



The Child and Family Network Centers

Lista de registraci3n para Pre-K3nder (P3gina 1 de 2)

Fechas Importantes

9 de Abril	Inscripciones temprana termina	4 de Septiembre	Primer d3a de clases
Julio-Agosoto	Plazo de consideraci3n de prioridad		

Cuando venga a inscribir a su hijo/a, por favor traiga los documentos que se requieren a continuaci3n:

- ENCUESTA SOBRE EL IDIOMA HABLADO EN CASA
- FORMULARIO DE INSCRIPCI3N PARA ESTUDIANTES EN ACPS
- FORMULARIO DE INFORMACION M3DICA DEL ESTUDIANTE
- CERTIFICADO DE NACIMIENTO ORIGINAL (o un Certificado de Nacimiento certificado por notario)
- EVIDENCIA DE TUTELA (prueba de que el adulto que inscribe al ni1o es el padre/ tutor legal del mismo)

El nombre en el certificado de nacimiento debe coincidir con el documento de identificaci3n del padre o tutor legal o documentos sobre custodia legal por parte de la corte.

FORMULARIO M3DICO PARA INGRESO ESCOLAR REQUERIDO POR LA COMMONWEALTH DE VIRGINIA

• REPORTE DE EX3MENES F3SICOS

La ley estatal (referencia al C3digo de Virginia § 22.1-270) requiere que su ni1o reciba una evaluaci3n f3sica completa y sea inmunizado en los Estados Unidos antes de ingresar a una escuela p3blica preescolar o primaria. La evaluaci3n f3sica debe tener una fecha de no m3s de un a1o previo a la fecha de ingreso al preescolar.

• REGISTROS DE INMUNIZACI3N (que documente mes, d3a y a1o en que cada vacuna fue administrada)

- **Evaluaci3n de riesgo negativa para Tuberculosis, prueba PPD de tuberculina en la piel o rayos x del t3rax negativos, llevados a cabo en los Estados Unidos**
Administrados en un periodo de 12 meses previo al primer d3a de clases del ni1o en la escuela. Requerido para todo ni1o que ingrese en ACPS.
- **HEPATITIS B**
Se requiere toda una serie completa de tres dosis de vacunas de Hepatitis B para todos los ni1os.
- **Difteria, t3tanos y tos ferina (Dtap, DTP o Tdap)**
Un m3nimo de cuatro dosis, con una dosis administrada despu3s del cuarto cumplea1os.
- **POLIO (OPV o IPV)**
Un m3nimo de cuatro dosis, con una dosis administrada despu3s del cuarto cumplea1os.
- **Sarampi3n, paperas y rubeola (MMR)**
Todos los ni1os deben tener por lo menos dos dosis de vacunas contra el sarampi3n, dos dosis de vacunas contra las paperas y una dosis de vacunas contra la rubeola antes de entrar al preescolar. La primera dosis debe ser administrada a la edad de 12 meses o m3s.
- **Varicela**
Todos los ni1os deben tener dos dosis de vacunas contra la varicela o documentaci3n m3dica de haber tenido la enfermedad de la varicela.
- **Haemophilus Influenzae (Hib)**
Esta vacuna se requiere SOLAMENTE para ni1os de hasta 60 meses de edad. Una serie primaria consiste de ya sea 2 o 3 dosis (dependiendo del fabricante). Los ni1os no vacunados entre las edades de 15 y 60 meses solo requieren una dosis de la vacuna.
- **Vacuna del Neumococo (PCV)**
Esta vacuna se requiere SOLAMENTE para ni1os menores de 60 meses de edad. De una a cuatro dosis, dependiendo de la edad al momento de la primera dosis de la vacuna del neumococo.

IMPORTANTE EN CASO DE TENER UNA INMUNIZACI3N DEFICIENTE: Si se acaban de administrar nuevas vacunas, un proveedor del cuidado de la salud autorizado debe notificar por escrito la fecha de la siguiente visita programada para recibir vacunas adicionales. Tambi3n se debe dejar un tiempo prudente entre dosis de vacunas. Cuando se reciban vacunas adicionales, se debe proporcionar documentaci3n por escrito a la enfermera escolar.

