

Dare County Pre-K Program Application 2023-2024 School Year



**Child must be four years old on or before August 31, 2023. /
El niño debe tener cuatro años antes o el 31 de agosto de 2023.**

Child's Information/Información del Niño

Child's Name/			
Nombre del Niño/a			
First/ Primer Nombre	Middle/Segundo Nombre	Last/ Apellido(s)	
Date of Birth/			
Fecha de Nacimiento ____/____/____ (MM/DD/YY) Please Check One: ☐ Boy-Niño ☐ Girl-Niña			
Physical Address/			
Dirección de Vivienda			
Street/Calle	City/Ciudad	Zip/Código Postal	
Child's Mailing Address/			
Dirección de Correo			
PO Box	City/Ciudad	Zip/Código Postal	
Email Address/			
Correo Electrónico _____			
Ethnicity / Etnia: ☐ Latino or Hispanic / Hispano ☐ Not Latino or Hispanic / No Hispano			
Race (check all that apply): Raza (marque todo lo que aplique):			
White or European American / Blanco o Americano Europeo			
Black or African American / Negro o Afroamericano			
Asian / Asiático			
Native American Indian or Alaska Native /Indio Nativo Americano o Nativo de Alaska			
Native Hawaiian or Other Pacific Islander /Nativo de Hawái u otra Isla del Pacifico			

Family Information/Información familiar

Mother/Guardian 1/ Madre /Guardián			
Mother's/Guardian's Address/Dirección de Madre			
Street/Calle	City/Ciudad	Zip/Código Postal	
Telephone Number/		Alternate Telephone Number/	
Número de teléfono primario		Número de teléfono alternativo	
Mother's Place of Employment/			
lugar de trabajo de la madre			
Business Name/Lugar de trabajo	Business Telephone Number/ teléfono del trabajo		
Father/ Guardian 2/ Padre/ Guardián 2			
Father's/Guardian's Address/Dirección de Padre			
Street/Calle	City/Ciudad	Zip/Código Postal	
Telephone Number/		Alternate Telephone Number/	
Número de teléfono primario		Número de teléfono alternativo	
Father's Place of Employment/			
lugar de trabajo de la padre			
Business Name/Lugar de trabajo	Business Telephone Number/ Lugar de trabajo		

Medical Care Information/Información del Cuidado Médico *Required/Requisito**Medical Care Information:**

Pediatrician/Doctor/

Pediatra/Doctor: _____ Phone/Teléfono: _____

Dentist/Dentista: _____ Phone/Teléfono: _____

Medical Insurance Provider/Seguro médico: _____

Group/Policy #/Número de póliza de seguro médico _____

Preferred hospital/Hospital preferido:

_____ Phone/Teléfono: _____

**If no preferred hospital is listed, your child will be transported to The Outer Banks Hospital
Phone: (252) 449-4500 Address: 4800 S. Croatan Hwy, Nags Head, NC 2795*

**Si no identifica un hospital preferido, su hijo/a será trasladado al Outer Banks Hospital
Teléfono: (252) 449-4500 Dirección: 4800 S. Croatan Hwy, Nags Head, NC 2795*

Authorization for Emergency Care/Autorización para Buscar Atención Médica de Emergencia:

I agree that Dare County Schools may seek emergency medical care for my child in the event that I can not be reached immediately./Estoy de acuerdo que las Escuelas del Condado de Dare pueden buscar atención médica para mi hijo/a en el evento que yo no puede ser contactado de inmediato.

Child's Name/Nombre del niño: _____

(Signature of Parent/Firma del Padre/Guardian)_____
(Date)

I permit the school to release my child to the individuals below, and contact these individuals if parents/guardians cannot be reached in the event of an emergency/Permito que la escuela entregue a mi hijo/a a las siguientes personas y que contacten a estos individuos si no se pueden contactar con los padres/guardianes en caso de emergencia.

These people must have transportation and be able to pick up your child from school if you are not available./
Estas personas deben de tener un medio de transporte y pueden recoger a su hijo/a de la escuela si usted no está disponible.

Name/Nombre	Relation/Relación	Phone/Teléfono	Primary Language /idioma principal
1.			
2.			
3.			
4.			

