



PRESCHOOL REGISTRATION MATERIALS
DOCUMENTOS DE INSCRIPCIÓN EN PREESCOLAR PARA



Materials Needed to Enroll Children for Preschool	Documentos necesarios para inscribir a niños en educación preescolar
All registration forms must be fully completed for each child	<i>Para cada niño deben llenarse completamente todos los formularios de inscripción.</i>
2 Proof of Residency must be provided– see below-(copy)	<i>2 Deberá proporcionarse prueba de residencia (ver a continuación) (copia)</i>
Current Immunization Records for each child	<i>Registro de vacunación actual de cada niño</i>
Birth Certificate for each child-(copy)	<i>Acta de nacimiento de cada niño (copia)</i>
Statement of Understanding – included in packet	<i>Declaración de Acuerdo (incluida en el paquete)</i>
Custody Papers for each child (if applicable)-(copy)	<i>Documentos de custodia de cada niño (si corresponde) (copia)</i>
Copy of IEP (if child has special needs)	<i>Copia del IEP (si el niño tiene necesidades especiales)</i>
Copy of Parent/Guardian ID	<i>Padre/Tutor copia de ID</i>
Medical Statement/Physician Signature- included in packet	<i>Declaracion medica/Fimadel medico incluida enel paquete</i>

ACCEPTABLE FORMS OF PROOF OF RESIDENCY

- Utility Bill (Telephone bill, cable bill and mortgage statement not accepted as proof of residency)
 - Gas Electric Water
- Rental Agreement / Purchase Agreement / Construction Agreement
- Notarized Letter from Homeowner (Form provided by LCESC)

DOCUMENTOS ACEPTABLES COMO PRUEBA DE RESIDENCIA

- *Factura de servicios (no se aceptan como prueba de residencia la factura de teléfono, la factura de televisión por cable ni el recibo de la hipoteca)*
 - Gas Electricidad Agua
- *Contrato de alquiler / Contrato de compra / Contrato de construcción*
- *Carta notariada del propietario de la vivienda (formulario proporcionado por LCESC)*



FOR MORE INFORMATION PLEASE CALL (PARA OBTENER MÁS INFORMACIÓN, LLAME A):

LAKE COUNTY ESC PRESCHOOL
ATT: ROXANNE
4261 MANCHESTER WEST (DOOR 15)
PERRY OHIO 44081
440-354-7090

FEEL FREE TO CALL WITH QUESTIONS (LLAME SI TIENE ALGUNA PREGUNTA) 440-354-7090

Lake County ESC Preschool / Programa de Educación Preescolar del Condado de Lake
Please select preschool (*Selecione el centro preescolar*): Riverside Perry Kirtland Fairport

ENROLLMENT FORM

Important! Read before completing this form.

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

¡Importante! Leer antes de llenar este formulario.

The laws of the State of Ohio (Ohio Revised Code Section 3313.64, 3313.08, 3319.04, 3327.06) provide that a school age child under the age of 18 years can attend school only in the district in which his/her parent(s) or other court appointed guardian have established legal residence. Children found to be attending school in defiance of the residency conditions set forth above are to be removed from the school district rolls and not to be permitted to continue to attend in that district. The District reserves the right to charge tuition for student attendance in violation of the residency requirement. *Las leyes del Estado de Ohio (Código Revisado de Ohio, en su Sección 3313.64, 3313.08, 3319.04, 3327.06) estipulan que un niño en edad escolar menor de 18 años puede asistir a la escuela solo en el distrito en el que sus padres u otro tutor designado por un tribunal hayan establecido su residencia legal. Aquellos niños que asistan a una escuela para la cual no cumplan las condiciones de residencia establecidas anteriormente serán sacados de las listas escolares del distrito y no se les debe permitir que sigan asistiendo a ese distrito. El Distrito se reserva el derecho de cobrar la matrícula del alumno que asiste a la escuela en violación a los requisitos de residencia.*

