

Nombre del niño:			
<input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> Tutor legal masculino	Nombre	Apellido	Dirección Completa: (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal) <input type="checkbox"/> La misma del niño
Correo electrónico del padre:	Teléfono del padre / cuidador masculino #:		# de Teléfono del trabajo:
<input type="checkbox"/> Empleado ¿Cuántas horas por semana?? _____ Empleador: _____	Padre/Cuidador Masculino: Marque todo lo que corresponda: <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Buscando trabajo <input type="checkbox"/> Asiste a la escuela, donde? _____ <input type="checkbox"/> Entrenándose <input type="checkbox"/> En la secundaria, programa GED		Ingresos semanales del padre antes de impuestos \$

Liste el nombre de los padres, padrastro/madrastra, tutor legal, hermanos, medio hermanos/as, y hermanastros que viven en el hogar con el niño

Escriba claramente – Nombre y Apellido	Relación con el niño que va a Pre-K nacimiento	Edad y fecha de	Escuela a la que asisten los hermanos
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			

Si hay más, adjunte la lista con la solicitud

Total de miembros de la familia mencionados anteriormente (incluye estudiante de Pre-K) _____

Información del Contacto de Emergencia:

Un miembro de la familia para contactar si no se puede contactar a los padres en una emergencia

Contacto de Emergencia:	Relación con el niño::
Teléfono de la casa::	Teléfono del trabajo:
	Celular:

Encuesta del idioma del hogar

Su hijo será evaluado en el idioma que indique a continuación * Responda teniendo esto en cuenta.

Idioma que el niño aprendió a hablar?	Segundo idioma?	Más utiliza? *
Idioma primario de la mamá?	Segundo idioma?	Primario del Padre?
		Segundo Idioma?

- Doy mi permiso para que los maestros de NC Pre-K, UCPS, Title I Pre-K y / o el personal de apoyo en el aula compartan documentos, discutan el progreso de mi hijo y las necesidades de apoyo en el aula o en el exterior para servir mejor a mi hijo.
- Entiendo que esta solicitud es para una posible inscripción siguiendo las pautas de elegibilidad de Title 1 y / o NC Pre-K.
- Doy permiso para que mi hijo sea fotografiado y / o grabado en video para su exhibición, álbum de recortes, artículos periodísticos y / o publicación en las redes sociales, Facebook o sitios web.
- Acepto que mi hijo asistirá a Pre-K a tiempo y de manera regular y que trabajaré en equipo con los maestros y el personal de mi hijo. Si mi hijo es inscrito, el primer día de clases, se debe proporcionar al sitio, los registros actualizados de vacunas de mi hijo y un formulario de examen físico / dental completado por un médico.

Formularios de salud y exámenes dentales www.theAllianceforChildren.org bajo NC Pre-K y www.ucps.k12.nc.us bajo Pre-K.

Mi firma a continuación certifica que toda la información en esta solicitud y los documentos que proporcioné es precisa, verdadera y completa.


Firma de la madre/cuidador: X _____ Fecha _____ No recibo ingresos de ningún tipo _____ Iniciales aquí

Firma del Padre/Cuidador: X _____ Fecha _____ No recibo ingresos de ningún tipo _____ Iniciales aquí

(Se requiere la firma del padre si un hogar monoparental y / o el padre no están empleados en el momento de la solicitud.)

Los paquetes de solicitud completos se pueden enviar por correo, fax o enviar a:

Alliance for Children 
investing in bright futures

 a partner in the smart start network.