With whom does the child live? **Documentation is required if child does not reside with parents./¿Con quién vive el niño? La documentación es requerida si el niño no vive con los padres.**

- ☐ Mother Only / Solo Madre
☐ Father only / Solo Padre
☐ Both Parents / Ambos Padres
☐ Joint Custody / Custodia compartida
☐ Legal Guardian/Custodian / Tutor/Tutor Legal
☐ 50/50 Custody / Custodia 50/50
☐ Foster Parent(s) / Padres de Crianza
☐ Other / Otro: _____

Please list primary family members living in the home. Include parents/guardians, step parents and siblings.

Enumere los principales miembros de la familia que viven en el hogar. Incluya a los padres / tutores, padrastros y hermanos.

Name/Nombre	Relationship to child/ Relación con al estudiante	Age/Edad	Grade (siblings)/ Grado (hermanos)
1.	NC Pre-K applicant/Solicitante		Pre-K
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			

Total number in Family/Numero total de la familia _____

Please indicate the family address situation/ Indique la situación del residencia de su familia:

- ☐ Permanent/ Permanente
☐ Temporarily staying with friends or family/Temporalmente sin hogar y viviendo con familiares o amigos
☐ Homeless shelter/viviendo en un refugio para personas sin hogar
☐ Battered women and children shelter/Refugio para mujeres o jóvenes maltratados
☐ Hotel/Motel
☐ Hospital or rehabilitation facility/ Hospital o centro de Rehabilitacion
☐ Lack nighttime permanent address/ Sin domicilio nocturno permanente
☐ Other / Otro: _____

English**Español****Language** *Required

What is the primary language spoken with the child at home? (Please list only one)

In what language would you like for your child's developmental screening to be conducted?

Idioma *Requisito

¿Cuál es el idioma principal que se habla con el niño en casa? (Favor de listar solo uno)

¿En qué idioma desea que se evalúe a su hijo?

Health *Required

Does your child have a chronic health condition identified by a medical professional?

☐ Yes ☐ No

If yes, what is the chronic health condition?

**Documentation from medical provider indicating child's chronic condition and potential impacts on development and learning is required.*

Salud * Requisito

¿Tiene su hijo alguna condición crónica identificada por un profesional médico?

☐ Si ☐ No

En caso afirmativo, ¿cuál es el estado crónico de salud?

**Se requiere la documentación oficial del proveedor médico que indique la condición crónica del niño y los impactos potenciales en el desarrollo y el aprendizaje.*

Military Service *Required

Is at least one parent or legal guardian of this child an active duty member of the military, or was a parent or legal guardian of this child seriously injured or killed while on active duty?

☐ Yes ☐ No

**Documentation of a parent's military service is required.*

Servicio Militar * Requisito

¿Es uno de los padres o tutor legal de este niño un miembro activo de las fuerzas armadas, o el padre o tutor legal de este niño ha sido gravemente herido o ha muerto durante el servicio activo?

☐ Si ☐ No

**Se requiere documentación del servicio militar de los padres*

Child's Prior Placement *Required

(Please check one)

- ☐ My child has never attended any preschool
- ☐ My child is currently at home but previously attended a child care or preschool program.
- ☐ My child is in unlicensed child care
- ☐ My child does not receive subsidy vouchers but is in a child care or preschool program.
- ☐ My child receives subsidy vouchers and is in a regulated child care or preschool program.

Name/Location of Program:

Dates attended: _____

☐ My child attends Head Start

We plan to reapply ☐ Yes ☐ No

Developmental/Educational Need *Required**Ubicación Previa del Niño** *Requisito

(marque uno)

- ☐ Mi hijo nunca ha asistido a un preescolar o guardería.
- ☐ Mi hijo no asiste actualmente a un preescolar, pero anteriormente asistió a una guardería o a algún programa preescolar.
- ☐ Mi hijo está en un cuidado de niños que no es reglamentado.
- ☐ Mi hijo no está recibiendo subsidio, pero está asistiendo a un programa preescolar regulado.
- ☐ Mi hijo está recibiendo subsidio y está en programa preescolar reglamentado.

