

REGISTRACIÓN PARA EL KINDERGARTEN DE TRANSICIÓN O EN EL KINDERGARTEN PARA EL 2023-24



PROGRAMAS SRCS TK Y KINDERGARTEN:

- ★ Programa de jornada escolar completa, con opciones de cuidado después de la escuela ★
- ★ Maestros acreditados y dedicados ★
- ★ Entornos de aprendizaje enriquecedores para que su hijo/a crezca y se desarrolle ★



ELEGIBILIDAD

KINDERGARTEN DE TRANSICIÓN

Los niños cuyo quinto cumpleaños cae **entre el 2 de septiembre de 2023 y el 2 de abril de 2024** son elegibles para el TK para el año escolar 2023-24. TK es un programa de aprendizaje temprano de alta calidad un año antes de Kindergarten. Las aulas son ricas en lenguaje, alegres y promueven el aprendizaje a través del juego, el crecimiento socioemocional y las habilidades de autorregulación.

KINDERGARTEN

Los niños que tengan **5 años de edad en o antes del 1 de septiembre del 2023** podrán registrarse para el año escolar 2023-24.

ASIGNACIÓN DE ESCUELA

Se hará todo lo posible por asignar a los estudiantes en su escuela de residencia (encuentre la suya en www.srcs.org/enrollment o llame al 415-492-3236). Para asistir a una escuela del distrito fuera de su área de residencia, complete una solicitud de transferencia dentro del distrito antes del 1 de marzo de 2023. Si hay espacio disponible después de asignar a todos los residentes, el distrito seguirá las normas establecidas por la junta directiva en la consideración de las solicitudes de transferencias dentro del distrito.

¡Cada escuela primaria de SRCS tendrá por lo menos una clase de TK el próximo año, así como clases de kindergarten!

PROGRAMA DE INMERSIÓN EN DOS IDIOMAS

¡Nuestro programa de inmersión en dos idiomas en la escuela Venetia Valley está disponible para TK y Kindergarten! Usted puede indicar su interés en inscribir a su hijo/a en el programa en este paquete. El programa se centra en el bilingüismo y la alfabetización, la excelencia académica y la competencia sociocultural. Más información: www.srcs.org/dual-language



DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA LA REGISTRACIÓN

- Paquete de Inscripción completo
- Comprobante de Edad
- Dos comprobantes de dirección actuales (o recientes)
- Reporte de vacunas

FECHA LÍMITE

Para ser considerado para la asignación en su escuela de residencia, los paquetes de inscripción completos deben ser entregados antes o más tardar el 1 de marzo del 2023. Los paquetes completos que se reciban después del 1 de marzo se asignarán en el orden en que se reciban.

REGISTRACIÓN

USTED PUEDE INICIAR EL PROCESO

EN LÍNEA: WWW.SRCS.ORG/ENROLLMENT



Las familias de cualquier escuela/área de asistencia de SRCS pueden registrarse en cualquiera de los eventos de registración que se mencionan a continuación, o visitando el Centro Familiar e Inscripción de Estudiantes del Distrito.

Vea los materiales adjuntos para más información.

EVENTOS DE REGISTRACIÓN (2 - 6 PM)	
Bahia Vista	11 de enero, 2023
El Centro Familiar e Inscripción de Estudiantes	24 de enero, 2023
Laurel Dell	25 de enero, 2023
El Centro Familiar e Inscripción de Estudiantes	31 de enero, 2023
Venetia Valley	1 de febrero, 2023

THE FOLLOWING INFORMATION IS REQUIRED FOR YOUR STUDENT'S REGISTRATION
(LA SIGUIENTE INFORMACION SE REQUIERE PARA LA INSCRIPCION DE SU ESTUDIANTE)

2 Proofs of Residency

Submit 2 **current (or recent)** documents from the following list:

(Dated within the last 60 days)

- PG&E Bill
- Home telephone bill
- Cable television bill
- Water bill
- Payroll Stub

- W-2 form
- Property tax payment receipt
- Copy of deed & recent mortgage payment receipt
- Copy of lease and most recent rent payment receipt

Proof of Age

1. A certified copy of a birth certificate or a statement by the local registrar or county recorder certifying the date of birth
2. A duly attested baptism certificate
3. A passport
4. When none of the above documents is obtainable, an affidavit of the parent/guardian

Medical Records

- Immunization Records

If you need assistance meeting residency requirements please contact the Student Enrollment and Family Center at 415-492-3236 or 415-492-3226.