****Ver reverso****



The Children and Family Network Centers

Lista de registraci3n para Pre- K3nder (P3gina 1 de 2)

PRUEBA DE RESIDENCIA

DEBE presentar **CUALQUIERA** de los siguientes documentos para verificaci3n de residencia actual; deben tener fecha de los 3ltimos 60 d3as, y solamente se aceptan documentos originales (no copias):

- o Contrato de arrendamiento
- o Contrato de hipoteca o recibo de pago con la direcci3n especificada

y **UNO** de los siguientes documentos:

- o Factura de servicios p3blicos (agua, gas, electricidad, cable o l3nea telef3nica)
- o Factura o recibo personal de impuestos sobre propiedades personales

NOTA: Una licencia de conducir o identificaci3n emitida por el estado **NO** sirve como una prueba v3lida de residencia. Si usted vive con alguien m3s, se le requiere completar la Declaraci3n Jurada de Residencia de ACPS, Formulario A y B certificados por un notario, y presentar una copia del contrato de arrendamiento del propietario de la residencia, y una factura de servicios p3blicos.

VERIFICACI3N DE INGRESOS

Por favor, presente uno de los siguientes:

- o Formulario 1040 del impuesto sobre la renta
- o Declaraci3n escrita por parte del empleador
- o W-2 (de a3os recientes)
- o Ingreso de Seguridad Suplementaria (SSI en ingles)
- o 2 boletos de pago recientes
- o Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF en ingles)
- o Compensaci3n por Desempleo
- o Reembolso por Acogimiento de Menores
- o Verificaci3n de ingresos certificada por un notario

Cuotas de inscripci3n:

_____ \$25 para la tarifa de la aplicacion	_____ Efectivo
_____ \$150 para el programa	_____ Cheque
	_____ Tarjeta de credito

S3lo para Uso Oficial

Lugar de Nacimiento	Fecha de Nacimiento	No. Certificado de Nacimiento	Fecha de emisi3n
Otro documento de prueba		Fecha que aplic3	
Prueba de Identificaci3n Si No		Tipo de Prueba de Identificaci3n	
Fecha que entro/ Fecha que salio		Comentarios adicionales	
Aplicacion: _____ Cheque # _____		Authorized signature of administrator	
Programa: _____ efectivo: _____			



Home Language Survey

Parent/Guardian: Federal regulations require school systems to survey all enrolling students regarding the students' home language and any other languages the students may speak. Based on the information provided below, the student may be assessed for English proficiency as required by federal regulations. Based on the results of the assessment, the student may be eligible for supplemental instruction through the English Learner (EL) program. Parents/guardians will be informed about the assessment results and if the student is eligible for supplemental services, the parents will have the opportunity to accept or refuse the supplemental EL services.

Padre, madre o tutor legal: Las leyes federales requieren que los sistemas escolares encuesten al inscribirse a todos los alumnos sobre el idioma que se habla en el hogar y sobre cualquier otro idioma que puedan hablar los alumnos. Con base en la información proporcionada a continuación, el alumno pudiera ser evaluado para determinar su competencia en el idioma inglés tal como lo exigen las normas federales. Con base en los resultados de la evaluación, el alumno pudiera ser elegible para recibir instrucción suplementaria mediante el programa de Aprendizaje del Idioma Inglés (EL). Se informará a los padres o tutores legales sobre los resultados de la evaluación y si el alumno es elegible para recibir servicios suplementarios, los padres tendrán la oportunidad de aceptar o rechazar los servicios suplementarios de EL.