Program: _____

Tiempo/Fechas asistencia: _____

☐ Mi hijo asiste a Head Start

Planea replicar ☐ Si ☐ No

Desarrollo o Necesidad Educativa *Requisito ¿Su

Has this child been referred for or identified with a disability by a professional? ☐ Yes ☐ No (If no, skip to next page) Is the date of referral known? ☐ Yes ☐ No Date of referral for evaluation of disability: _____ What was the decision from the disability evaluation for this child? ☐ No disability identified. ☐ Evaluation decision in process. ☐ One or more disabilities identified. ☐ Do not know. Type of identified disability/disabilities for this child. Check all that apply: ☐ Autism Spectrum Disorder ☐ Deaf-Blindness ☐ Hearing impairment ☐ Multi-Handicapped ☐ Other Health Impairment ☐ Orthopedic Impairment ☐ Visual Impairment ☐ Speech or Language Impairment ☐ Traumatic Brain Injury ☐ Developmentally Delayed Does this child have a current Individual Education Program (IEP)? ☐ Yes ☐ No Has this child been referred for services related to his/her disability? ☐ Yes ☐ No Is this child currently receiving services related to his/her disability? ☐ Yes ☐ No *Documentation indicating developmental or educational need is required. Please provide a copy of the child's IEP, if applicable.	hijo ha sido referido o identificado por un profesional por discapacidad? ☐ Si ☐ No (Si no, pase a la página siguiente) ¿Sabe el día que fue referido? ☐ Si ☐ No Fecha del referido de evaluación de la discapacidad: _____ ¿Cuál fue la decisión de la evaluación de la discapacidad para este niño: ☐ Ninguna discapacidad identificada. ☐ Decisión de la evaluación en proceso. ☐ Una o más discapacidades identificadas. ☐ No lo sé. Tipo de discapacidad(es) identificadas para este niño. Marque todas las que correspondan: ☐ Trastorno del espectro autista ☐ Sordo-ciego ☐ Discapacidad auditiva ☐ Múltiples discapacidades ☐ Otras discapacidades de salud ☐ Problema ortopédico ☐ Discapacidad visual ☐ Discapacidad del habla o lenguaje ☐ Retraso en el desarrollo ☐ Lesión cerebral traumática ¿El niño tiene actualmente un Plan de Educación Individualizada (IEP)? ☐ Si ☐ No ¿El niño ha sido referido para servicios relacionados por la discapacidad? ☐ Si ☐ No ¿El niño recibe servicios relacionados por la discapacidad? ☐ Si ☐ No * Se requiere documentación que indique la necesidad educativa o de desarrollo, si es aplicable. Por favor proporcione una copia del IEP de su niño, si es aplicable.
--	---

Medical Information/información médica *Required/Requisito

English

Español

Does your child have any known allergies ?

☐ Yes ☐ No

If yes, please explain

Does your child have a Medical action Plan?

☐ Yes ☐ No **If yes, please attach.**

Does your child have an ongoing health issue that requires medication?

☐ Yes ☐ No **If yes, please explain**

Does your child have any other health care needs concerns, or symptoms, or is there any additional necessary assistance or relevant medical information your child's teacher should know?

☐ Yes ☐ No

If yes, please explain

Does your child exhibit any special behaviors, fears or characteristics that we might need to know about?

☐ Yes ☐ No

If yes, please explain

Is there any other information that has a direct bearing on assuring safe medical treatment for your child.

☐ Yes ☐ No

If yes, please explain

1. ¿Tiene su hijo/a alergias conocidas?

☐ Si ☐ No

Si respondió que "Sí," favor de explicar

¿Hay un Plan de Acción Médica adjunto?

☐ Si ☐ No

Si respondió que "Sí," favor adjunte.

¿Tiene su hijo/a una enfermedad crónica que requiere medicamento?

☐ Si ☐ No

Si respondió que "Sí," favor de explicar

¿Tiene su hijo alguna otra necesidad, preocupación o síntoma de atención médica, o hay alguna ayuda adicional necesaria o información médica relevante que el maestro de su hijo debería saber? Describa cualquier otra información médica relevante o asistencia necesitada por su hijo/a?

☐ Si ☐ No

Si respondió que "Sí," favor de explicar

¿ Muestra su hijo/a comportamientos, temores, o características especiales de las cuales deberíamos saber?

☐ Si ☐ No

Si respondió que "Sí," favor de explicar

¿Hay alguna otra información que tenga un efecto directo en asegurar tratamiento médico efectivo para su hijo/a?

English Signature Page SY 2023-2024

By signing this application I certify that:

I understand this is an application to determine eligibility based on specific eligibility criteria and does not constitute enrollment into any program.

I understand that if my child is eligible for the program, he/she may be placed on a waiting list.