2 Comprobantes de Residencia

2 documentos **actuales (o recientes)** de la siguiente lista deben ser entregados:

(Dentro de los últimos 60 días)

- Factura de PG&E
- Factura del servicio de teléfono de casa
- Factura del servicio de cable
- Factura del servicio de agua
- Talón de cheque

- Forma W-2
- Recibo del pago de los impuestos de la propiedad
- Copia de las escrituras y el pago mas reciente de la hipoteca
- Copia del contrato de renta y el mas reciente recibo del pago de la renta

Comprobante de Edad

1. Una copia certificada de un certificado de nacimiento o una declaración del registrador local o del condado que certifique la fecha de nacimiento.
2. Certificado de bautismo debidamente acreditado
3. Un pasaporte
4. Cuando no se puede obtener ninguno de los documentos anteriores, una declaración jurada del padre/madre/tutor

Historial Medico

- Tarjeta de Vacunas

Si necesita asistencia con los comprobantes de residencia que se requieren por favor comuníquese con el Centro Familiar e Inscripción de estudiantes al 415-492-3236 o al 415-492-3226.

GUÍA PARA PADRES SOBRE LOS REQUISITOS DE VACUNACIÓN PARA ENTRAR A LA ESCUELA



A partir del 1 de julio de 2019

Los alumnos ingresando a TK/K-12 necesitan:

- **Vacuna contra la difteria, el tétanos y la tos ferina (DTaP, DTP, Tdap o Td) —5 dosis**
(4 dosis cumplen con el requisito si una se aplicó al cumplir los 4 años de edad o después;
3 dosis cumplen con el requisito si una se aplicó al cumplir los 7 años de edad o después)
Se requiere al menos una dosis de una vacuna con protección contra pertussis (tos ferina) al cumplir los 7 años de edad o después para los alumnos de 7° a 12° grado.
- **Polio (OPV o IPV)—4 dosis**
(3 dosis cumplen con el requisito si una se aplicó al cumplir los 4 años de edad o después)
- **Hepatitis B—3 dosis**
(No se requiere para el paso a 7° grado)
- **Vacuna contra el sarampión, las paperas y la rubéola (MMR)—2 dosis**
(Ambas dosis deben haberse administrado al cumplir el 1er año de edad o después)
- **Varicela—2 dosis**

Estos requisitos de vacunación también aplican a nuevos estudiantes y alumnos de transferencia en cualquier grado, incluyendo el kínder de Transición.

Los alumnos ingresando a 7° grado necesitan:

- **Vacuna contra el tétanos, la difteria y la tos ferina (Tdap) —1 dosis**
(El refuerzo de la vacuna contra la tos ferina generalmente se aplica a los 11 años de edad o más.)
- **Vacuna contra la varicela—2 dosis**
(Generalmente se aplica a los 12 meses de edad y entre los 4 y 6 años de edad)

Los requisitos para K-12 también aplican a alumnos de 7° grado que:

- Antes tenían una exención de las vacunas requeridas por creencias personales que fue presentada antes del 2016 al entrar cualquier grado entre kínder de Transición/kínder y 6° grado
- Son nuevos estudiantes

Comprobantes:

Se requiere que las escuelas en California revisen los Comprobantes de Inmunización de todos los nuevos estudiantes ingresando a kínder de Transición/kínder hasta el 12° grado y de todos los estudiantes pasando a 7° grado de antes ingresar. Los padres deben presentar el Comprobante de Inmunización de su hijo(a) como prueba de que se vacunó.