ወላጅ/አሳዳጊ አዲስ የሚመዘገቡ ተማሪዎች በቤታቸው ስለሚናገሩት ቋንቋ እና ተማሪው ስለሚናገረው ሌላ ቋንቋ የትምህርት ቤት አስተዳደሮች መጠይቅ እንዲያዘጋጁ የፌዴራል ስጦታ ይጠይቃል። እታች በተገለጸው መረጃ ላይ ተመሰርቶ የፌዴራል ስጦታ በሚጠይቀው መሰረት የተማሪውን የእንግሊዘኛ ቋንቋ ብቃት ምዘና ይካሄዳል። ከሚካሄደው ምዘና በሚገኘው ውጤት መሰረት ተማሪው በእንግሊዘኛ ቋንቋ ትምህርት (ኢ.ኤል) ፕሮግራም ተጨማሪ የቋንቋ ትምህርት ለመውሰድ ብቁ ሊሆን ይችላል። ወላጆች/አሳዳጊዎች ስለምዘና ውጤት እና ተማሪው ለተጨማሪ ድጋፍ እንዲገቡት ብቁ ስለመሆኑ መረጃ የሚደርሳቸው ሲሆን ወላጆችም በተጨማሪነት የሚሰጠውን የኢ.ኤል አገልግሎት የመቀበል ወይም ያለመቀበል እድል ይገኛሉ።

وأي أمور الطالب/الوصي الشرعي: تتطلب اللوائح الفيدرالية قيام الأنظمة التعليمية بإجراء استبيان لجميع الطلاب المسجلين فيما يتعلق باللغة المستخدمة في منزل الطالب وأبوة لغات أخرى قد يتحدثها الطلاب. وعلى ضوء المعلومات المقدمة أعلاه، يمكن تقييم كفاءة الطالب في اللغة الإنجليزية وكما هو مطلوب بموجب اللوائح الفيدرالية. واستنادًا إلى نتائج التقييم، قد يكون الطالب مؤهلاً للحصول على تعليم إضافي من خلال برنامج تعليمي اللغة الإنجليزية (EL). سيتم إبلاغ أولياء الأمور/الأوصياء الشرعيين بنتائج التقييم وفيما إذا كان الطالب مؤهلاً للحصول على خدمات تكميلية، حيث ستتاح لأولياء الأمور فرصة قبول أو رفض تلقي خدمات التكميلية.

Student Name: _____ Date of Birth: _____
Nombre del alumno Fecha de nacimiento
የተማሪው ስም የትውልድ ቀን፤
أسم الطالب تاريخ الميلاد

Parent/Guardian Name: _____ Telephone: _____
Nombre del padre, madre o tutor legal Teléfono
የወላጅ/አሳዳጊ ስም ስልክ
أسم ولي الأمر/ الوصي الشرعي رقم الهاتف

1. What is the primary language used in the home, regardless of the language spoken by the student?
¿Cuál es el idioma principalmente utilizado en el hogar, independientemente del idioma que el alumno hable?
በቤት ውስጥ የሚነገር የመጀመሪያ ዋና ቋንቋ ምንድን ነው ተማሪው ሌላ ቋንቋ የሚናገር ቢሆንም እንቸ?
ماهي اللغة الأساسية المستخدمة في البيت، بغض النظر عن اللغة التي يتحدث بها الطالب؟

2. What is the language most often spoken by the student?
¿Cuál es el idioma que el alumno habla con más frecuencia?
ተማሪው በዙ ጊዜ የሚናገረው ቋንቋ ምንድን ነው?
ماهي اللغة التي يتحدث بها الطالب غالباً؟

3. What is the language that the student first acquired?
¿Cuál es el idioma que el alumno aprendió primero?
የተማሪው የአፍ መፍቻ ቋንቋ ምንድን ነው?
ماهي اللغة التي تعلمها الطالب لأول مرة؟

In which language do you prefer to receive communication from the school? English Español አማርኛ العربية
¿En qué idioma prefiere recibir comunicación de la escuela?
ከትምህርት ቤት የሚላከውን መረጃ መለዋወጫ መገናኛ እንዲሆን የትኛው ቋንቋ ይመርጣሉ?
ماهي اللغة التي تفضل التواصل بها مع المدرسة؟

Other: _____
Otro
ሌላ
أخرى

Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____
Firma del padre, madre o tutor legal Fecha
የወላጅ/አሳዳጊ ፊርማ ቀን
توقيع ولي الأمر/ الوصي الشرعي التاريخ