Date (*fecha*): _____ School Year (*año escolar*): _____

Student Information (Información del alumno)					
Last Name (<i>apellido</i>)	First Name (<i>nombre</i>)	Middle Name (<i>segundo nombre</i>)	Date of Birth (<i>fecha de nacimiento</i>)	Gender (<i>sexo</i>)	Birth City (<i>ciudad de nacimiento</i>)

Student lives with: Both parents (same residence) Both parents (shared custody)
El alumno vive con: Ambos padres (*en la misma residencia*) Ambos padres (*custodia compartida*)
 Biological Mother Biological Father Relative/Guardian Court Placement Other _____
 Madre biológica *Padre biológico* *Familiar/Tutor* *Asignación del tribunal* *Otro* _____

Residential Parent / Guardian Information (Información del padre o tutor con el que el alumno reside)	
<input type="checkbox"/> Mother (<i>madre</i>) <input type="checkbox"/> Father (<i>padre</i>) <input type="checkbox"/> Guardian (<i>tutor</i>) <input type="checkbox"/> Other (<i>otro</i>) <input type="checkbox"/> Mother (<i>madre</i>) <input type="checkbox"/> Father (<i>padre</i>) <input type="checkbox"/> Guardian (<i>tutor</i>) <input type="checkbox"/> Other (<i>otro</i>)	
Name (<i>nombre</i>):	Name (<i>nombre</i>):
Address (<i>dirección</i>):	
City (<i>ciudad</i>):	State (<i>estado</i>):
Zip (<i>código postal</i>):	
Home Phone (<i>teléfono particular</i>):	
Work Phone (<i>teléfono de trabajo</i>):	Work Phone (<i>teléfono de trabajo</i>):
Cell Phone (<i>teléfono celular</i>):	Cell Phone (<i>teléfono celular</i>):
Email (<i>correo electrónico</i>):	Email (<i>correo electrónico</i>):

Non-Residential Parent Information – if Applicable (Información del padre con el que el alumno no reside - si corresponde)	
Select Relationship (<i>select relationship</i>):	<input type="checkbox"/> Mother (<i>madre</i>) <input type="checkbox"/> Father (<i>padre</i>)
Name (<i>nombre</i>):	Work Phone (<i>teléfono de trabajo</i>):
Address (<i>dirección</i>):	Cell Phone (<i>teléfono celular</i>):
Email (<i>correo electrónico</i>):	Email (<i>correo electrónico</i>):

Student ethnic background (If a selection is not made, the child will be classified as Multi-Racial)
 Is student Hispanic/Latino? Yes No **Please further indicate student's ethnicity by selecting ALL that apply:**
Antecedentes étnicos del alumno (si no se escoge una opción, el niño será clasificado como multirracial)
 ¿Es el alumno hispano/latino? Sí No **Indique la etnicidad del alumno seleccionando TODOS los que correspondan:**
 American Indian-Alaskan Native (*Nativo americano/de Alaska*) Asian (*Asiático*) Black/African American (*Negro/afroamericano*) White (*blanco*)
 Native Hawaiian/Pacific Islander (*Nativo de Hawái/Islas del Pacífico*)
 Multiracial- choose all that apply (*Multiracial- marque todas las que correspondan*)

HEALTH RECORD
ANTECEDENTES DE SALUD

Rule 3301-37-05 of the Administrative Code requires preschool programs to secure health information from a child's parent no later than the first day of attendance unless otherwise indicated.

La norma 3301-37-05 del Código Administrativo exige que los programas preescolares consigan de los padres información sobre la salud del niño a más tardar el primer día de clase, a menos que se indique lo contrario.

