

# Elizabeth City/Pasquotank County Public Schools

## INFORMACION DEL ESTUDIANTE DEL PRE-KINDERGARTEN

Student ID# \_\_\_\_\_ Grade Pre-K Enrollment Date \_\_\_\_\_ Homeroom \_\_\_\_\_

NC Pre-K Eligibility Verified by \_\_\_\_\_  
 NC Pre-K Program Contact \_\_\_\_\_ Classroom Teacher \_\_\_\_\_

Nombre del Niño: \_\_\_\_\_  
 Apellido Paterno-Apellido Materno      Nombre      Nombre Preferido

Calle y Dirección: \_\_\_\_\_ Condado de Residencia Pasquotank

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Sexo: M   F    Numero del seguro social: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Raza del Niño (cheque todas las que apliquen):

- |   |  |                                     |
|---|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Blanco/Europeo Americano                 | <input type="checkbox"/> Negro/Africano Americano      | <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| <input type="checkbox"/> Español/Hispano/Latino                   | <input type="checkbox"/> Americano Indio/Alaska Nativo |                                     |
| <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano/Otro Isleño del Pacifico | <input type="checkbox"/> De Asia                       |                                     |

¿Es el niño ciudadano de los Estados Unidos?  Sí  No

Etnicidad del niño(a) (cheque si o no): Origen Hispano  Si  No

Primer Idioma del Niño: \_\_\_\_\_

Nuestra Familia Habla:  Inglés  Español  Los Dos Idiomas  Otro \_\_\_\_\_

### INFORMACION DE LA FAMILIA:

Nombre de la Madre/Madrastra/Guardian:: \_\_\_\_\_ Tel. de Casa: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Tel. Celular: \_\_\_\_\_

Patrón/Empresa: \_\_\_\_\_ Tel del Trabajo: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico \_\_\_\_\_

Si no esta trabajando, ¿esta usted:

- |  |  |
|--|--|
| Buscando trabajo? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No  | En la Secundaria/programa GED? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No   |
| En la universidad? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | En capacitación para un trabajo? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |

Nombre del Padre/Padrastra/Guardián: \_\_\_\_\_ Tel. De Casa: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Tel. Celular: \_\_\_\_\_

Patrón/Empresa: \_\_\_\_\_ Tel del Trabajo: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico \_\_\_\_\_

Si no esta trabajando, ¿esta usted:

- |  |  |
|--|--|
| Buscando trabajo? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No  | En la Secundaria/programa GED? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No   |
| En la universidad? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | En capacitación para un trabajo? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |

¿Su dirección es temporal por falta de casa o problemas económicos?  Si  No

¿Es la mama o el papa activo en el servicio militar?  Si  No

Si es activo, indique quien  Padre  Madre  Guardián

Favor de indicar en que división militar \_\_\_\_\_

¿Quien vive ahora en la casa con el niño? (Circule y especifique todos los que aplican)

MADRE/MADRASTRA      PADRE/PADRASTRO      GUARDIAN \_\_\_\_\_

HERMANO(S) \_\_\_\_\_ HERMANA(S) \_\_\_\_\_ OTROS \_\_\_\_\_

(incluya hermanastros y medio hermanos) (incluya hermanastras y media hermanas)

¿Hay hermanos menores de 18 años?

DOB del hermano: \_\_\_\_\_

DOB del hermano: \_\_\_\_\_

DOB del hermano: \_\_\_\_\_

DOB del hermano: \_\_\_\_\_

DOB del hermano: \_\_\_\_\_

DOB del hermano: \_\_\_\_\_

Numero total de individuos en el hogar del niño (incluya al niño): \_\_\_\_\_

¿Hay asuntos de custodia que la escuela debería de saber?  Sí  No Si hay una orden de la corte por  
visitación tendrá que traer una copia.

