

Preparación escolar de Park Rapids Avenida Huntsinger 301 Park Rapids, MN 56470 218-237-6600			Programa disponible para el año escolar 2026-2027: Por favor, marque un 1 para su primera opción y un 2 para su segunda opción. Las clases se imparten los martes y los jueves. Preparación escolar para niños de 3 años: \$65 al mes, con tarifas ajustables según los ingresos y becas disponibles. 8:00-11:00 AM O 12:00-3:00 PM Para asistir a esta clase, el niño debe tener 3 años cumplidos el 1 de septiembre de 2026 y haber aprendido a ir al baño solo. Devuelva el formulario a partir del 18 de marzo de 2026.								
Solo para uso de oficina											
Fecha de registro		Fecha de inscripción									
Hora de registro		Fecha de inicio Edad									
Nombre del estudiante de derecho		Segundo nombre legal		Apellido legal		___ Masculino ___ Femenino		Fecha de nacimiento		Distrito residencial	
Dirección del estudiante		Ciudad		Cremallera		Fecha de evaluación inicial por teléfono fijo en la primera infancia		¿Este niño ya usa el orinal? SI NO			
Madre legal del estudiante						Padre legal del estudiante					
Nombre						Nombre					
DIRECCIÓN						DIRECCIÓN					
Ciudad		Estado		Cremallera		Ciudad		Estado		Cremallera	
Empleador						Empleador					
Teléfono del trabajo		Teléfono fijo/celular				Teléfono del trabajo		Teléfono fijo/celular			
Dirección de correo electrónico:						Dirección de correo electrónico:					
El estudiante vive con: *Si no se indica, ambos padres		Nombre				Etnicidad					
Ambos padres		DIRECCIÓN				¿Este estudiante es hispano/latino? ___ No, no hispano/latino ___ Sí, hispano/latino					
Madre		Ciudad				Carrera					
Padre		Empleador				Sin importar la opción que haya seleccionado en la pregunta sobre etnia, continúe respondiendo lo siguiente marcando una o más casillas para indicar cuál considera que es la raza de su estudiante.					
Padrastro		Teléfono del trabajo				___ 1 Indígena americano o de Alaska					
Padre/madre de acogida		¿Desea que la escuela envíe correspondencia al padre o madre que no tiene la custodia del menor?				___ 2 asiáticos					
Guardián						___ 3 Negro o afroamericano					
Otro						___ 4 Nativo de Hawái o de las Islas del Pacífico					
						___ 5 Blanco					
						Idioma materno					
						Primera lengua aprendida por el alumno					
						Lenguaje normalmente utilizado: Por el alumno en casa. Por los padres en casa. Por el estudiante con sus amigos.					