NC Pre-K ~2661 W. Roosevelt Blvd., Suite A ~ Monroe NC 28110

Teléfono: 704-238-8917 o 704-226-1407 Fax: 704-226-1369

Lea las "Preguntas frecuentes" en NC Pre-K:
<https://theallianceforchildren.org/>

NORTH CAROLINA
NC Pre-K
Prekindergarten Program 

OPCIONES DEL SITIO PARA PRE-K Y FORMULARIO DE ELEGIBILIDAD COMPLETAR Y DEVOLVER CON LA APLICACIÓN

Nombre del niño: Nombre _____ Apellido _____

- Los programas están diseñados para fortalecer las habilidades académicas y sociales de los estudiantes en un entorno basado en el juego.
- Los estudiantes deben tener cuatro años hasta el 31 de Agosto de 2020. La ubicación de los estudiantes se basa en la elegibilidad del programa y la disponibilidad de espacio. Se le puede ofrecer una opción diferente o agregarlo a una lista de espera. Las clases están limitadas a dieciocho estudiantes.
- Al momento de la inscripción, la familia debe proporcionar los registros de vacunas actuales y una evaluación de salud / dental en el formulario DPI con fecha entre el 1 de septiembre de 2019 y el 1 de septiembre de 2020.

North Carolina Pre-Kindergarten – Alliance for Children

Las solicitudes son bienvenidas todo el año, pero el espacio en el aula y el sitio son limitados; se recomienda la aplicación de primavera / verano. Si tiene preguntas sobre el programa, llame a la oficina de NC Pre-K al 704-226-1407, ext. 30.

- Para ser elegible, las familias deben cumplir con pautas de ingresos estatales. (Si los ingresos exceden, el niño puede ser elegible con el estado militar activo de los padres, el apoyo para el dominio del idioma Inglés o la necesidad documentada de apoyo del niño, como habla o retraso del desarrollo)
- Para más detalles revise la tabla de ingresos en www.theallianceforchildren.org bajo NC Pre-K.
- Los sitios de NC Pre-K (^) ofrecen transporte si la familia reside dentro de un pequeño radio del centro de Monroe.
- Los sitios de NC Pre-K (**) ofrecen atención extendida antes y después del horario escolar por una tarifa. Se deben hacer arreglos con el director de cada sitio antes de que comience la escuela.

* A continuación, revise cuidadosamente el sitio, el programa y la información de transporte. Clasifique los sitios # 1, 2 o 3 según las necesidades de elegibilidad, programación y transporte de su familia. El programa de Pre-K sigue los horarios de las escuelas públicas, incluyendo los días de trabajo y los descansos.

			Clase Horas	#1,2 o 3
A Plus Childcare & Learning Center (^) (**)	109 Camelia Dr., Monroe	NC Pre-K	7:30-2:00	
Childcare Network 121 (**)	780 Sutton Place, Monroe	NC Pre-K	7:30-2:00	
ChildTime Indian Trail (**)	120 Business Park Dr., Indian Trail	NC Pre-K	7:30-2:00	
ChildTime Monroe (**)	1714 N. Charlotte Ave., Monroe	NC Pre-K	7:30-2:00	
Escuela Primaria Indian Trail	200 Education Rd., Indian Trail	NC Pre-K	7:00-1:40	
Kids R Kids (**)	5549 Potter Rd., Indian Trail	NC Pre-K	7:30-2:00	
Matthews KinderCare	15000 Lawyers Rd., Matthews (Union Co.)	NC Pre-K	7:30-2:00	
Oakboro Kid's Club (Union/Stanly) (**)	206 N. Main St, Oakboro	NC Pre-K	7:45-2:15	
Walter Bickett Education Center (^)	501 Lancaster Ave., Monroe	NC Pre-K	7:00-1:30	
Escuela Primaria Waxhaw	1101 Old Providence Rd., Waxhaw	NC Pre-K	7:30-2:00	
Weekday Children's Ministries (^) Bus \$7/wk.	801 S. Hayne St., Monroe	NC Pre-K	7:30-2:00	
Wingate Baptist (**)	108 E. Elm St., Wingate	NC Pre-K	7:30-2:00	



Enero 2016

EVALUACION DE SALUD EN CAROLINA DEL NORTE

Esta forma y la información contenida en ella será mantenida en los archivos de la escuela. Esta información es confidencial.