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Apellido del estudiante: _____ Primer Nombre: _____ Segundo Nombre: _____

Dirección del estudiante y del padre/tutor principal: Calle _____ Apt # _____

Ciudad _____ Estado _____ Zip _____

Masculino Femenino Fecha de Nacimiento: Mes: _____ Día: _____ Año: _____ País de Origen: _____ Grado: _____

¿Es este estudiante Hispánico o Latino? (elijá sólo uno)

- No, ni Hispánico ni Latino Sí, Hispánico o Latino (persona de origen Cubano, Mexicano, Portorriqueño, Sudamericano, Centroamericano, o de otro origen o cultura Española sin importar la raza)

¿De qué raza es el estudiante? (elijá uno o más)

- Nativo Americano/de Alaska Negro o Afroamericano Blanco (personas con origen en cualquiera de los pueblos originales de Europa, Cercano Oriente o del Norte de África)
 Asiático Nativo Hawaiano o de Islas del Pacífico

Si en el hogar del estudiante se hable un idioma que no es inglés, ¿cuál es ese idioma?

- Español Amhérico Árabe Otro (por favor especifique) _____

Última escuela a la que concurrió: _____ Pública Privada

Dirección: _____ Ciudad _____ Estado _____ Zip _____

Si no fue una escuela de la Ciudad de Alexandria, ¿alguna vez asistió a una Escuela Pública de la C. de Alexandria? Sí No

Si respondió SI, escriba lo siguiente: Escuela: _____ Año: _____ Grado: _____

INFORMACIÓN DEL PADRE/TUTOR

Padre/Tutor Principal:

Es el padre/tutor legal con quien vive el estudiante la mayor parte de la semana, y el principal contacto relacionado con el estudiante.

¿Vive/reside usted en la ciudad de Alexandria? Sí No Si No, ¿tiene una excepción aprobada a la política? Sí No

Apellido: _____ Primer nombre: _____ Masculino Femenino

- Padre Padrastro Tutor legal
 Madre Madrastra Padre sustituto

Otro (por favor indique la relación): _____

Teléfono del hogar: (____) _____ - _____ ¿Es el teléfono teléfono del Sí
hogar un teléfono celular? No

Celular: (____) _____ - _____

Dirección Email: _____

¿Idioma de comunicación preferido del padre/tutor?

- Inglés Español Amhérico Árabe Otro (por favor especifique) _____

Empleador: _____

Dirección laboral: _____

Teléfono laboral: (____) _____ - _____ Ext: _____

Padre/Tutor #2:

Apellido: _____ Primer nombre: _____ Masculino Femenino

- Padre Padrastro Tutor legal
 Madre Madrastra Padre sustituto

Otro (por favor indique la relación): _____

Dirección: La dirección es la misma del estudiante y la dirección del padre/tutor principal que figura arriba.

Calle _____ Apt # _____

Ciudad _____ Estado _____ Zip _____

Teléfono del hogar: (____) _____ - _____ ¿Es el teléfono teléfono del Sí
hogar un teléfono celular? No

Celular: (____) _____ - _____

Dirección Email: _____

Empleador: _____

Dirección laboral: _____

Teléfono laboral: (____) _____ - _____ Ext: _____

HISTORIAL DEL ESTUDIANTE

¿Tiene su hijo actualmente IEP para Servicios de Educación Especial o Plan 504? Sí No

Si Sí, ¿ha entregado documentación en la escuela? Sí No

HERMANOS Y OTROS MIEMBROS DE HOGAR DEL ESTUDIANTE

Nombre	Fecha de Nacimiento	Sexo	Escuela
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

CONTACTOS DE EMERGENCIA

Indique al menos dos personas a las que podamos llamar para que tomen decisiones de emergencia y/o recojan a su hijo de la escuela si no podemos comunicarnos con los padres/tutores ante una emergencia:

Contacto de Emergencia #1 (Distinto del Padre/Tutor):