Explique: \_\_\_\_\_

Ingresos Anuales: Madre \_\_\_\_\_ Padre \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

(Otros ingresos consisten en pensión alimenticia, pensión alimenticia y compensación laboral, desempleo, jubilación o beneficios por  
discapacidad )

**Si la verificación de ingresos no esta disponible (es decir, no trabaje; estudiante de tiempo completo; o falta  
de verificación adecuada de ingresos), certifico (prometo) que NO tengo ingresos comprobables.**

\_\_\_\_\_  
Firma de los Padres/Guardianes

\_\_\_\_\_  
Fecha

### **Necesidades de atención médica**

*Para cualquier niño con necesidades de atención médica tales como alergias, asma u otras condiciones crónicas  
que requieran servicios de salud especializados, Se adjuntará un plan médico a la solicitud.*

*El plan de acción médica debe ser completado por el padre del niño y el profesional de la salud. ¿Hay un plan de  
acción médico adjunto? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_*

¿Tiene su hijo alguna alergia conocida?  Sí  No

Explique: \_\_\_\_\_

¿Su hijo tiene alguna condición de salud crónica? (Marque todo lo que corresponda)

Asma Diabetes Cáncer de células falciformes Otro

¿Su hijo está completamente entrenado para el baño? (Es decir, sin pañales o tirones)  Sí  No

Haga una lista de cualquier otra necesidad o preocupación de salud, o síntomas:

Enumere cualquier tipo de medicamento tomado para las necesidades de atención médica:

Enumere cualquier temor particular sobre las características de conducta únicas que el niño tiene:

Tenga en cuenta información médica adicional sobre su hijo que puede ser importante:

### **INFORMACION PARA EL AUTOBUS**

Mi hijo va a tomar el autobús:  Sí  No

### **INFORMACION DE SU HIJO:**

¿Esta su niño actualmente registrado en una guardería, preescolar o un centro particular?  Sí  No

Si esta registrado, ¿que fechas? \_\_\_\_\_

Nombre del Lugar: \_\_\_\_\_ Dirección del lugar: \_\_\_\_\_

¿Su hijo ha sido registrado en una guardería, preescolar o un centro particular?  Si  No

Si ha sido registrado, ¿que fechas? \_\_\_\_\_

Nombre del Lugar: \_\_\_\_\_ Dirección del lugar: \_\_\_\_\_

¿Su familia recibe asistencia para el cuidado de su hijo/a?  Si  No

¿Esta usted en lista de espera para recibir los vales de asistencia para la guardería?  Si  No

**Su hijo tiene:**

Habilidad limitada para hablar Ingles

Si  No

Condición medica crónica

Si  No

Necesidad de desarrollo/Educacional

Si  No  No se

Algún tipo de incapacidad

Si  No

¿Su hijo tiene un IEP (Programa Educativo Individualizado)?  Si  No

Si responde que si, ¿cual es la incapacidad? \_\_\_\_\_

¿Que tipo de servicios recibe el niño en este momento?

Terapia Ocupacional

Terapia de lenguaje

Educación especial

Fisioterapia

Otro \_\_\_\_\_

¿Han referido a su hijo para exámenes médicos, educacionales o de lenguaje?  Si  No

¿Quien inicio la referencia? \_\_\_\_\_

¿Se ha hecho alguna cita?  Si  No

¿Cual es la fecha? \_\_\_\_\_ ¿Quien va a hacer la evaluación? \_\_\_\_\_

**INFORMATION DEL CUIDADO MEDICO DE EMERGENCIA:**

Nombre del doctor del niño: \_\_\_\_\_

Tel de Oficina: \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Nombre del dentista del niño: \_\_\_\_\_

Tel de Oficina: \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

*El Hospital Albemarle se va a utilizar en caso de emergencia, al menos que se especifique otro.* \_\_\_\_\_

**Estoy de acuerdo que el personal escolar apropiado autorice que un doctor proporcione cuidado medico de emergencia en caso de que yo o mi doctor familiar no nos localicen inmediatamente.**

