French

FORMULAIRE DE CANDIDATURE COMMUNE 2026-2027
FAYETTE COUNTY PRESCHOOL / COMMUNITY ACTION COUNCIL HEAD START
Visitez www.fcps.net/preschool pour plus de détails sur la façon de soumettre cette demande et les docs supplémentaires requis ou appelez le 859-422-0304 pour obtenir de l'aide.

INFORMATIONS SUR L'ÉTUDIANT PRÉSCOLAIRE * Pour mettre à jour les informations après l'inscription, contactez l'enseignant.

Nom (s) de famille de l'enfant (tel qu'indiqué sur l'acte de naissance légal) Prénom Second prénom (le cas échéant)	Date de naissance	- le sexe de l'enfant, ☐ Homme ☐ femme

Adresse résidentielle	Appartement	Ville	Code postal

Un transport est-il nécessaire? ☐ Oui ☐ Non	Énumérez les dispositifs de transport spéciaux, le cas échéant.	Adresse de transport (si l'adresse de prise en charge / de retour est différente de celle du domicile)

Y a-t-il des frères et sœurs qui fréquentent une école primaire ou un site FCPS?	☐ Non	☐ Oui. Si oui, quel élémentaire ou site?

Préférence de session ☐ MATIN ☐ APRÈS-MIDI Le blanc indique aucune préférence	Si votre langue principale n'est pas l'anglais, veuillez écrire le nom de la langue: _____ Si possible, souhaitez-vous que nous utilisions une langue interprète pour les appels téléphoniques? ☐ Non ☐ Oui	Avez-vous effectué une inscription en ligne? Si oui, quel était votre numéro OLR attribué? ☐ Non ☐ Oui, numéro OLR:	Nombre de personnes dans le ménage (utilisé pour déterminer l'admissibilité au revenu) # d'adultes: ____ # d'enfants: ____

Ethnicité (cochez **tous les blocs** qui s'appliquent.) ☐ Amérindien / Alaska Native ☐ Native Hawaïen / Autre insulaire du Pacifique ☐ Noir / Afro-américain ☐ Asiatique ☐ Blanc	L'étudiant est-il hispanique / latino? ☐ Non ☐ Oui

Vous êtes préoccupé par le développement de votre enfant et souhaitez demander un dépistage en éducation spécialisée ? ☐ Non ☐ Oui, décrivez brièvement.	Votre enfant a-t-il un problème de santé / une allergie? *Décrivez également sur le formulaire de santé des élèves* ☐ Non ☐ Oui, décrivez brièvement.

INFORMATIONS RELATIVES AUX PARENTS / GARDIENS * Pour mettre à jour les informations après votre inscription, contactez l'enseignant.

Nom de famille du parent / tuteur Prénom		Téléphone	Numéro de téléphone de secours
RELATION AVEC L'ENFANT	Adresse résidentielle	Apt	Adresse e-mail
Nom de famille du parent / tuteur Prénom		Téléphone	Numéro de téléphone de secours
RELATION AVEC L'ENFANT	Adresse résidentielle	Apt. #	Adresse e-mail

☐ **VÉRIFIEZ ICI SI VOUS N'ÊTES PAS INTÉRESSÉ À ÊTRE INCLUS DANS LA PREMIÈRE LISTE DE COURRIEL DE L'INITIATIVE 5 LEX SERVE. VISITEZ www.first5lex.com POUR EN SAVOIR PLUS SUR LA MISSION DE FIRST 5 LEX.** ***ENSEMBLE LORSQUE NOUS LECTONS, PARLONS ET JOUONS AVEC NOS ENFANTS, NOUS LES FIXONS POUR LE SUCCÈS***

CONTACT D'URGENCE AUTRE QUE PARENT * Pour mettre à jour les informations une fois inscrit, contactez l'enseignant.

Nom, prénom		Téléphone	Numéro de téléphone de secours
RELATION AVEC L'ENFANT	Adresse résidentielle	Apt. #	Ville

Signature du parent / tuteur: _____ Date: _____

Signature d'admission du personnel préscolaire: _____ Date: _____