Nombre: _____
 Dirección: Calle _____ Apt # _____
 Ciudad _____ Estado _____ Zip _____
 Teléfono del hogar: (____) _____ - _____ Celular: (____) _____ - _____
 Teléfono laboral: (____) _____ - _____
 Relación con el estudiante: _____

Contacto de Emergencia #2 (Distinto del Padre/Tutor):

Nombre: _____
 Dirección: Calle _____ Apt # _____
 Ciudad _____ Estado _____ Zip _____
 Teléfono del hogar: (____) _____ - _____ Celular: (____) _____ - _____
 Teléfono laboral: (____) _____ - _____
 Relación con el estudiante: _____

EXPERIENCIA PRE-KINDERGARTEN

Sólo para los estudiantes inscribirse en kindergarten

Lista de personas que **NO** puede recoger a su hijo de CFNC . Si la persona esta en la lista ,se requerirán documentos legales

Cuidado de niños en casa

Name: _____
Name: _____
Name: _____

Al firmar este formulario afirmo que la información contenida es correcta.

Firma de Padre/Tutor: _____ Fecha: _____

Como llegara su niño a la escuela? ___ Carro ___ Caminando ___ Transportación Publica (Bus)

FORMULARIO DE INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD DEL ESTUDIANTE

PÁGINA 1 DE 2

Apellido del estudiante: _____ Primer Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Grado: _____ Año Escolar: _____

AFECCIONES DE SALUD DEL ESTUDIANTE

Marque todos los casilleros que correspondan al estudiante.

ALERGIAS Sí No

Tipo de alergia:

- Alimentos Indique los alimentos: _____
- Medicamentos Indique los medicamentos: _____
- Picaduras de abejas o insectos
- Otro: _____

Fecha de la última reacción grave: _____

Fecha de la última visita al hospital o a la sala de emergencia por alergias: _____

Medicamentos y tratamientos actualmente recetados para alergias:

- Antihistamina oral (Benadryl, etc.)
- Epinefrina Tiene Epi-Pen
- Otro: _____

RESTRICCIONES DE ALIMENTOS Sí No

- Debido a malestar gastrointestinal (digestivo) Indique los alimentos: _____
- Por preferencias religiosas o de otra índole Indique los alimentos: _____

ASMA Sí No

Medicamentos y tratamientos actualmente recetados para el asma:

- Medicamento de control diario (prevención)
- Medicamento según necesidad (rescate)

Fecha de la última visita al hospital o a la sala de emergencia debido al asma: _____

DIABETES Sí No

Fecha de la última visita al hospital o a la sala de emergencia debido a la diabetes: _____

¿Requiere la diabetes del estudiante que se administren medicamentos y/o análisis de sangre EN LA ESCUELA?

- No
- Sí Indique los medicamentos: _____

TRASTORNO POR CONVULSIONES Sí No

¿Requiere el trastorno por convulsiones del estudiante que se administren medicamentos EN LA ESCUELA?

- No
- Sí Indique los medicamentos: _____

Fecha de la última convulsión: _____

Fecha de la última visita al hospital o a la sala de emergencia debido a la convulsión: _____

OTRAS AFECCIONES DE SALUD Sí No

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad | <input type="checkbox"/> Cardiopatía congénita | <input type="checkbox"/> Apnea obstructiva del sueño | <input type="checkbox"/> Cáncer |
| <input type="checkbox"/> Autismo | <input type="checkbox"/> Hemofilia | <input type="checkbox"/> Trastornos nutricionales | <input type="checkbox"/> Infección crónica (Hepatitis C, VIH) |
| <input type="checkbox"/> Parálisis cerebral | <input type="checkbox"/> Enfermedad de células falciformes | <input type="checkbox"/> Discapacidad física | <input type="checkbox"/> Trastornos congénitos/cromosómicos |
| <input type="checkbox"/> Retraso en el desarrollo | <input type="checkbox"/> Fibrosis quística | <input type="checkbox"/> Eczema | <input type="checkbox"/> Depresión |

Otras afecciones de la salud física o mental: _____

¿Requiere la afección del estudiante que SE UTILICE lo siguiente EN LA ESCUELA?