\_\_\_\_\_  
Firma de los Padres

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Yo, como el maestro, estoy de acuerdo en asegurar transporte (siguiendo los procedimientos de la escuela) a un lugar medico apropiado en caso de emergencia. En una situación de emergencia, un adulto responsable va a supervisar los otros niños en el salón. Yo no voy a dar ninguna medicina sin las instrucciones específicas de un doctor.**

\_\_\_\_\_  
Firma del Maestro

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Personas que pueden recoger a su niño/a de la escuela y/o contactar en caso de emergencia si la familia inmediata no se puede localizar:**

Nombre \_\_\_\_\_ Parentesco con el niño \_\_\_\_\_

Tel de Casa: \_\_\_\_\_ Tel. del Trabajo: \_\_\_\_\_ Tel. Celular: \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Parentesco con el niño \_\_\_\_\_

Tel de Casa: \_\_\_\_\_ Tel. del Trabajo: \_\_\_\_\_ Tel. Celular: \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Parentesco con el niño \_\_\_\_\_  
Tel de Casa: \_\_\_\_\_ Tel. del Trabajo: \_\_\_\_\_ Tel. Celular: \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Parentesco con el niño \_\_\_\_\_  
Tel de Casa: \_\_\_\_\_ Tel. del Trabajo: \_\_\_\_\_ Tel. Celular: \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Parentesco con el niño \_\_\_\_\_  
Tel de Casa: \_\_\_\_\_ Tel. del Trabajo: \_\_\_\_\_ Tel. Celular: \_\_\_\_\_

---

***Su hijo (a) sólo será dado de alta a las personas mencionadas arriba. Si se han realizado cambios, deben ser actualizados en esta aplicación y en PowerSchool. Comuníquese con la Oficina de Pre-K (252)338-1194 y envíe una nota con su hijo o dé información al maestro.***

\_\_\_\_\_  
Firma de los Padres

\_\_\_\_\_  
Fecha

***El sistema escolar de Elizabeth City – Pasquotank conduce actividades sin tomar en cuenta la raza, el color, origen nacional, o genero de las personas.***

**Información de contacto de emergencia y / o autobús de Pre-Kindergarten**

Para garantizar la seguridad de nuestros estudiantes, solicitamos la siguiente información de contacto. Además, para garantizar la seguridad de nuestros estudiantes en el autobús, se proporcionará la siguiente información para el transporte en autobús.

El nombre del niño: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ -Teléfono de la casa:  
\_\_\_\_\_

Nombre de la madre: \_\_\_\_\_

Celda de la madre: \_\_\_\_\_ Número de trabajo de la madre :: \_\_\_\_\_

Nombre del Padre: \_\_\_\_\_

Celda del padre: \_\_\_\_\_ Número de trabajo del padre: \_\_\_\_\_

- En el caso de que debamos comunicarnos con usted sobre su hijo, ¿a qué número debemos llamar primero? \_\_\_\_\_

Sitio de recogida: \_\_\_\_\_ AM Bus # : \_\_\_\_\_

Dejar el sitio: \_\_\_\_\_ PM Bus #: \_\_\_\_\_

El conductor del autobús o la persona de contacto de la escuela:

1. Informe al personal de Pre-Kindergarten si el alumno está desatendido (no hay un adulto presente) en la parada del autobús.
2. El estudiante será trasladado de regreso a la escuela si un adulto no está presente para recibir al estudiante desde la parada del autobús y se comunicará con la lista a continuación.

***Las siguientes personas están autorizadas para recoger a mi hijo de la escuela: (Se requiere que envíe al menos dos contactos de emergencia).***

Nombre:	Número (s) de teléfono:	Relación:
1 . _____	_____	_____
2 . _____	_____	_____
3 . _____	_____	_____
4 . _____	_____	_____

***Su hijo solo será entregado a las personas mencionadas anteriormente.***

Si se han realizado cambios, deben actualizarse en esta aplicación y en PowerSchool. Comuníquese con la Oficina de Pre-K al (252)335-4303 y envíe una nota con su hijo o dé la información al maestro.

Firma autorizada del padre / tutor: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Debido al hecho de que el programa de Pre-K de ECPPS recibe fondos de múltiples fuentes, Todos los formularios de solicitud deben estar completos.