I authorize partnering Pre-K agencies (Dare County Schools, Children & Youth Partnership, Smart Start, Dare County Human Services, and Head Start) to exchange information regarding my child for the purposes of determining eligibility for state and federally funded Pre-K Programs and for data collection by the Office of Early Learning and Division of Child Development and Early Education

I give permission for my child to receive developmental, hearing, vision, dental and/or speech and language screening and for the results of these screenings to be shared with partnering Pre-K Programs (Dare County Schools, Children & Youth Partnership, Smart Start, Dare County Human Services, and Head Start).

I understand that transportation to and from Pre-K may be provided if my child attends the Dare County Schools Pre-K program site in my school zone. If I choose for my child to attend a Dare County Schools Pre-K program site outside of my school zone, transportation will be the family's responsibility.

I understand that if there is a change in my child's address, phone number, or attendance in any type of licensed care, or if there is a change in family income, it is my responsibility to notify my child's school and inform them of any changes.

I certify that all information provided is true, correct and complete. I understand that information is provided to document eligibility for receipt of program funds. Program staff may verify information on this application. Deliberate misrepresentation may subject me to prosecution under applicable North Carolina state laws.

I understand that my child will need a current, updated health assessment and immunizations before he/she attends a program.

Parent/Guardian Name (please print): _____

Parent/Guardian Signature* _____

Date _____ **Relationship to Child** _____

***If guardian signs, please attach copies of documentation of guardianship (required).**

Página de firmas en español SY 2023-2024

Al firmar esta aplicación, certifico que:

Entiendo que esto es una aplicación de los servicios ofrecidos y no constituye la inscripción en ningún programa.

Entiendo que si mi hijo es elegible para el programa, puede ser colocado en una lista de espera.

Autorizo a las agencias asociadas de Pre-K (Escuelas del Condado de Dare, Alianza de Niños y Jóvenes, Salud y Servicios Humanos de Condado de Dare y Head Start) para intercambiar información respecto a mi hijo con el propósito de determinar la elegibilidad para los programas financiados por el estado y el gobierno federal de pre-K con y para la recopilación de datos por la Oficina de Aprendizaje Temprano y la División de Desarrollo Infantil y Educación Temprana.

Yo doy permiso para que mi hijo reciba la atención necesaria para su desarrollo en las áreas de audición, visión, dental, el habla y para que los resultados sean compartidos con la Asociación del Programa de Pre-K. ((Escuelas del Condado de Dare, Alianza de Niños y Jóvenes, Salud y Servicios Humanos de Condado de Dare y Head Start))

Comprendo que el transporte de ida y vuelta a Pre-Kinder será proveído si mi hijo/a asiste al Pre-Kinder en mi zona escolar. Si yo decido que mi hijo/a asista a un programa de Pre-Kinder fuera de mi zona escolar, el transporte será la responsabilidad de la familia.

Comprendo que si hay algún cambio al domicilio físico de mi hijo/a, número de teléfono, o asistencia a cualquier tipo de guardería licenciada, o si hay algún cambio en los ingresos familiares, es mi responsabilidad notificar a la escuela de mi hijo/a e informarles de cualquier cambio.

Certifico que toda la información proporcionada aquí es verdadera, correcta y completa. Entiendo que esta información se utilizará para determinar la elegibilidad para recibir fondos para el programa. El personal del programa puede verificar la información en esta aplicación. La falsificación deliberada me expone a enjuiciamiento bajo las leyes del estado de Carolina del Norte.

Entiendo que mi hijo necesitará una evaluación de salud y vacunas actualizadas antes de que él /ella asista al programa.

Nombre de Padre/Madre/Guardián (letra de molde): _____

Firma de Padre/Madre/Guardián _____

Fecha _____

Relación al Estudiante _____

***Si el guardián firma, favor de adjuntar documentación de custodia. (requisito)**

Family Income/ Ingreso Familiar *Documentation is required/se requiere documentación

Mother/Guardian 1/ Madre/Guardián 1: _____

Please check all that apply / Por favor marque todos los que apliquen:

- ☐ Employed / Empleado Avg. Hours per week/Promedio de horas trabajadas _____
- ☐ Seeking Employment / Buscando empleo ☐ Attending job training / Asistiendo a entrenamiento de trabajo
- ☐ Attending secondary education / Asistiendo a educación secundaria ☐ Attending high school/GED / Asistiendo a la escuela secundaria/GED ☐ Has no Income/ No tiene ingresos