Medicamentos: No Sí Indique los medicamentos: _____

Procedimientos especiales: No Sí Indique los procedimientos: _____

Equipo especial: No Sí Indique el equipo: _____

AFECCIONES DE LA VISTA Sí No

- Anteojos
- Lentes de contacto
- Irreversibles
- Otro: _____

AFECCIONES AUDITIVAS Sí No

- Audífonos
- Irreversibles
- Otro: _____

COBERTURA DE SALUD Y ATENCIÓN MÉDICA DEL ESTUDIANTE

¿Tiene el estudiante seguro de salud? No Sí Nombre de la compañía del seguro de salud: _____

Nombre del médico de atención primaria del estudiante: _____ Teléfono: _____

¿Tiene el estudiante seguro dental? No Sí Nombre de la compañía del seguro dental: _____

Nombre del odontólogo del estudiante: _____ Teléfono: _____

AUTORIZACIÓN DEL PADRE/TUTOR

Ante una emergencia, el personal de la escuela llamará al 911. Se realizarán todos los intentos para comunicarnos con un padre, tutor legal o contacto de emergencia.

El padre/tutor es responsable de brindarle a la escuela los medicamentos, alimentos o equipos especiales que requiera el estudiante durante la jornada escolar. Verifique con el enfermero o la secretaria de admisiones de la escuela para obtener los formularios de procedimientos y medicamentos correctos. Si se indica un plan de atención médica individual en la escuela, el padre/tutor es responsable de brindarle al enfermero de la escuela la información médica necesaria, los formularios de autorización correspondientes y el consentimiento escrito para intercambiar información con el médico del niño.

Yo, _____ (sí ___) (no ___) autorizo al proveedor de atención médica de mi hijo y al proveedor de atención médica designado en la escuela para que analicen asuntos relacionados con la salud de mi hijo y/o intercambien información vertida en este formulario. Esta autorización estará vigente hasta o a menos que usted la retire. Usted puede retirar su autorización en cualquier momento si se comunica con la escuela de su hijo. Cuando se publica información del registro de su hijo, la documentación de la publicación se conserva en el registro de salud y escolar de su hijo.

Firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____

THE CHILD & FAMILY NETWORK CENTERS

Por favor de notificarle a la oficina inmediatamente por escrito de cualquier cambio en esta hoja

AUTORIZACION PARA TOMAR FOTOS Y VIDEOS DE CFNC

Habr  momentos en que, fotos y videos (colectivamente, las "Imágenes") serán tomadas en The Child & Family Network Centers ("CFNC") para utilizarse en la página de internet de CFNC y las páginas ciberneticas de los medios sociales de Facebook y Twitter, en publicaciones (incluyendo, el boletín de noticias electrónico de CFNC), folletos, mercadeo y materiales publicitarios para promover a CFNC, además para utilizarse en los portafolios de los niños, libros del salón de clases y para entrenamiento del personal (colectivamente, los "Materiales"). Estas imágenes pueden incluir a su niño.

No usaremos el nombre de su niño en el mercadeo y/o publicidad de materiales para CFNC, en el boletín de noticias electrónico de CFNC, en la página de internet de CFNC, ni en las páginas de internet de los medios sociales sin su permiso.

Yo, _____, (nombre escrito del Padre / Guardián)

Permito / No permito (Por favor circule una opción)

A que CFNC tome fotos y videos de mi niño mientras el/ella participa en CFNC. Estoy de acuerdo en que tales imágenes y grabaciones puedan ser incluidas en los materiales para los propósitos de mercadeo y publicidad sobre CFNC y para propósitos educativos y de entrenamiento y puede ser emitido en cualquier   todos los medios en el mundo en perpetuidad. CFNC puede editar tales imágenes y grabaciones en su sola discreción, sin mi aprobación.