	POR FAVOR USE LAPICERO, Y EN LETRA DE MOLDE COMPLETE LA FORMA EN SU TOTALIDAD	23-24
GRADO	DISTRITO ESCOLAR DE SAN RAFAEL–PAQUETE DE INSCRIPCION	AÑO

INFORMACION DEL ESTUDIANTE

Apellido Legal _____	Otro Apellido _____						
Primer Nombre _____	Segundo Nombre _____						
<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> No Binario	Fecha de Nacimiento: <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td align="center"><small>Mes</small></td> <td align="center"><small>Día</small></td> <td align="center"><small>Año</small></td> </tr> </table> Edad _____				<small>Mes</small>	<small>Día</small>	<small>Año</small>
<small>Mes</small>	<small>Día</small>	<small>Año</small>					

INFORMACION DEL PADRE/MADRE/GUARDIAN (Marque el cuadro si el estudiante vive con usted)

Apellido _____	Nombre _____	Parentesco con el Estudiante _____
Dirección en que Reside/Dirección Postal _____		Correo Electrónico _____
Teléfono Primario _____	Teléfono Celular _____	Teléfono del Trabajo _____

NIVEL DE EDUCACION DEL PADRE/MADRE/TUTOR

<input type="checkbox"/> Posgraduado	<input type="checkbox"/> Graduado de la Univ.	<input type="checkbox"/> Algo de Univ.	<input type="checkbox"/> Termino la Sec.	<input type="checkbox"/> No termino la Sec.
--------------------------------------	---	--	--	---

INFORMACION DEL PADRE/MADRE/GUARDIAN (Marque el cuadro si el estudiante vive con usted)

Apellido _____	Nombre _____	Parentesco con el Estudiante _____
Dirección en que Reside/Dirección Postal _____		Correo Electrónico _____
Teléfono Primario _____	Teléfono Celular _____	Teléfono del Trabajo _____

NIVEL DE EDUCACION DEL PADRE/MADRE/TUTOR

<input type="checkbox"/> Posgraduado	<input type="checkbox"/> Graduado de la Univ.	<input type="checkbox"/> Algo de Univ.	<input type="checkbox"/> Termino la Sec.	<input type="checkbox"/> No termino la Sec.
--------------------------------------	---	--	--	---

Si el niño(a) no vive con los padres, necesitara mostrar documentos como Affidávit de Custodia o de Corte
Si hay un acuerdo legal en la custodia, por favor marque una: Custodia Compartida Custodia Exclusiva

PRE-ESCOLAR/CENTRO DE CUIDADO DE NIÑOS AL QUE ASISTIO PREVIAMENTE

Fecha de Entrada y Salida	Pre-Escolar/Centro de Cuidado de Niños	Ciudad, Estado

OFFICE USE ONLY

Resident Sch _____	Requested Sch _____	Assigned Sch _____
--------------------	---------------------	--------------------

¿ CUAL ES EL ORIGEN ETNICO DE SU NIÑO(A)? (Por favor marque uno):

- Hispano ó Latino (Una persona cubana, mexicana, puertorriqueña, de sudamerica ó centroamerica, ó de otra cultura u origen español, sin importar la raza)
- No Hispano ó Latino

¿CUAL ES LA RAZA DE SU NIÑO(A)? (Por favor marque uno ó todos los que apliquen)

La pregunta anterior se refiere al origen étnico, no acerca de la raza. No importa lo que usted haya seleccionado antes, **por favor conteste lo siguiente** marcando una o mas casillas para indicar la que usted considere que es su raza.

- Indú Negro ó Afroamericano Camboyano De origen Asiático(Hmong)
- Filipino Guamanian Hawaiano De otro origen Asiático
- Japones Coreano Vietnamita Originario de Laos
- Chino Samoano Tahitiano De otro origen de las Islas del Pacífico
- Indio Americano, o nativo de Alaska y cualquier persona que tenga orígenes en cualquiera de los pueblos nativos de Norteamérica, Centroamérica y Sudamérica.
- Blanco o cualquier otra persona que tenga orígenes en cualquiera de los pueblos nativos de Europa, del Norte de África, ó del Oriente Medio.

EDUCACION ESPECIAL

¿Ha recibido este estudiante algunos de los siguientes servicios en algún Distrito escolar?