(Approved by North Carolina Department of Public Instruction and Department of Health and Human Services)

LOS PADRES DEBEN COMPLETAR ESTA SECCION

Nombre del Estudiante:

(Apellidos)

(Primer nombre)

(Segundo Nombre)

M F

Nació (fecha) (Mes/Día/año):

Nombre de la Escuela:

Hispanic/Latino:

1 SI 2 NO

Raza:

- 1 No Blanco (Otro)
- 2 Blanco
- 3 Afro-Americano
- 4 Indio Americano
- 5 Chino

- 6 Japonés
- 7 Hawaiano
- 8 Filipino
- 9 Asiático (Otro)
- 10 Desconocido

Dirección:

Ciudad:

Estado:

Condado:

Información de los Padres/Guardián o persona que le cuida.

Teléfono:

Casa (Home):

Trabajo (Work):

Celular (Cell Phone):

Información de Problemas de Salud para el conocimiento de personas autorizadas (Administradores, maestros y otro personal que necesite saber esta información):

EL PROFESIONAL DE SALUD COMPLETA ESTA SECCION

Medicamentos prescritos al estudiante:

Alergias y respuesta requerida:

Dieta especial:

Recomendaciones de Salud para mejorar el rendimiento del estudiante:

Examen de Visión: Pasó el

Examen SI NO

Posibles Problemas





PUBLIC SCHOOLS OF NORTH CAROLINA

State Board of Education | Department of Public Instruction

Enero 2016

Recomendaciones, preocupaciones, necesidades de salud del estudiante y seguimiento:

La Escuela tiene que hacer seguimiento **SI** **NO**

Comentarios por parte del Profesional de Salud:

Incluya otras formas de salud:

- Registro de Vacunación:
- Autorización para dar medicamentos:
- Plan de cuidado (Diabetes):
- Plan de Acción (Asma-Asthma):
- Plan de Cuidado para otras condiciones:

Certificación por parte del Profesional de Salud

Yo certifico que he realizado una evaluación de salud en el estudiante arriba mencionado de acuerdo a los requerimientos G.S. 130a-440(b), que incluye historial médico y examinación física, incluyendo exámenes de visión y audición y si es adecuado, exámenes de anemia y tuberculosis. Certifico que la información en esta forma es correcta y completa a mi mejor saber.

Nombre (Name):

Título (Title):

Firma (Signature): _____

Fecha (Date) (m/d/yyyy):

Nombre de la Clínica o Consultorio:

Dirección de la Clínica:

Practice/Clinic City:

State:

Zip:

Phone:

Fax:

Provider Stamp Here:



Dental Screening Form – Forma de Evaluación Dental

Cuando se hacen los exámenes de salud para niños de Pre-Kinder, use la forma KHA. También debe completar una **Evaluación Dental** (10A NCAC 09 .3005 Evaluación de Salud Infantil).

Nombre del Niño: _____	
Nació (fecha): ____/____/____	
Sexo: Masculino Femenino	
Padre o Guardián: _____	
Dirección: _____	
Ciudad: _____	
Teléfono: _____	Escuela/Pre-Kinder: _____

Nombre de la persona que realizó la examinación _____ Fecha ____/____/____

Clínica/Consultorio _____

Teléfono _____

Título Profesional (marque uno):

- ___ Dentista
- ___ Higienista Dental
- ___ Doctor (Physician)
- ___ Asistente de Doctor (Physician Assistant)
- ___ Enfermera Registrada (Registered Nurse)
- ___ Otro Profesional de Salud: _____

Caries en la Niñez Temprana:

- No hay caries o decaimiento dental actualmente, no se detectó problema
- Hay caries o decaimiento dental, necesita atención dental (Explique)
- Necesita Cuidado Urgente (explique)

Comentarios:

Firma (Signature) _____

Fecha (Date) _____