Por lo tanto, yo asigno todos los derechos, título e intereses, a perpetuidad y sin derecho a compensación, mi hijo (s) o yo podremos tener en cada uno o todas imágenes (como se definen anteriormente) ahora conocidas o desarrolladas en el futuro en cual uno o todos mis hijo (s) apariencia, nombre, voz y / o la semejanza han sido capturados en conexión a los Materiales.

Por lo presente declaro que he leído, y estoy de acuerdo con la declaración anterior hoy _____ (día)

de _____ (mes) de _____ (año).

FIRMA: _____

Nombre del niño: _____ **Fecha de nacimiento** _____

TELEFONO: _____

CORREO ELECTRONICO: _____

THE CHILD & FAMILY NETWORK CENTERS

RESPONSABILIDADES DE LOS PADRES

ACUERDO DE LOS PADRES:

He recibido una copia de los formularios de acuerdo de Padres, y entiendo y estoy de acuerdo con todas las políticas y requisitos allí.

Firma del Padre / Guardián

Fecha

EXÁMENES

Doy permiso para que mi hijo (a) _____ reciba Dental, Visión y audición. Sí _____ No _____

Firma del Padre / Guardián

Fecha

OBSERVACIÓN:

Doy permiso para que un proveedor acreditado, de Servicios Comunitarios Preescolares, Equipo de Prevención Preescolar, observe a mi hijo (a) en su salón, y que este proveedor pueda consultar con las maestra o trabajadoras sociales según sea necesario. Sí _____ No _____

Firma del Padre / Guardián

Fecha

COMPARTIENDO DE INFORMACIÓN CON LAS ESCUELAS PÚBLICAS

Para que su niño(a) tenga una mejor transición al Kindergarten en las escuelas públicas; a veces es necesario compartir información académica de su niño(a) con las escuelas de la Ciudad de Alexandria. Autorizo a que la información preescolar de mi niño(a) pueda ser compartida con la escuela pública a la que le corresponda

Firma del Padre / Guardián

Fecha

AUTORIZACIÓN PARA EVALUACIONES CON LAS ESCUELAS PÚBLICAS

The Child & Family Network Centers está constantemente evaluando nuestros programas académicos para asegurar que estamos ofreciendo la mejor calidad de preparación para el Kindergarten a su niño(a). Para poder evaluar nuestro programa, es necesario chequear el progreso académico de su hijo(a) desde los grados 1-12. Esta evaluación permanecerá estrictamente confidencial y solo será usada para el propósito de evaluar a The Child & Family Network Centers. Yo doy permiso de que las escuelas públicas compartan información académica de mi hijo(a) con The Child & Family Network Centers.

Firma del Padre / Guardián

Nombre del Niño

Fecha

EXCENSIÓN DE RESPONSABILIDAD

En consideración a los servicios prestados a mis hijos, yo, para mí y mis hijos, sus representantes personales, cesionarios, herederos, por la presente, alivio, libero, y exonero de responsabilidad, a The Child & Family Network Center, así como sus funcionarios, directores, agentes, empleados, sucesores, afiliados y cesionarios (las "personas liberadas"), de todas las responsabilidades, reclamaciones, demandas, pérdidas, desconocido o conocido, que alguna vez haya tenido o pueda tener, que surja o esté relacionada con los servicios ofrecidos por los lanzamientos, incluyendo, pero no limitado a, la exposición a alergias o cualquier lesión corporal a mi (s) hijo (s), excepto Pérdida, daño o lesión ocasionados por negligencia grave o intencional, intencional o mala conducta.

Firma del Padre / Guardián

Fecha

Actualizado Febrero 2018



THE CHILD & FAMILY NETWORK CENTERS
ACUERDOS PARA PADRES O GUARDIANES

REQUISITOS OBLIGATORIOS:

- | | <i>SI</i> | <i>NO</i> |
|---|------------------|------------------|
| 1. Estoy de acuerdo en participar en la noche de orientación | ___ | ___ |
| 2. Estoy de acuerdo en participar en dos reuniones con la maestra | ___ | ___ |
| 3. Estoy de acuerdo en participar en un taller de transición al Kindergarten | ___ | ___ |
| 4. Estoy de acuerdo en que permitiré que mi niño reciba servicios de la trabajadora social | ___ | ___ |
| 5. Estoy de acuerdo en recibir dos visitas a mi casa de la trabajadora social durante el año escolar | ___ | ___ |
| 6. Estoy de acuerdo en participar en 3 de los siguiente eventos:
Comité Asesor de Padres, talleres para padres, eventos especiales | ___ | ___ |

SALUD Y SEGURIDAD

- | | <i>SI</i> | <i>NO</i> |
|---|------------------|------------------|
| 1. Estoy de acuerdo en llevar a mi niño(a) al salón diariamente y firmar mi nombre en el listado indicado cuando dejo a mi niño(a) por la mañana y cuando lo recojo por la tarde | ___ | ___ |
| 2. Estoy de acuerdo que no enviaré a mi niño(a) a la escuela si tiene calentura (fiebre) de mas de 101 grados y que no regresará a la escuela hasta que pase 24 horas después de la ultima calentura | ___ | ___ |
| 3. Entiendo que si mi niño(a) se enferma durante el día, alguien me llamará para notificarme que tengo que recoger a mi niño(a) dentro de 30-45 minutos. Si no se pueden comunicar conmigo llamarán a las personas en mi lista de emergencia o que estén autorizadas para recoger a mi niño(a) hasta que alguien pueda recoger a mi niño(a). Alguien me dejará saber quien recogió a mi niño(a) | ___ | ___ |

4. *ESTOY DE ACUERDO EN QUE LE NOTIFICARE INMEDIATAMENTE A LA ESCUELA O EN 24 HORAS MAXIMO SI MI NIÑO(A) ESTUVO EXPUESTO O TIENE UNA ENFERMEDAD CONTAGIOSA*

___ ___
SI NO

5. Entiendo que ningún medicamento será administrado sin la autorización de un doctor. (Por favor, lea el manual de padres) Los medicamentos deben estar en sus envases originales con el nombre de el niño(a) puestos por la farmacia.

___ ___

6. Estoy de acuerdo que le notificaré a la escuela de cualquier cambio de mi teléfono de casa, celular, o de trabajo y de cualquier cambio adicional en números de teléfonos de personas que están en mi contactos de emergencia o de personas que están autorizados a recoger a mi niño(a). También estoy de acuerdo en que la escuela le pregunte a cualquier persona, que no sea el padre, por identificación.

___ ___

7. ASISTENCIA: Estoy de acuerdo que es muy importante que mi niño(a) asista a la escuela diariamente y que esto hace una diferencia en el aprendizaje. Es importante que mi niño(a) asista a la escuela *todos* los días a no ser que esté enfermo. Estoy de acuerdo que mi niño(a) asistirá a la escuela todos los días y que si mi niño(a) falta demasiados días sin razón, la escuela puede remover a mi niño de la escuela y llenar el espacio con otro niño(a)

___ ___

THE CHILD & FAMILY NETWORK CENTERS

Inscripción: (No ofrecemos horarios de medio día en ninguna clase)

Indique qué ubicación es ideal para usted y si necesita cuidado posterior

Wheeler _____
3700 Wheeler Avenue
Alexandria, VA 22304

- 8am to 3pm
 3pm to 6pm (**Cuidado posterior**)

Alive _____
2723 King Street
Alexandria, VA 22302

Mon-Fri 8am-3pm

No ofrecemos cuidado posterior

3801
3801 Mount Vernon Avenue
Alexandria, VA 22305

- 8am to 3pm
 3pm to 6pm (**Cuidado posterior**)

Chirilagua
3918 A Bruce Street. #101
Alexandria, VA 22305

- 8am to 3pm

No ofrecemos cuidado posterior

Cora Kelly _____
25 W. Reed Avenue
Alexandria, VA 22305

- 8am to 3pm

No ofrecemos cuidado posterior

*** Todos los niños recibirán desayuno, almuerzo y merienda en sus centros**

*** Programa de alimentos patrocinado por: Virginia Department of Health (USDA)**