- RSP SDC Lengua y Lenguaje Otro _____

PROGRAMA DE INMERSION EN DOS IDIOMAS

SRCS está ofreciendo un programa de inmersión en dos idiomas ubicado en la escuela Venetia Valley TK-8. La duración del programa es de Transición al Kinder a 5º grado. La instrucción será proporcionada en inglés y español y está diseñada para fomentar las habilidades académicas y de alfabetización en una población de 50% de hablantes nativos de español y 50% de hablantes nativos de inglés. Más información: www.srcs.org/dual-language.

Por favor, indique a continuación si le gustaría inscribir a su estudiante en el Programa de Inmersión en Dos Idiomas ubicado en Venetia Valley:

- Sí, me gustaría inscribir a mi estudiante en el Programa de Inmersión en Dos Idiomas en Venetia Valley.
(Si Venetia Valley no es su escuela de residencia por favor complete la solicitud de transferencia de escuela)
- No, no estoy interesado en inscribir a mi estudiante en el Programa de Inmersión en Dos Idiomas en Venetia Valley.

PROGRAMAS DESPUES DE ESCUELA

Si se ofrece un programa después de escuela, ¿le interesaría que su hijo asistiera? Si No

TIENE OTROS NIÑOS EN EL DISTRITO DE LAS ESCUELAS DE SAN RAFAEL				
APELLIDO	NOMBRE	FECHA DE NAC	ESCUELA ACTUAL	GRADO

INFORMACION DE LOS CONTACTOS DE EMERGENCIA

EN CASO DE EMERGENCIA, SE LLAMA A LOS PADRES/GUARDIANES PRIMERO. *Por favor provea el nombre de por lo menos **otras** dos personas que sean familiares/amigos/vecinos con **diferentes números de teléfono que vivan cerca de la escuela**, a quienes podamos llamar para que recojan a su niño(a) de la escuela en caso de emergencia si no podemos comunicarnos con ustedes. **Por favor tome en cuenta que en caso de un desastre, es muy importante tener a alguien que viva en el vecindario que pueda cuidar de su hijo(a) hasta que usted pueda llegar a casa.***

1) Nombre Completo _____ Dirección _____

Tel. Casa _____ # Celular _____ # Trabajo _____

2) Nombre Completo _____ Dirección _____

Tel. Casa _____ # Celular _____ # Trabajo _____

3) Nombre Completo _____ Dirección _____

Tel. Casa _____ # Celular _____ # Trabajo _____

Seguro de Salud _____ # de Póliza del niño(a) _____

Nombre del Medico del niño(a) _____ # de Teléfono _____

Dirección _____

INFORMACION DEL PADRE/MADRE SIN CUSTODIA

¿Si los padres están separados o divorciados, podría el padre que no tiene la custodia recoger al niño(a) de la escuela? Si No iniciales _____

Debe proporcionar una orden de la corte limitando el contacto con el niño(a) si la respuesta es No.

Si desea que la escuela envíe información del estudiante (tarjeta de calificaciones, notificación de reuniones, ect.) a un padre/madre que no tenga la custodia, por favor llene la información de la parte inferior:

Nombre _____ Parentesco con el niño(a) _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

DECLARACION DE RESIDENCIA				
Nombre del Estudiante _____	Padre/Madre/Tutor _____			
Dirección en que reside _____				
	# de Casa y Calle	# Apartamento	Ciudad	Código Postal
# Teléfono de Casa _____	# Teléfono Celular _____			

La dirección enlistada en esta Declaración de Residencia es mi residencia primaria.

Yo, entiendo que el Distrito Escolar de San Rafael, verificara toda la información proveída en la declaración de residencia. La verificación puede incluir múltiples visitas al hogar. Estoy de acuerdo en notificar inmediatamente al Distrito Escolar de San Rafael por escrito si hay algún cambio de dirección. Yo comprendo perfectamente que el Distrito investigara activamente todos los casos en donde haya razón para creer que la información proveída por mi es falsa o incorrecta. Información falsa en la declaración de residencia dará lugar a que el estudiante sea dado de baja inmediatamente.

