

Date _____
Time _____
Initial _____

B.C. _____
P.O. R. _____
SS Card _____

Escuela primaria del condado de Dodge

Solicitud de pre kínder

Nombre del niño _____ Sexo _____ Raza (opcional) _____

Nombre que se llamará en la escuela _____ Cumpleaños del
niño _____

Nombre de los padres con los que vive el niño

Dirección 911 _____ S.S# para niño(a) _____

Dirección postal (si es diferente) _____

Teléfono de casa _____ Teléfono celular _____ Teléfono de vecino

Empleo de la madre _____ Teléfono del trabajo

Empleo del padre _____ Teléfono del trabajo

Nombre de los abuelos _____ Número de teléfono

Otros niños en la familia

Nombre Edad Escuela a la que asiste

1. _____
2. _____
3. _____

Marque si usted o su hijo reciben estos: _____ TANF _____ Cupones para alimentos _____ Medicaid

Indique su ingreso bruto mensual (antes de impuestos) para su hogar _____

¿Está su hijo registrado en otro programa de Pre-K para este año escolar? _____ Sí _____ No

¿Dónde asiste su hijo a la guardería ahora? _____

Si es aceptado, ¿cómo llegará su hijo a
casa? _____

_____ Recogida de los padres _____ Autobús del condado _____ Autobús de la ciudad

Escuela primaria del condado de Dodge
Solicitud de pre kínder

Por favor responda las siguientes preguntas correctamente, para que podamos ubicar a su hijo con un maestro que pueda trabajar bien con él/ella. Su respuesta no afectará la aceptación de su hijo.

¿Tu hijo se lleva bien con otros niños? Generalmente no A veces La mayor parte del tiempo
Explicar _____

¿Tu hijo tiene rabietas? Una vez a la semana o menos 2-3 veces a la semana Más de 3 veces a la semana
Explique _____

¿Tu hijo muestra signos de hiperactividad? Nunca, A veces, A menudo
Explicar _____

¿Hay algo especial que le gustaría que supiéramos sobre su hijo o su situación? _____

Por la presente otorgo permiso para que la información proporcionada en esta solicitud se distribuya a otros proveedores de pre kínder y ciertas agencias, que incluyen, entre otros, Bright from the Start Departamento de Cuidado Temprano y Aprendizaje de Educación y colegios/universidades. Por la presente doy permiso para que el niño mencionado sea fotografiado y/o grabado en video en relación con las actividades diarias de pre kínder con el fin de publicar comunicados de prensa, informar y evaluar el progreso de los niños y el programa.

Entiendo que completar este formulario no garantiza la ubicación en una clase de pre kínder. Si mi hijo es colocado en el Programa Pre-K de Georgia, acepto que mi hijo asistirá al programa durante la cantidad de horas y días requeridos según lo prescrito por el Departamento de Cuidado y Aprendizaje Temprano de Georgia y descrito por la escuela donde está inscrito mi hijo. . Entiendo que el incumplimiento de los requisitos de asistencia podría resultar en la desafiliación.

Adjunté una copia de la documentación correspondiente a este formulario de registro, entiendo que esta documentación de edad, la tarjeta o exención del seguro social de mi hijo y una prueba aceptable de residencia son necesarios para que mi hijo se considere completo.

Firma y fecha

**Necesidades especiales de Pr-K de la escuela primaria del condado de
Dodge**

Autorización del programa para la divulgación de información

Lea lo siguiente y complete la sección inferior.

Por la presente, bajo la disposición de la Ley Pública 93-380, "Ley de Privacidad y Derechos Educativos de la Familia de 1974", autorizo a las siguientes agencias:

Departamento de Servicios para la Familia y los Niños del Condado de Dodge

Salud Mental Comunitaria

División de Servicios Juveniles del Condado de Dodge

Escuelas del condado de Dodge

Agencia de Acción Comunitaria del Corazón de Georgia

Comienzo de la ventaja de Eastman

Clínica pediátrica Eastman

Asociados pediátricos del centro de Georgia

Hospital del Condado de Dodge

Servicios médicos para niños

Dr. Bill Shilling

Dra. Susan Davenport

Dr. A. S. José transmontar

Dr. Samuel Samuel

Dublín ENT

Cuidado Conectar

Mira quien habla

Habla y Lenguaje Harrelson

Programa de guardería/pre kínder Pride and Joy

Pre-Kinder de Lolly

Otro: _____

divulgar información escrita y/o verbal, educativa, social, psicológica o médica a DCPS.

Entiendo que el propósito de este comunicado es permitir que DCPS comparta información y recomendaciones de tratamiento para ayudar mejor al estudiante mencionado. Además, entiendo que toda la información que se divulgará/compartirá entre las agencias será estrictamente confidencial por parte de las agencias que la comparten.

Una fotocopia de este formulario tiene la validez del original.

Nombre del estudiante _____

Fecha de nacimiento _____ Edad _____

Firma del Padre/Guardián _____ Fecha _____