Name of Child (print or type) <i>Nombre del niño (en letra de molde o impreso)</i>	Date of Birth <i>(fecha de nacimiento)</i>	Name of Parent or Guardian <i>(Nombre del padre, madre o tutor)</i>

1. Allergies (List all allergies affecting the child and any special precautions or treatments indicated for these allergies).
Alergias (enumere todas las alergias que tenga el niño y cualquier precaución o tratamiento indicado para combatirlas). _____

2. Medications (List all medications currently being administered to the child).
Medicamentos (enumere todos los medicamentos que esté tomando el niño). _____

3. Chronic Physical Problems (List all chronic physical problems affecting the child).
Problemas físicos crónicos (enumere todos los problemas físicos crónicos que tenga el niño). _____

4. History of Hospitalizations (List dates of all hospitalizations of the child).
Antecedentes de hospitalizaciones (enumere las fechas de todas las hospitalizaciones del niño). _____

5. Diseases (List all diseases the child has had).
Enfermedades (enumere todas las enfermedades que haya tenido el niño). _____

6. Please list any dietary supplements and/or fluoride supplements.
Enumere cualquier complemento alimenticio o de flúor. _____

Name of Person Completing this Form
Nombre de la persona que completa este formulario

Date
Fecha

Statement of Understanding (*Declaración de acuerdo*)

I, _____, state the following to be true:
Yo _____ declaro que lo siguiente es verdadero:

1. I am the parent/guardian and legal custodian of the minor child(ren) listed:
Soy el padre/tutor y el custodio legal del niño o niños menores aquí listados:

Name (<i>nombre</i>)	Birth date (<i>fecha de nacimiento</i>)
_____	_____
_____	_____
_____	_____

2. My residence is _____ and I intend to reside there on a permanent basis with the above-referenced child(ren). I began residence at this location on _____, _____; and intend on continuing to reside at this location.
Mi residencia está en _____ y pienso residir en ese lugar de forma permanente con el niño o los niños mencionados arriba. Empecé a residir en este lugar el _____, _____; y pienso seguir residiendo en ese lugar.

3. I rent/own/other (circle one) the real property where I reside; Should another situation exist, please explain: *Yo alquilo/soy dueño/otro (rodee una opción con un círculo) la propiedad donde resido; Si existe otra situación, explíquela:* _____

4. I do not maintain a primary residence outside of the _____ Local School District boundaries;
No tengo una residencia principal fuera de los límites del Distrito Escolar Local de _____;

5. I have provided the _____ Local School District registration personnel an official copy of any and all current court orders from the Domestic Relations, Juvenile, Probate or any other Court which has exercised jurisdiction over the custody or residency of the child(ren) which are being registered with the Local Schools;
He proporcionado al personal de inscripción del Distrito Escolar de _____ una copia oficial de todas las órdenes actuales emitidas por el tribunal de relaciones intrafamiliares, el tribunal de menores, el tribunal testamentario o cualquier otro tribunal que haya ejercido jurisdicción sobre la custodia o residencia del niño o niños que han sido registrados en las Escuelas Locales;

6. The child(ren) which are being registered are not currently expelled or excluded from any other school;
El niño o niños que han sido registrados no han sido expulsados ni excluidos recientemente de ninguna otra escuela;

7. I agree to immediately inform the Local School District, Office of the Supervisor of Student Services, of any change in my residence and/or standing as legal custodian and/or legal guardian of the child(ren) which are being registered, and to provide a certified copy of any court order which affects the custody or residency of said child(ren), which may be issued in the future.
Estoy de acuerdo con informar de inmediato a la Oficina del Supervisor de Servicios para Estudiantes del Distrito Escolar local, de cualquier cambio en mi residencia o situación como custodio legal o tutor legal del niño o niños que están siendo inscritos, y con proporcionar una copia certificada de cualquier orden del tribunal que afecte la custodia o residencia de dicho niño, que pudiera emitirse en el futuro.