Yo declaro, bajo pena de perjurio, conforme a las leyes del Estado de California que la información es verdadera y correcta, y que todos los documentos presentados para la verificación de mi residencia son documentos originales, verdaderos y correctos y que ninguno de los documentos presentados ha sido alterado a excepción de que se haya cruzado la cantidad de dólares o los números de cuenta lo cual es permitido para el propósito de esta Declaración de Residencia (Código Penal secciones 118, 126, 127)

Efectuado en la fecha que se encuentra en la parte inferior en el Condado de Marin, California

Firma del Padre/Madre/Tutor _____ Fecha _____

La información proveída a las Escuelas de San Rafael en este paquete de inscripción es confidencial y ninguna organización no autorizada por SRCS tendrá acceso a la misma. Las Escuelas Elementales y Secundarias de San Rafael forman parte de un Distrito que ofrece las mismas oportunidades para todos los estudiantes que residen en su área sin considerar genero, raza, color de piel, creencias religiosas, origen nacional, linaje, capacidades mentales o físicas, preferencia sexual o idioma en el hogar.

OFFICE USE ONLY:		
Attach copies of proof of residency & a copy of the parent/guardian ID or DL to this document		
_____	_____	_____
Name of Staff Member	Signature of Staff Member	Date

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____

DISTRITO ESCOLAR DE SAN RAFAEL
Paquete De Inscripción
(Solamente para uso de SRCS)

Fecha estampada: _____

LOCAL

ENCUESTA DEL IDIOMA QUE SE HABLA EN EL HOGAR

El Código de Educación de California requiere que las escuelas determinen el idioma(s) que cada estudiante habla en casa. Esta información es esencial a fin de que las escuelas puedan proporcionar una enseñanza con contenido para todos los estudiantes

POR FAVOR TOME EN CUENTA: Si su respuesta a cualquiera de las 4 preguntas en la parte inferior es un idioma diferente a Inglés, su hijo(a) recibirá el examen **ELPAC** (Evaluaciones de dominio del idioma inglés en California)

Por favor responda a las siguientes preguntas indicando un idioma por línea.

1. ¿Cual fue el idioma que su hijo/a aprendió **cuando empezó a hablar**?

2. ¿Cual es el idioma que su hijo/a usa **más frecuente** en casa?

3. ¿En que idioma le habla usted a su hijo/a **más frecuentemente**?

4. ¿Escriba el idioma que hablan los adultos en el hogar con **más frecuencia**?

Apellido del Estudiante _____ Primer Nombre _____

Firma del Padre/Madre/Tutor _____ Fecha _____

USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA

La Encuesta de Idioma del Hogar para todos los estudiantes debe presentarse en la CARPETA DE CUM de los estudiantes. Si el estudiante está clasificado como Aprendiz de inglés, por favor ingrese una carpeta azul de EL. Ignore esta encuesta temporal cuando el original se recibe dentro de los 30 días y se archiva en la carpeta CUM

Cuestionario sobre vivienda

Apellido del estudiante	Nombre	Segundo nombre
-------------------------	--------	----------------

Nombre de la escuela

La información proporcionada a continuación ayudará a la agencia educativa local (San Rafael City Schools) a determinar para qué servicios pueden ser elegibles usted y/o su hijo(a). Esto podría incluir servicios de educación adicionales a través del Título I, Parte A y/o la Ley federal de Asistencia McKinney-Vento. La información proporcionada en este formulario se mantendrá confidencial y solo se compartirá con el distrito escolar apropiado y el personal del lugar.

Actualmente, ¿viven usted y/o su familia en alguna de las siguientes situaciones? *Marque todas las opciones que correspondan.*

- Se aloja en un refugio (refugio familiar, refugio para víctimas de violencia doméstica, refugio juvenil) o en un tráiler de la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias (Federal Emergency Management Agency [FEMA], por sus siglas en inglés)
- Comparte una vivienda con otra personas(s) debido a la pérdida de vivienda, problemas económicos, desastres naturales, falta de vivienda adecuada o una razón similar
- Vive en un automóvil, parque, campamento, edificio abandonado u otros alojamientos inadecuados (es decir, falta de agua, electricidad o calefacción)
- Vive temporalmente en un hotel o motel debido a la pérdida de vivienda, problemas económicos, desastres naturales o una razón similar
- Vive en una residencia unifamiliar que es permanente

-
- Marque aquí si usted es un estudiante menor de 18 años y no vive con sus padres o tutores

El padre/tutor que suscribe, certifica que la información proporcionada anteriormente es correcta y precisa.