Income/ingreso	Amount/Cantidad	Amount is received/Esta cantidad es: (Please mark one/Por favor marque uno)				
		Annually Anual	Monthly Mensual	2x Monthly 2 veces mes	Biweekly Quincenal	Weekly Semanal
Wages BEFORE Taxes / Los Salarios ANTES de Impuestos	\$					
Alimony / Pension Alimenticia	\$					
Child Support/Sustento de Menores	\$					
Workers' Comp/Compensación al trabajador	\$					
Unemployment/Desempleo	\$					
SSA/SSDI/TANF	\$					

Father/Guardian 1/ Padre/Guardián 1: _____

Please check all that apply / Por favor marque todos los que apliquen:

- ☐ Employed / Empleado Avg. Hours per week/Promedio de horas trabajadas _____
- ☐ Seeking Employment / Buscando empleo ☐ Attending job training / Asistiendo a entrenamiento de trabajo
- ☐ Attending secondary education / Asistiendo a educación secundaria ☐ Attending high school/GED / Asistiendo a la escuela secundaria/GED ☐ Has no Income/ No tiene ingresos

Income/ingreso	Amount/Cantidad	Amount is received/Esta cantidad es: (Please mark one/Por favor marque uno)				
		Annually Anual	Monthly Mensual	2x Monthly 2 veces mes	Biweekly Quincenal	Weekly Semanal
Wages BEFORE Taxes / Los Salarios ANTES de Impuestos	\$					
Alimony /Pension Alimenticia	\$					
Child Support /Sustento de Menores	\$					
Workers' Comp /Compensación al trabajador	\$					
Unemployment/Desempleo	\$					
SSA/SSDI/TANF	\$					

Application Checklist

English

Español

 Double check that you have answered all required questions and collected the necessary documentation. Failure to answer all questions can delay application processing and your child's possible placement.	 Verifique nuevamente que haya respondido todas las preguntas requeridas y haya recopilado la documentación necesaria. El no responder a todas las preguntas puede demorar el proceso de la aplicación y la posible ubicación de su hijo.
☐ Copy of Child's Birth Certificate	☐ Copia de Acta de Nacimiento del Estudiante
☐ Documentation of Dare County Residency – Copy of driver's license, signed lease or current utility bill.	☐ Documentación de Residencia en el Condado de Dare – Copia de licencia de conducir, contrato de renta firmado o factura de servicio actual (agua, electricidad).
☐ All sources of family income. Please Include: ☐ Copies of complete 2022 tax return with copies of W-2s and all forms for each parent/guardian OR ☐ Pay Stubs that document one month's worth of income for each employed parent/guardian. AND ☐ Documentation of child support, retirement compensation, worker's compensation, unemployment/social security benefits, or public assistance if applicable.	☐ Todas las fuentes de ingreso de la familia. Favor de incluir: ☐ Copias de formas de impuestos completas del 2022 con copias de W-2s y todas las formas para cada p/madre/guardián O ☐ Talones de pago que documenten el valor de un mes de ingresos para cada padre que trabaja. Y ☐ Documentación de manutención de hijos, compensación de jubilación, compensación laboral, beneficios de seguro social o desempleo, o asistencia pública si aplica.
If Applicable: ☐ Copy of child's current Individualized Education Program (IEP) ☐ Documentation of parent's military service ☐ Documentation from a medical provider regarding any chronic illness. ☐ Documentation of guardianship/child custody if applicable.	Si aplica: ☐ Copia del Programa de Educación Individualizado (IEP) del estudiante ☐ Documentación de servicio militar del padre/madre ☐ Documentación del doctor del estudiante de cualquier enfermedad crónica ☐ Documentación de guardián legal si aplica