Parent/Guardian (*padre/tutor*)

Date (*fecha*)

EMERGENCY MEDICAL CONTACTS AND TRANSPORTATION AUTHORIZATION
TO BE COMPLETED BY ADULT HAVING LEGAL AUTHORITY OVER THE STUDENT
CONTACTOS MEDICOS DE EMERGENCIA Y AUTORIZACION DE TRANSPORTE
A SER COMPLETADA POR UN ADULTO CON AUTORIDAD LEGAL SOBRE EL ALUMNO

The purpose of this form is to enable parents and guardians to authorize the provision of emergency treatment for children who become ill or injured while under school authority when parents or guardians cannot be reached.
 El propósito de este formulario es permitir que los padres y tutores autoricen la impartición de tratamiento médico de emergencia a niños que se enfermen o lesionen cuando estén bajo el cuidado de la escuela, en situaciones donde los padres y tutores no puedan ser localizados.

Student Name _____ Date of Birth _____ Home Phone _____
 (Last) (First) (Area Code)
 Address _____ City _____ Zip Code _____

Nombre del alumno _____ Fecha de nacimiento _____ Teléfono particular _____
 (Last) (First) (Código de área)
 Dirección _____ Ciudad _____ Código postal _____

In situations where the parent cannot be reached the student may be released to the following:
 En situaciones en la que el padre/madre/tutor no puedan ser contactados, el alumno puede ser entregado a:

Name: _____ <i>(nombre)</i>	Relationship: _____ <i>(relación)</i>	Daytime Phone: _____ <i>(teléfono diurno)</i>	Cell: _____ <i>(celular)</i>
Name: _____ <i>(nombre)</i>	Relationship: _____ <i>(relación)</i>	Daytime Phone: _____ <i>(teléfono diurno)</i>	Cell: _____ <i>(celular)</i>
Name: _____ <i>(nombre)</i>	Relationship: _____ <i>(relación)</i>	Daytime Phone: _____ <i>(teléfono diurno)</i>	Cell: _____ <i>(celular)</i>

PART I - TO GRANT CONSENT (PARTE I –PARA DAR CONSENTIMIENTO)

I hereby give my consent for the following medical care providers and local hospital/emergency room to be called:
 Por este medio doy mi consentimiento para que llamen a los siguientes proveedores de servicios médicos y hospitales/salas de emergencia locales:

Doctor: _____ <i>(médico)</i>	Phone: _____ <i>(teléfono)</i>	Dentist: _____ <i>(dentista)</i>	Phone: _____ <i>(teléfono)</i>
Medical Specialist: _____ <i>(especialista médico)</i>	Phone: _____ <i>(teléfono)</i>	Local Hospital: _____ <i>(hospital local)</i>	Phone: _____ <i>(teléfono)</i>

In the event reasonable attempts to contact me have been unsuccessful, I hereby give my consent for: (1) the administration of any treatment deemed necessary by the above named doctor or, in the event the designated preferred practitioner is not available, by another licensed physician or dentist, and (2) the transfer of the child to any hospital reasonably accessible. This authorization does not cover major surgery unless the medical opinions of two other licensed physicians or dentists, concurring in the necessity for such surgery, are obtained prior to the performance of such surgery.

En el caso de que tras varios intentos de contactarme no tuvieran éxito, por este medio doy mi consentimiento para: (1) la impartición del tratamiento que se juzgue necesario por los médicos arriba mencionados o, en el caso de que los médicos designados no estuvieran disponibles, por otro médico o dentista capacitado; y (2) la transferencia del niño a cualquier hospital razonablemente accesible. Esta autorización no cubre cirugías mayores salvo que las opiniones médicas de otros dos médicos o dentistas capacitados coincidieran en la necesidad de dicha cirugía, y que estas opiniones se obtuvieran antes de llevarla a cabo.