Escriba el nombre del padre/tutor	Firma	Fecha
-----------------------------------	-------	-------

(Código de área) No. de teléfono	Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
----------------------------------	-----------	--------	--------	---------------

Su hijo(a) o hijos(as) pueden tener el derecho a:

- Una inscripción inmediata en la última escuela a la que asistieron (escuela de origen) o la escuela local donde se encuentra actualmente, incluso si usted no tiene todos los documentos que normalmente se requieren en el momento de la inscripción.
- Continuar asistiendo a su escuela de origen, si así lo solicita y es lo mejor para usted.
- Recibir transporte hacia la escuela de origen y desde ella, así como los mismos programas y servicios especiales, si es necesario, de la misma manera que se ofrecen a los demás niños, incluyendo comidas gratis y Título I.
- Recibir las protecciones y servicios completos provistos de acuerdo con todas las leyes federales y estatales, en lo que se refiere a niños, jóvenes y sus familias sin hogar.

Enumere todos los niños que viven actualmente con usted.

Nombre	M/F/No Binario	Fecha de nacimiento	Grado	Escuela

Si tiene alguna pregunta sobre estos derechos, por favor comuníquese con el enlace local para personas sin hogar, Lori Owens por teléfono al 415-492-3589 o por correo electrónico al lowens@srcs.org.

310 Nova Albion Way San Rafael, CA 94903

HEALTH ALERT 2023 - 2024
NOTICE TO PARENT(S)/GUARDIAN(S):

If your child has a serious health condition such as asthma, seizure disorder, diabetes, food or insect allergy, or other condition that may require care during the school day, it is imperative that you contact your school nurse immediately. Please note that if medication is to be given at school, including all over-the-counter medications, an authorization to administer medication is needed.

Thank you,

Heather Nelson
District Nurse
hnelson@srcs.org
(415) 342-5591
Bahia Vista, Davidson Middle
School, Laurel Dell, Sun Valley,
Terra Linda High School

Roxana Aguiar-Gonzalez
District Nurse
Atención en español
ragonzalez@srcs.org
(415) 342-9768
Coleman, Glenwood, San
Pedro, San Rafael High
School, Madrone High School,
Venetia Valley

Ana Peixotto
Bilingual Health Liaison
Atención en español
apeixotto@srcs.org
(415) 342-4803

ALERTA DE SALUD 2023 - 2024
AVISO A LOS PADRES/TUTORES:

Si su hijo(a) tiene una condición de salud grave, tales como el asma, convulsiones, diabetes, alergias alimenticias o de insectos, o cualquier otra condición que requiera atención durante el día escolar, es de suma importancia que se comunique con la enfermera de la escuela inmediatamente. Por favor tenga en cuenta que si es necesario que se le administre algún medicamento en la escuela (incluyendo medicamentos sin receta médica), se requiere una autorización para administrar medicamentos. Favor de solicitar este formulario en la oficina de la escuela.

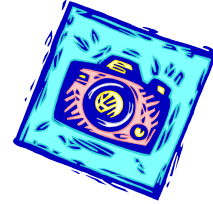
Gracias,

Heather Nelson
District Nurse
hnelson@srcs.org
(415) 342-5591
Bahia Vista, Davidson Middle School,
Laurel Dell, Sun Valley, Terra Linda
High School

Roxana Aguiar-Gonzalez
District Nurse
Atención en español
ragonzalez@srcs.org
(415) 342-9768
Coleman, Glenwood, San
Pedro, San Rafael High
School, Madrone High School,
Venetia Valley

Ana Peixotto
Bilingual Health Liaison
Atención en español
apeixotto@srcs.org
(415) 342-4803

Transición al Kindergarten



Por favor complete esta información acerca de su niño(a) que estará entrando al Jardín de Niños (Kinder). Esta información será compartida con el/la nuevo(a) maestro(a) de su niño(a).