Site Preferences/Preferencias de sitio

English

Español

We attempt to place children at their zoned school site. However, if there is not a slot available at your child's zoned school site, they may be considered for placement at another site.	Hacemos lo posible por matricular a los niños en la escuela indicada según las zonas escolares. Sin embargo, si no hay un espacio disponible en la zona escolar de su hijo, se puede considerar su matrícula en otro sitio.
Please rank the sites below in order of preference using numbers 1-4. If you have no interest in attending a particular site, please mark with a zero. _____ Cape Hatteras Elementary _____ First FLight Elementary _____ Manteo Elementary _____ Nags Head Elementary _____ Kitty Hawk Elementary (Pending Licensure)	Por favor clasifique los siguientes sitios en orden de preferencia usando los números 1-4. Si no tiene interés en asistir a un sitio en particular, marque con un cero. _____ Escuela Primaria de Cape Hatteras _____ Escuela Primaria de First Flight _____ Escuela Primaria de Manteo _____ Escuela Primaria de Nags Head _____ Escuela Primaria De Kitty Hawk (licencia pendiente)
Families are responsible for transporting their child to any NC Pre-K site other than their child's zoned school site. If placed at an alternate site, I would be willing/able to provide transportation to and from school daily. ☐ Yes ☐ No	Las familias son responsables de transportar a sus hijos a cualquier sitio de NC Pre-K que no sea la zona escolar de su hijo. Si mi hijo se matricula en un sitio alternativo, yo estaría dispuesto / podría proporcionar el transporte hacia y desde la escuela todos los días. ☐ Si ☐ No
If accepted into my zoned site I intend to utilize school bus transportation: ☐ Yes AM and PM ☐ Yes AM only ☐ Yes PM only ☐ No, I don't intend to utilize the school bus.	Si me aceptan en mi sitio zonal, tengo la intención de utilizar el transporte en autobús escolar: ☐ Si, mañana y tarde ☐ Si, solo por la mañana ☐ Si, solo por la tarde ☐ No tengo la intención de utilizar el autobús escolar.

**Bus Stop: Adult Pick-up Permission//Parada de Autobus - Permiso
Para Adulto de Recoger a Estudiante (If Applicable/Si Aplica)**

Parents & Guardians of Pre-K bus riders/Padres de Familia y Guardianes de
Estudiantes de Pre-Kinder que Toman el Camión Escolar Bus:

If a parent or guardian is unable to be at the bus stop to retrieve their pre-k child,
then a responsible adult 18 years or older must be present at the bus stop. This
person must have a picture ID to show the bus driver./Si un p/madre o guardián no
puede recoger a su estudiante de Pre-Kinder de la parada del camión escolar, un
adulto responsable de 18 años de edad o más tiene que estar presente en la parada.
Esta persona tiene que enseñarle una identificación con foto al conductor del camión.

Please list below the names and phone numbers of the adults you give permission to
be at the bus stop to retrieve your child./Favor de listar al siguiente los nombres y
números de teléfono de los adultos quienes tienen permiso para estar en la parada del
camión para recibir a su hijo/a.

Name of Adult/Nombre del Adulto

Phone/Teléfono

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Child's Name/Nombre del Estudiante: _____

Parent or Guardian/Padre/Madre o Guardián: _____

Parent/Guardian signature/Firma de Padre/Madre o Guardián:

_____ Date/Fecha _____

Internal Use Only

Bus # _____ **School:** _____ **Teacher** _____

Submit application

All documents are required and must be attached in order for your child's application to be processed. Please complete the application by **May 26, 2023**.

Todos los documentos son requisitos y necesitan estar incluidos adjuntos para que la aplicación de su hijo/a sea procesada. Favor de completar la aplicación a más tardar el **26 de mayo, 2023**.

Return completed application with all required documents to Dare County Schools Central Office or any elementary school or mail to: / Regresé aplicación completada con todos los documentos requeridos a la Oficina Central de Las Escuelas del Condado de Dare o envíe por correo a:

**Dare County Schools
Post Office Box 1508
Nags Head, North Carolina 27959**

Due to confidentiality concerns, applications will not be accepted electronically/Debido a problemas de confidencialidad, las solicitudes no se aceptaran electrónicamente.

Please do not send photos of documents./ Favor de no mandar fotos de los documentos.

A developmental screening will be conducted as part of the application process. This will occur during the week of June 1st, 2023. You will be contacted to schedule an appointment./ Una evaluación de desarrollo es parte del proceso de aplicación y será programada para su hijo/a durante la semana del 1 de junio de 2023. Le notificaremos del lugar y la hora.

For additional information, or to schedule an appointment for help in filling out this application please call Dare County Schools Central Office at: **252-480-8888 ext. 1954**.

Para más información, o para programar una cita para recibir ayuda llenando esta aplicación, favor de llamar a la Oficina Central de las Escuelas del Condado de Dare al: **252-480-8888 ext. 1954**.