



FORMA DE INSCRIPCIÓN PARA PRESCOLAR

Escuela: _____ Año Escolar: _____

ESTUDIANTE:

Apellido Legal: _____ Primer Nombre Legal: _____ Segundo Nombre Legal: _____

Apodo: _____ Fecha de Nac: _____ Genero: Masculino Femenino

Es usted hispano/latino? No Si

Cual de los siguientes grupos describe su nacionalidad? **(Deben seleccionar por lo menos una raza)**

Indio Americano Asiático Negro Hawaiano Nativo/Islandes Pacifico Caucásico

El estudiante puede ser recogido por: Madre Padre Madrastra Padrastro Otro, nombre _____

Designado al estudiante del vecindario donde vive? _____

¿Esta este estudiante asistiendo con una VISA de no emigrante? No Si Si así es, mencione el tipo de VISA _____

Alguna vez ha recibió este estudiante servicios de educación especial, tal como terapia del habla u ocupacional, etc? No Si
Si así ha sido, ¿está recibiendo actualmente servicios de educación especial este estudiante? No Si

¿Cuál es el principal idioma que se habla en la casa: Inglés Español

Relación con el Padre/Guardián 1: Madre Padre Madrastra Padrastro Otro

Cual de las siguientes designaciones y acceso debe recibir esta persona referente al estudiante:

Guardián Recibe la correspondencia de correo Acceso al Portal Mensajero(a)

Relación con el Padre/Guardián 2: Madre Padre Madrastra Padrastro Otro

Cual de las siguientes designaciones y acceso debe recibir esta persona referente al estudiante:

Guardián Recibe la correspondencia de correo Acceso al Portal Mensajero(a)

Relación con el Padre/Guardián 3: Madre Padre Madrastra Padrastro Otro

Cual de las siguientes designaciones y acceso debe recibir esta persona referente al estudiante:

Guardián Recibe la correspondencia de correo Acceso al Portal Mensajero(a)

Relación con el Padre/Guardián 4: Madre Padre Madrastra Padrastro Otro

Cual de las siguientes designaciones y acceso debe recibir esta persona referente al estudiante:

Guardián Recibe la correspondencia de correo Acceso al Portal Mensajero(a)



FORMA DE INSCRIPCIÓN PARA PRESCOLAR

PERMISOS

Doy mi permiso para que le tomen fotografías a mi hijo(a) para fotografías de la escuela. No Si

Doy permiso para que mi hijo(a) participe en la cobertura de los medios de comunicación incluyendo la publicación del cuadro de honor. No Si

Doy permiso para que el Distrito Escolar del Valle de St. Vrain (y cualquier persona o compañía autorizada por el Distrito) para que hagan uso y puedan tener derechos de copiado de todas las fotografías, filmaciones, videos, y/o grabaciones tomadas a este estudiante por el personal del Distrito (o sus representantes) y entender que el Distrito puede usar reproducciones, alteraciones, o adiciones a las mismas. Entiendo también que esas reproducciones pueden incluir páginas en la Internet autorizadas por el Distrito y publicaciones del distrito escolar. No Si

CONTACTOS EN CASO DE EMERGENCIA: Favor de proporcionar por lo menos un contacto local en caso de emergencia (los contactos en caso de emergencia no deben ser el Padre./Madre/Guardián).

Contacto #1 Nombre: _____ Relación con el Estudiante: _____
de Tel. Casa: _____ # de Cel: _____ # de Tel. Trabajo: _____

Contacto #2 Nombre: _____ Relación con el Estudiante: _____
de Tel. Casa: _____ # de Cel: _____ # de Tel. Trabajo: _____

Contacto #3 Nombre: _____ Relación con el Estudiante: _____
de Tel. Casa: _____ # de Cel: _____ # de Tel. Trabajo: _____

Doctor Nombre _____ Telefono: _____ Género: Masculino Femenino
Nombre del Consultorio/Grupo: _____ Dirección: _____

Dentista Nombre _____ Telefono: _____ Género: Masculino Femenino
Nombre del Consultorio/Grupo: _____ Dirección: _____

Hospital de su Elección _____ Telefono: _____
Dirección: _____

Autorizo, por medio de mi firma abajo, que si las personas mencionadas arriba no puede ser localizadas, se autoriza al personal de la escuela para que aplique su mejor criterio en caso de una emergencia. El Distrito Escolar no cuenta con seguro dental o médico para los estudiantes. Se entiende que todos los costos relacionados con un tratamiento en caso de emergencia será la responsabilidad de los padres del estudiante. Siempre y cuando el tratamiento médico considerado como necesario vaya de acuerdo con las normas aceptadas de manera general con la práctica médica, no impongo ninguna prohibición específica referente al tratamiento a menos que lo hayamos declarado.