Signature of custodial/residential parent (*Firma del tutor/padre con quien vive el niño*): _____ Date (*fecha*) _____

PART II - DO NOT COMPLETE PART II IF YOU HAVE COMPLETED PART I
(PARTE II - NO COMPLETE LA PARTE II SI COMPLETÓ LA PARTE I)

PART II – REFUSAL TO CONSENT (PARTE II – NEGACIÓN DE CONSENTIMIENTO)

I do not give my consent for emergency medical treatment of my child. In the event of illness or injury requiring emergency treatment, I wish the school authorities to take the following action:

No doy mi consentimiento para que se imparta tratamiento médico de emergencia a mi hijo. En el caso de enfermedad o lesión que requiera de tratamiento médico de emergencia, deseo que las autoridades de la escuela tomen las siguientes medidas: _____

Signature of custodial/residential parent: _____
Firma del tutor/padre con quien vive el niño

Address: _____ Date: _____
(dirección) (fecha)

PARENT ROSTER INFORMATION (INFORMACION DE LISTA DE PADRES)

In accordance with Rules 5101:2-12-54 of the Ohio Administrative Code, a roster for each group of children, which includes names and telephone numbers of parents, custodians, or guardians of children attending the center must be prepared annually and given to parents, custodians, or guardians upon request.

De acuerdo con las normas 5101:2-12-54 del Código Administrativo de Ohio, cada año deberá redactarse una lista para cada grupo de niños, incluyendo los nombres y números telefónicos de padres, custodios o tutores de los alumnos del centro, que deberá distribuirse entre los padres, custodios y tutores que lo soliciten.

I _____ would like my name and telephone number to be included on this roster.

Yo _____ deseo que se incluyan mi nombre y número de teléfono en esta lista.

I _____ would **not** like my name and telephone number to be included on this roster.

Yo _____ **no** deseo que se incluyan mi nombre y número de teléfono en esta lista.

Signature (firma)

Date (fecha)

PHOTOGRAPH, VIDEO, AND INTERVIEW RELEASE (AUTORIZACIÓN PARA FOTOGRAFÍAS, VIDEOS Y ENTREVISTAS)

Child's Name (nombre del niño): _____

I hereby give permission to use photographs/videos of me and/or my family and information obtained through personal interviews in any of their publications, press releases, marketing, fundraising or community relations activities.

Por este medio doy mi autorización para el uso de fotografías/videos míos/de mi familia e información obtenida por medio de entrevistas personales en cualquiera de sus actividades de publicaciones, comunicados de prensa, marketing, recaudación de fondos o relaciones comunitarias.

Signature (firma): _____

Relationship to Subject (relación con el sujeto): _____

AUTHORIZATION TO RELEASE FORM (FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE ENTREGA DEL NIÑO)

If I am unavailable, the following people have permission to pick up my child,

Si no estoy disponible, las siguientes personas tienen autorización para recoger a mi hijo:

Name: (nombre)		Name: (nombre)	
Address: (dirección)	City: (ciudad)	Address: (dirección)	City: (ciudad)
Home Phone: (teléfono particular)	Cell: (celular)	Home Phone: (teléfono particular)	Cell: (celular)

I understand that they will be asked for a photo ID and I am to call ahead if I am unable to pick up my child.

Entiendo que se les pedirá una identificación con fotografía y que debo llamar antes si no puedo recoger a mi hijo

Parent Signature (firma del padre)

Date (fecha)

DEVELOPMENTAL AND HEALTH SCREENING PARENTAL CONSENT

(CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES PARA EVALUACION DE SALUD Y DESARROLLO)

The Ohio Department of Education's Office of Early Childhood & School Readiness requires that each child obtain a health screening and developmental screening. Therefore, I understand that in order for my child to participate in the preschool program he or she will be screened at school within the first 60 days.

La Oficina de educación inicial y preparación para la escuela del Departamento de Educación de Ohio requiere que se lleve a cabo una evaluación de salud y de desarrollo de cada niño. Por lo tanto, entiendo que para que mi hijo pueda participar en el programa de preescolar, deberá someterse a una evaluación en la escuela durante los primeros 60 días.

