIES, ILLNESS, OR HEALTH CONCERNS:</b> |                |                     |                   |
|                                                                                                                                                                     |                |                     |                   |
|                                                                                                                                                                     |                |                     |                   |
|                                                                                                                                                                     |                |                     |                   |



## Race and Ethnicity Identification Form

Please fill out the information below in compliance with U.S. Department of Education guidelines for racial and ethnic reporting. If a student or parent does not self-report the child's race and ethnicity information, the school must make a determination based on observation.

Student: \_\_\_\_\_ Gender: M or F Date of Birth: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Last First Middle

### Part 1: Ethnicity Designation

Read the definition below and choose the response that indicates this student's heritage.

Hispanic or Latino refers to persons of Cuban, Mexican, Puerto Rican, South or Central American, or other Spanish culture or origin, regardless of race.

\_\_\_\_\_ Yes, my child is Hispanic or Latino. \_\_\_\_\_ No, my child is not Hispanic or Latino.

### Part 2: Race Designation

Read the descriptions below and select at least one race, regardless of ethnicity designation. More than one response can be selected.

\_\_\_\_\_ **American Indian or Alaska Native:** A person having origins in any of the original peoples of North or South American (including Central America), and who maintains a tribal affiliation or community attachment.

\_\_\_\_\_ **Asian:** A person having origins in any of the original peoples of the Far East, Southeast Asia, or the Indian subcontinent including Cambodia, China, India, Japan, Korea, Malaysia, Pakistan, the Philippine Islands, Thailand, and Vietnam.

\_\_\_\_\_ **Black or African American:** A person having origins in any of the black racial groups of Africa.

\_\_\_\_\_ **Native Hawaiian or Other Pacific Islander:** A person having origins in any of the original peoples of Hawaii, Guam, Samoa, or other Pacific Islands.

\_\_\_\_\_ **White:** A person having origins in any of the original peoples of Europe, the Middle East, or North Africa.

I verify that the information on this form is accurate.

Signature of Parent/Legal Guardian \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

*Calhoun City Schools, in its enrollment procedures, requirements and process does not and will not discriminate based on race, color, national origin, or immigration status.*



## Formulario de Identificación de Raza y Origen Étnico

Por favor llene la siguiente información en cumplimiento con las normas del Departamento de Educación de EE.UU. para el informe racial y étnico. Si un estudiante o padre de familia no auto-reporta la raza del niño y la información de origen étnico, la escuela debe hacer una determinación basada en la observación.

Estudiante: \_\_\_\_\_ Genero: M o F Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Apellido Primer Nombre Segundo Nombre

### Parte 1: Designación de Etnicidad

Lea la definición a continuación y elija la respuesta que indica el patrimonio del estudiante.

Hispano o latino se refiere a las personas de origen Cubano, Mexicano, Puertorriqueño, Sudamericano o Centroamericano, u otra cultura u origen español, independientemente de su raza.

\_\_\_\_\_ Sí, mi hijo es Hispano o Latino. \_\_\_\_\_ No, mi hijo no es Hispano o Latino.

### Parte 2: Designación de Raza

Lea las siguientes descripciones y seleccionar las que mejor indican la raza del estudiante. Debe seleccionar al menos una raza, independientemente de la designación de la etnia. Por favor, seleccione todas las que correspondan.

\_\_\_\_\_ **Indio Americano o Nativo de Alaska:** Una persona con orígenes provenientes de cualquier grupo de personas originarias de América del Norte o América del Sur (incluyendo América Central), y que mantiene una afiliación o vincula comunitario con una tribu.

\_\_\_\_\_ **Asiático:** Una persona con orígenes provenientes de cualquier grupo del Lejano Oriente, del Sudeste Asiático o del subcontinente Índico, incluyendo Camboya, China, India, Japón, Corea, Malasia, Paquistán, las Islas Filipinas, Tailandia y Vietnam.

\_\_\_\_\_ **Negro o Afroamericano:** Una persona con orígenes provenientes de cualquier grupo racial Negro del continente de África.

\_\_\_\_\_ **Nativo de Hawái u Otro Isleño del Pacífico:** Una persona con orígenes provenientes de cualquier población originaria de Hawái, Guam, u otra Isla del Pacífico.

\_\_\_\_\_ **Blanco:** Una persona con orígenes provenientes de cualquier población originaria de Europa, el Medio Oriente o África del Norte.

Confirmo que la información proporcionada en este formulario es correcta.

Firma, Padre/Guardián \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

*Calhoun City Schools, en sus procedimientos de inscripción, requisitos y proceso no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional o estatus migratorio.*

Child's Name\_\_\_\_\_ (Nombre del niño)

**TEACHER REQUESTS**  
**(Solicitud de maestros)**

All teacher/classroom requests must be submitted on this form. Please remember to list 3 teachers. Listing only 1 teacher's name does not guarantee placement in that class. Every effort will be made to place your child with one of the 3 teachers listed; however, many factors must be considered when making rosters (ex. Number of boys to girls, ages of children, etc.) Thank you.

(Todos los pedidos para los maestros/salones de clase deben presentarse en este formulario. Por favor recuerde enlistar 3 maestros. Enlistar solo el nombre de un maestro no garantiza un lugar en ese salon. Todos los esfuerzos se haran para que su hijo/a quede con uno de esos 3 maestros enlistados; aunque varios factores pueden ser consierados cuando se hagan las listas (ejemplo, numero de varones a ninas, edades de los ninos, etc.) Gracias.

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

Comments:  
(Comentarios)

Pre-K Teachers:

Ms. Lynne Barton-Brown Bears  
Ms. Katie Duggin- Yellow Ducks  
Ms. Candi Hawkins-Green Frogs  
Ms. Angela Irwin-Purple Octopus  
Ms. Alison Schmidt-Copper Foxes

Mr. Nathan Leatherwood-Red Dogs  
Ms. Judith Ralston-Lime Lizards  
Ms. Cindy Wilson-Orange Tigers  
Ms. Beth Kelly- Blue Cats

Parent/Guardian

**Name:** \_\_\_\_\_

**(Nombre del Padre/Guardian)**

Parent/Guardian

**Signature:** \_\_\_\_\_

**(Firma del Padre/Guardian)**