Firma del Padre/Madre/Guardián

Fecha



Escuela Primaria Northridge
 1200 19th Avenue
 Longmont, CO 80501
 (303) 772-3040

Solicitud de Preescolar*
 2011-2012

Nombre del Niño(a) _____ Fecha de Nac.** _____
 Género: (Favor de circular) Masc o Fem _____ Fecha de la Solicitud _____
 Nombre del Padre/Madre _____ Tel. _____
 Domicilio _____ Idioma hablado en casa: _____
 Ciudad/Estado/Código postal _____ email _____

**Programa de 3 años: deben tener 3 para el 1 de Octubre del 2011 o antes. Programa de 4 años: deben tener 4 para el 1 de Octubre del 2011 o antes.

Favor de contestar las siguientes preguntas:

1. ¿Vive el niño(a) en el área de asistencia de la escuela? Si___ No___
2. ¿Tiene el niño(a) un hermano(a) en esta escuela? Si___ No___
3. ¿Tiene el niño(a) a uno de sus padres en el personal de esta escuela? Si___ No___
4. ¿Asistió el niño(a) a este preescolar el año pasado? Si___ No___ Donde? _____

Se ofrece Colegiatura Mensual (de 9 meses) para todos los programas de Preescolar del Distrito:

- \$165.00 2 clases de medio día
- \$210.00 3 clases de medio día
- \$265.00 4 clases de medio día

Sobre la notificación de aceptación al programa se requiere una cuota de \$65.00 no reembolsable, con el paquete de registracion completo.

Favor de indicar su primera y segunda elección de los siguientes programas ofrecidos en esta localidad:

- ___ Clases de 3 y 4 años de edad: De Lunes a Jueves AM
- ___ Clases de 3 y 4 años de edad: De Lunes a Jueves PM

Las clases deben reunir la capacidad minima. El Distrito se reserva el derecho de modificar las secciones de las clases basadas en la inscripción.

Para preguntas adicionales visite la página Web de Preescolar del Distrito (www.stvrain.k12.co.us/preschool) o póngase en contacto con Ellen Cooper:

Oficina de la Niñez a Edad Temprana
 303-702-7815 o 303-772-7700 x7864

*Las familias pueden aplicar para más de una escuela sin embargo, la inscripción es limitada únicamente a un programa del distrito.



Formulario para la Evaluación de la Salud

Padres: *Por favor complete*

Nombre del Niño(a) _____ Sexo _____ FDN _____

Domicilio _____ Teléfono _____

Nombre de la Madre/ Guardián _____ Nombre del Padre/Guardián _____

Alergias _____

Reacción a algún medicamento _____

Enfermedades (Marque las enfermedades que el niño/a ha tenido y de fechas aproximadas)

Varicela _____ Rubéola _____ Asma _____

Paperas _____ Rúbea _____ Epilepsia _____

Polio _____ Fiebre reumática _____ Diabetes _____

Inflamación de la garganta _____ Tos Ferina _____ Otro _____

Cirugías/ Accidentes/ Condiciones Crónicas o Discapacidades _____

Describa cualquier requerimiento especial para el cual su niño/a pueda necesitar asistencia de los empleados del preescolar:

Vacunas al corriente: Si ___ No ___ Una copia de los récords debe ser dada al preescolar **antes** de que el niño(a) pueda asistir.

Fecha: _____
Firma del Padre/Madre o Guardián Legal _____ La autorización se expirara 365 días después de esta fecha

Proveedor del Cuidado de la Salud: *Por favor complete después de que la sección de los padres sea completada*

Fecha del ultimo examen: _____ Peso Reciente: _____ Estatura Reciente: _____

Examen Físico: Normal _____ Anormal: _____ (vea las explicaciones de las preocupaciones significativas de salud:)

Preocupaciones significativas de la salud: Ninguna _____

Describa cualquier **condición física** que requiera la especial del personal del preescolar _____

Si se le hizo examen tuberculina: Fecha: _____ Resultado: _____

Si se le hizo un rayo-x del pecho: Fecha: _____ Resultado: _____

Medicamento Actual/ Dieta Especial: _____ **Ninguna Describa:** _____

(Se requiere una forma de autorización por separado para el medicamento administrado (dado) en la escuela.)

Firma: *Medico Autorizado o Enfermera Profesional*

Fecha de la próxima visita: _____

El estatus de salud de este niño/a permite su participación en todas las actividades del preescolar. Cualquier preocupación o excepción están identificadas en esta forma.

Fecha _____

Firma del Proveedor del Cuidado de la Salud (certificando que la forma fue revisada.)

Sello de la Oficina: *nombre, domicilio , numero de teléfono*