Parent Signature (firma del padre o madre)

Date (fecha)

PARENT INTERVIEW (ENTREVISTA CON LOS PADRES)

Name of Child (*nombre del niño*): _____ Date (*fecha*): _____

FAMILY STATUS (ESTADO FAMILIAR)

Is this child your (*¿Su hijo es*) Natural (*natural*) Adopted (*adoptado*) Foster child (*tutela temporal*)?
 Is there any divorce? (*¿Hubo algún divorcio?*) Yes (*Sí*) No
 Have there been any deaths in immediate family? (*¿Ha habido muertes en la familia inmediata?*)
 Yes (*Sí*) No

Are you working with any other community service that you would like us to know about? List agencies.
 (*¿Trabaja con algún otro servicio comunitario del que desearía que tuviéramos conocimiento? Enumere las agencias.*) _____

ACTIVITIES (ACTIVIDADES)

What does your child like to play with at home? (*¿A qué le gusta jugar a su hijo en casa?*) _____

Does your child play with friends outside the home other than school? (*¿Su hijo juega con amigos fuera de casa que no sean de la escuela?*) _____

Does your child participate in outings such as shopping, visiting relatives, etc.? (*¿Su hijo participa en salidas de compras, visitas a parientes, etc.?*) _____

Describe the way in which you handle behavior problems? (*Describa la forma en que usted trata los problemas de comportamiento.*) _____

Is there anything else that you would like us to know about your child? (*¿Quisiera comunicarnos algo más sobre su hijo?*) _____

List all school aged siblings/step-siblings who live at home with the child for whom this form is being completed
Liste todos los hermanos/hermanastros en edad escolar que viven en la casa con el niño para el cual se está llenando este formulario

First Name <i>Nombre</i>	Last Name <i>Apellido</i>	M.I. <i>Inicial del 2º nombre</i>	Gender <i>Sexo</i>	Age <i>Edad</i>	Birth Date <i>Fecha de nacimiento</i>	Legal Guardian <i>Tutor legal</i>

Lake County ESC Preschool / Programa de Educación Preescolar del Condado de Lake
Please select preschool (*Seleccione el centro preescolar*): Riverside Perry Kirtland Fairport

To: Parents/Guardians of Preschool Students in Lake ESC programs/services
Para: Padres/tutores de alumnos en preescolar de programas/servicios de Lake ESC
From: Director of Early Childhood
De: Director de primera infancia
Re: Federal Poverty Guidelines
Ref.: Pautas federales de pobreza

We are required by the Ohio Department of Education to report income levels for families of ALL students enrolled in ODE licensed preschool programs. Following are the Poverty Guidelines published by the US Dept of Health and Human Services. Please circle the appropriate family size unit and income level for your household. Please note these are annual amounts. If your household brings in more than the amount in the 200% column, just write the word "more" in the outside margin and circle it. We do not need to know the amount. YOU MAY CHOOSE TO DO AS INSTRUCTED ABOVE OR CHECK THE REFUSE TO ANSWER BELOW. EITHER WAY WE MUST RECEIVE THIS FORM BACK FROM YOU.

El Departamento de Educación de Ohio requiere que reportemos los niveles de ingresos de las familias de TODOS los alumnos inscriptos en programas de preescolar autorizados por ODE. A continuación presentamos las Pautas de pobreza de 2012 publicadas por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos. Encierre en un círculo la unidad de tamaño familiar correspondiente y el nivel de ingresos de su núcleo familiar. Tenga en cuenta que estos son montos anuales. Si en su núcleo familiar el ingreso es mayor a la columna del 200%, simplemente escriba la palabra "more" (más) en el margen exterior y enciérrela en un círculo. No necesitamos saber el monto exacto. PUEDE OPTAR POR SEGUIR LAS INSTRUCCIONES QUE ANTECEDEN O MARCAR LA CASILLA DE REHUSARSE A RESPONDER A CONTINUACIÓN. DE TODOS MODOS NECESITAMOS QUE DEVUELVA ESTE FORMULARIO.

Please return this form to your child's teacher with your other registration materials.
vuélvalo al maestro de su hijo junto con los demás documentos de inscripción.