Durante el día, el niño suele estar al cuidado de: (marque con un círculo) Madre Padre Abuelo Proveedor de guardería	Transporte (Las opciones de transporte para el programa de 3 años son limitadas; se proporcionará más información en otoño). ¿Anticipa usted que su hijo será: Dejar y recoger al/de la escuela Viajando en autobús a la escuela Viajando en autobús a casa Viajar en autobús hacia y desde la escuela Viajar en autobús desde la guardería hasta la escuela Viajar en autobús a la guardería desde la escuela	Servicios de apoyo estudiantil relacionados con la escuela Verifique los servicios que este estudiante recibe del distrito escolar. Trastornos del espectro autista (TEA) Sordos y personas con discapacidad auditiva (DHOH) Educación Especial para la Primera Infancia (ECSE) Trastornos emocionales o del comportamiento (TEC) Terapia Ocupacional (TO) Fisioterapia (FT) Trastornos del habla o del lenguaje (TSL) Discapacitado visual (DV)			
Información para proveedores de guardería: Nombre	Sí No Doy mi permiso a ISD 309 para transportar y/o obtener atención médica y dental de emergencia para mi hijo/a en caso de que tenga un accidente o necesite atención médica o dental de emergencia que exceda el alcance del personal de Head Start/ISD 309.				
DIRECCIÓN	Firma: _____ Fecha: _____				
Teléfono					
Condiciones que podrían ser importantes en caso de emergencia: Asma leve/grave Convulsiones ___Alergias a medicamentos (lista) _____ _____ Alergias alimentarias _____ _____ Otras alergias _____ Afección cardíaca _____ Otro _____	CENTRO/PERSONAL MÉDICO PREFERIDO PARA UTILIZAR EN CASO DE EMERGENCIA <table><tr><td> Proveedor de atención primaria de salud Essentia Health – Park Rapids 705 Pleasant Avenue Park Rapids, MN 56470 Nombre del médico _____ Si no es Essentia Health-Park Rapids, indíquelo a continuación. Nombre de la clínica _____ DIRECCIÓN _____ Ciudad _____ Teléfono _____ </td><td> Proveedor de atención dental primaria Nombre _____ DIRECCIÓN _____ Ciudad _____ Teléfono _____ </td><td> Sala de urgencias del hospital Servicio de Salud del Área de San José 600 Pleasant Avenue Park Rapids, MN 56470 218-732-3311 Si no es St. Joseph's, enumérelo a continuación. Nombre del hospital _____ DIRECCIÓN _____ Ciudad _____ Teléfono _____ </td></tr></table>		Proveedor de atención primaria de salud Essentia Health – Park Rapids 705 Pleasant Avenue Park Rapids, MN 56470 Nombre del médico _____ Si no es Essentia Health-Park Rapids, indíquelo a continuación. Nombre de la clínica _____ DIRECCIÓN _____ Ciudad _____ Teléfono _____	Proveedor de atención dental primaria Nombre _____ DIRECCIÓN _____ Ciudad _____ Teléfono _____	Sala de urgencias del hospital Servicio de Salud del Área de San José 600 Pleasant Avenue Park Rapids, MN 56470 218-732-3311 Si no es St. Joseph's, enumérelo a continuación. Nombre del hospital _____ DIRECCIÓN _____ Ciudad _____ Teléfono _____
Proveedor de atención primaria de salud Essentia Health – Park Rapids 705 Pleasant Avenue Park Rapids, MN 56470 Nombre del médico _____ Si no es Essentia Health-Park Rapids, indíquelo a continuación. Nombre de la clínica _____ DIRECCIÓN _____ Ciudad _____ Teléfono _____	Proveedor de atención dental primaria Nombre _____ DIRECCIÓN _____ Ciudad _____ Teléfono _____	Sala de urgencias del hospital Servicio de Salud del Área de San José 600 Pleasant Avenue Park Rapids, MN 56470 218-732-3311 Si no es St. Joseph's, enumérelo a continuación. Nombre del hospital _____ DIRECCIÓN _____ Ciudad _____ Teléfono _____			
Personas de contacto locales en caso de emergencia si no se puede localizar al padre/madre o tutor legal, o si este se retrasa en llegar a la escuela para recoger al niño.					
#1 Nombre de contacto _____ Dirección física _____ Ciudad _____ MN Teléfono del trabajo _____ Teléfono fijo _____ Parentesco con el niño: Abuelo/a Tío/Tía Hermano/a Padrastro/Madrastra Otro/a (lista) _____	#2 Nombre de contacto _____ Dirección física _____ Ciudad _____ MN Teléfono del trabajo _____ Teléfono fijo _____ Parentesco con el niño: Abuelo/a Tío/Tía Hermano/a Padrastro/Madrastra Otro/a (lista) _____				
¿Existe alguna persona legalmente obligada a no tener contacto con su hijo/a? Por favor, facilite una copia de la orden de alejamiento. Nombre: _____	Este formulario debe acompañar al niño si es llevado a la clínica o al hospital para recibir atención médica de urgencia.				

AUTORIZACIÓN DE LOS PADRES PARA RECOGER/ENTRAR: Doy mi autorización para que Head Start/Pals entregue a mi hijo/a a las siguientes personas; esto incluye bajar a mi hijo/a del autobús y recogerlo/a en el distrito escolar ISD 309. Adjunte nombres adicionales según sea necesario o si hay cambios.

Nombre y parentesco	Dirección (incluida la ciudad)	Número de teléfono del trabajo/teléfono de casa/número de mensaje