¿En cual distrito escolar se inscribirá su niño(a)?		¿En cual escuela espera usted que su niño(a) asista?	
Acerca de su Niño(a)			
1. ¿Cuál es el nombre de su niño(a)?		3. ¿Cuál es la fecha de nacimiento de su niño(a)?	
_____ Primer Nombre Segundo nombre Apellido		____ / ____ / ____ Mes Día Año	
2. ¿Por cual nombre le llama a su niño(a)?		4. ¿Tomará su niño(a) el autobús a la escuela?	
_____ Nombre cotidiano del niño(a)		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy seguro(a)	
5. ¿Qué es lo que le gustaría que el/la maestro(a) de su niño(a) sepa sobre su niño(a)? (Por ejemplo, la personalidad del niño(a), sus comportamientos, situación de vivienda (donde o con quien vive el/la niño(a), necesidades especiales, etc.)			
_____ _____ _____			
Acerca de su Familia			
6. ¿Es su familia nueva a esta área?		7. ¿Cuál es el mejor idioma para comunicarnos con usted?	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro: _____	
8. ¿Quiénes son los(as) niños(as) que viven dentro del hogar?		9. ¿Quiénes son los adultos que viven dentro del hogar?	
<u>Nombre</u> <u>Edad</u> <u>Parentesco</u>		<u>Nombre de los adultos</u> <u>Parentesco con el/la niño(a)</u>	
_____ _____ _____		_____ _____ _____	
10. Por favor describa cualquier cambio reciente en su familia que podrían afectar al niño(a).			
_____ _____ _____			

La Salud de su Niño(a)

11. ¿Su niño(a)...	Sí	No	No estoy seguro(a)	Describa
a. Tiene alergia a algunas comidas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b. Tiene algunas otras alergias (como a las picaduras de abejas)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c. Tiene algún problema de salud (como asma)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d. Usa anteojos (lentes)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e. Toma algún(os) medicamento(s)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
f. Toma regularmente una siesta durante el día?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

La Experiencia Educativa de su niño(a) en el Programa de "Early Childhood"

12. ¿Su niño(a) ha asistido a alguno de estos programas? (Por favor marque todos los que apliquen)	Marque aquí si es "Sí"	¿Cuántos meses/años?	¿Fue tiempo completo o medio tiempo? (Tiempo completo = 15 horas o más a la semana, y Medio tiempo = menos de 15 horas a la semana)
a. Pre-escuela	<input type="checkbox"/>	____ meses o ____ años	<input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Medio tiempo
b. Head start	<input type="checkbox"/>	____ meses o ____ años	<input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Medio tiempo
c. Centro de Cuidado para Niños (Child Care Center)	<input type="checkbox"/>	____ meses o ____ años	<input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Medio tiempo
d. Cuidado de Niños en un hogar de Familia (Family Child Care home)	<input type="checkbox"/>	____ meses o ____ años	<input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Medio tiempo
e. El Programa Summer Bridge	<input type="checkbox"/>	____ meses o ____ años	<input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Medio tiempo
f. Otro: _____	<input type="checkbox"/>	____ meses o ____ años	<input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Medio tiempo

13. ¿Cuál es el nombre del maestro(a) actual de su niño(a) y el número de teléfono?

Nombre del maestro(a)	Número de Teléfono	Nombre del Programa
-----------------------	--------------------	---------------------

Su Autorización para Compartir esta Información

Yo doy mi autorización para proveer mi información y la del maestro(a) de mi niño(a) a el/la nuevo(a) maestro(a) de jardín de Niños (Kinder) de mi niño(a). Es mi entendimiento que ninguna información será compartida sin mi autorización.

Su Firma : _____

Su Nombre en letra de Molde: (ejemplo: Juana Trejo)

Nombre	Parentesco con el/la niño(a)	Número de Teléfono	Fecha: mes/día/año
--------	------------------------------	--------------------	--------------------

¡Gracias!