Student Name (*nombre del alumno*) _____

Teacher Name (*nombre del maestro*) _____

United States Department of Health and Human Services
FEDERAL POVERTY GUIDELINES* (PAUTAS FEDERALES DE POBREZA DE)

Size of Family Unit	100% Poverty Level	101% - 125% Poverty Level	126% - 150% Poverty Level	151% - 175% Poverty Level	176% - 200% Poverty Level
1	0-\$11,670	\$11,671- 14,587	\$14,588- 17,505	\$17,506- 20,422	\$20,423- 23,340
2	0-\$15,730	\$15,731- 19,662	\$19,663- 23,595	\$23,596- 27,527	\$27,528- 31,460
3	0-\$19,790	\$19,791 - 24,737	\$24,738- 29,685	\$29,686- 34,632	\$34,633- 39,580
4	0-\$23,850	\$23,851- 29,812	\$29,813- 35,775	\$35,776- 41,737	\$41,738- 47,700
5	0-\$27,910	\$27,911- 34,887	\$34,888- 41,865	\$41,866- 48,842	\$48,843- 55,820
6	0-\$31,970	\$31,971- 39,962	\$39,963- 47,955	\$47,956- 55,947	\$55,948- 63,940
7	0-\$36,030	\$36,031- 45,037	\$45,038- 54,045	\$54,046- 63,052	\$63,053- 72,060
8	0-\$40,090	\$40,091- 50,112	\$50,113- 60,135	\$60,136- 70,157	\$70,158- 80,180

* Annual Family Income (*Ingresos familiares por año*)

For family units with more than 8 members, add \$4,060 for each additional member. (*Para unidades familiares con más de 8 miembros, agregue \$4,060 por miembro adicional.*)

_____ Refuse to Answer (*Rehúso responder*)

Parent/Guardian Signature _____
(*Firma del padre/madre/tutor*)

Date: _____
(*fecha*)

Lake County ESC Preschool / Programa de Educación Preescolar del Condado de Lake

Please select preschool (*Seleccione el centro preescolar*): Riverside Perry Kirtland Fairport

HOME LANGUAGE SURVEY

ENCUESTA SOBRE IDOMA EN CASA

**Federal guidelines require that this form be completed by all students at the time of enrollment.
Las estatutos federales requieren que este formulario sea llenado por todos los estudiantes al inscribirse.**

Instructional programs for non-English or limited-English proficient students are available within the Perry Local Schools. Information about the language background of each student is necessary to determine the possible need for language development assistance. If a foreign language is listed, we will test the student's need for English as a Second Language services.

Perry Local School ofrece programas educacionales para los estudiantes que no hablan Ingles o tienen conocimiento limitado del Ingles. Es necesario obtener informacion acerca del idioma(s) que el estudiante hable para determinar la necesidad de ayuda para el desarrollo del idioma. Si Ud. pusiera otro idioma se efectuaran pruebas para determinar la necesidad de los servicios del programa del Ingles como Segundo Idioma.

PLEASE PRINT - POR FAVOR ESCRIBA

Student Name _____
Family Name/Apellido First Name/Primer Nombre Middle Initial/Inicial del Segundo nombre

Grade _____ Birthdate _____ Student's Country of Birth _____
Grado Fecha de Nacimiento País de nacimiento del estudiante

Parent/Guardian Name _____
Nombre del Padre o tutor Family Name/Apellido First Name/ Primer Nombre

Address _____
Dirección

City _____ State Ohio Zip Code _____
Ciudad Código Postal

Home Phone _____ Work Phone _____
Número de Teléfono Número de Teléfono

1. What language did your son/daughter speak when he/she first learned to talk? _____
¿Qué idioma habló su hijo/hija cuándo aprendió a hablar?
2. What language does your son/daughter speak most frequently at home? _____
¿Qué idioma habla su hijo/hija normalmente en casa?
3. What language do you speak most frequently with your son/daughter? _____
¿Qué idioma habla usted con su hijo/hija??
4. What language do the adults at home speak most often? _____
¿Qué idioma hablan los adultos en casa más a menudo?

-----Proceed to signature if English is the only language spoken in your home-----
-----Firme si el Inglés es el único idioma hablado en casa-----

5. On what date did your son/daughter enter the United States? ____ / ____ / ____
¿En qué fecha entró su hijo/hija a Estados Unidos?
6. On what date did your son/daughter enter a US School? ____ / ____ / ____
¿En qué fecha entró su hijo/hija a una Escuela en EEUU?
7. On what date did your son/daughter enter an Ohio school? ____ / ____ / ____
¿En qué fecha entró su hijo/hija a una escuela en Ohio?
8. What language do you prefer for communication from the school? _____
¿Qué idioma prefiere usted para comunicarse con la escuela?

Name of available interpreter _____ Phone _____
El nombre del intérprete disponible Número de Teléfono

PARENT'S SIGNATURE _____ DATE _____
Firma del Padre Fecha

Lake County ESC Preschool / Programa de Educación Preescolar del Condado de Lake

Please select preschool (*Seleccione el centro preescolar*): Riverside Perry Kirtland Fairport

MEDICAL STATEMENT

DECLARACIÓN MÉDICA

1. Based on his/her medical history and physical condition at the time of this examination, this child is free from apparent communicable disease and is in suitable condition for enrollment in a preschool program. *As required by Rules 5101:2-12-37 and 5101:2-13-37, the child must be examined within **thirteen months** prior to the date of admission.*

De acuerdo con su historia clínica y estado físico al momento de este examen, este niño está libre de enfermedades contagiosas aparentes y se encuentra en estado adecuado para inscribirse en un programa de educación preescolar. *Según lo establecido en las normas 5101:2-12-37 y 5101:2-13-37, el niño deberá ser examinado dentro de los **trece meses** previos a la fecha de ingreso.*

Child's Name (*nombre del niño*): _____

Birth Date (*fecha de nacimiento*): _____

Present Age (*edad actual*): _____

Exam Date (*fecha del examen*): _____

Sex (*sexo*): M F

2. This is to certify that I have examined this child and found that: This child has had the immunizations required by section 3313.571 of the Ohio Revised Code for admission to school, or has had the immunizations required by the state department of health according to the child's age, or is to be exempted from these requirements for medical or religious reasons. (Please provide documentation for exemptions.)
Por este medio certifico que he examinado a este niño y concluyo que: el niño cuenta con las vacunas requeridas en la sección 3313.571 del Código Revisado de Ohio para ingresar en la escuela, o ha recibido las vacunas requeridas por el departamento de salud estatal correspondientes a su edad, o está exento de estos requisitos por razones médicas o religiosas. (Sírvese proporcionar documentación para las exenciones.)

IMMUNIZATION RECORD: (Enter month/day/year of each immunization) <i>REGISTRO DE VACUNACIÓN:</i> (Ingrese el mes/día/año de cada vacuna)				
DTP (DTP)	Polio (Polio)	HIB (HIB)	MMR (SPR)	HEP B (Hepatitis B)
1.	1.	1.	1.	1.
2.	2.	2.	2.	2.
3.	3.	3.		3.
4.	4.	4.	TB Test (prueba de TB)	Varicella (Varicela)
5.			1.	1.

Name of Physician (please print or stamp) _____ Phone: _____
Nombre del médico (en letra de molde o sello) (Teléfono)

Street Address: _____ City: _____ State: _____ Zip Code: _____
(Dirección) (Ciudad) (Estado) (Código postal)

Signature of Examining Physician _____ Date: _____
(Firma del médico examinador) (fecha)

DENTIST INFORMATION (INFORMACIÓN DEL DENTISTA)

Name of Dentist (please print or stamp) _____ Phone: _____
Nombre del dentista (en letra de molde o sello) (Teléfono)

Street Address: _____ City: _____ State: _____ Zip Code: _____
(Dirección) (Ciudad) (Estado) (Código postal)