***El Sistema de Escuelas Públicas de Elizabeth City - Pasquotank lleva a cabo actividades y procedimientos sin Respecto a raza, credo, color, origen nacional, género o discapacidad.***

## Inscripciones para Pre-Kindergarten Pre-K File Copy

Fecha: \_\_\_\_\_

Se va a hacer una cita de evaluacion cuando el paquete de la solicitud contenga los cinco documentos requeridos y las formas completas de la solicitud. Por lo tanto a la solicitud de su hijo le falta(n) el(os) siguiente(s) documento(s):

- Informacion Incompleta Del Estudiante Del Pre-Kindergarten \_\_\_\_\_
- La Tarjeta del Social Security del nino \_\_\_\_\_
- Certificado de nacimiento del niño \_\_\_\_\_ (Debe cumplir 4 años el 31/08/2020 o antes)
- El Record de Vacunas (tiene que estar actualizado) \_\_\_\_\_
- Prueba de identificación del padre o tutor (licencia de conducir válida de NC, tarjeta de identificación emitida por el estado o el gobierno) \_\_\_\_\_
- Comprobante de Residencia dentro de la zona de asistencia de la escuela en que lo esta registrando (Ejemplos de comprobantes son: la cuenta reciente de luz, la cuenta del telefono, etc. Se aceptan solo cuentas originales; no copias.) \_\_\_\_\_
- Comprobante de Ingresos – las formas W-2 del 2019 o la declaracion de impuestos del 2019 (por ejemplo la forma 1040 o la forma 1040 EZ); no se aceptan pagos de nomina (paycheck stubs) \_\_\_\_\_

Esta informacion se necesita para el **1 de Mayo del 2020** o la solicitud no se va procesar.

Gracias por su cooperacion,  
ECPPS Programa Pre-K

\_\_\_\_\_  
Firma de los Padres

\_\_\_\_\_  
Fecha

## Inscripciones para Pre-Kindergarten Parent's Copy

Se va a hacer una cita de evaluacion cuando el paquete de la solicitud contenga los cinco documentos requeridos y las formas completas de la solicitud. Por lo tanto a la solicitud de su hijo le falta(n) el(os) siguiente(s) documento(s):

- Informacion Incompleta Del Estudiante Del Pre-Kindergarten
- La Tarjeta del Social Security del nino
- El Acta de Nacimiento Oficial parar comprobar la edad (tiene que tener sello)
- El Record de Vacunas (tiene que estar actualizado)
- Prueba de identificación del padre o tutor (licencia de conducir válida de NC, tarjeta de identificación emitida por el estado o el gobierno)
- Comprobante de Residencia dentro de la zona de asistencia de la escuela en que lo esta registrando (ejemplos de comprobantes son: la cuenta reciente de luz, la cuenta del telefono, etc. Se aceptan solo cuentas originales; no copias.)
- Comprobante de Ingresos – las formas W-2 del 2019 o la declaracion de impuestos del 2019 (por ejemplo la forma 1040 o la forma 1040 EZ); no se aceptan pagos de nomina (paycheck stubs)

Esta informacion se necesita para el **1 de Mayo del 2020** o la solicitud no se va procesar.

Gracias por su cooperacion,  
ECPPS Programa Pre-K

# Elizabeth City-Pasquotank Public Schools

## Programa de Pre-K

El mundo de un niño esta hecho de su casa, la escuela y la comunidad. Una parte importante de nuestro programa Pre-K es la relación que se forma entre la casa y la escuela. Si se acepta a su niño(a) en el programa Pre-K, se requiere del personal de Pre-K y sus familias lo siguiente:

- El personal de Pre-K va a conducir una Orientación para Padres al principio del año. **Y se requiere su Asistencia a esta junta.** Esta junta va a ser informativa y educacional, enfocándose en el programa Pre-K y la participación de los padres. Se ofrecen otras oportunidades de educación para padres durante todo el año escolar y se recomienda bastante que participen.
- El personal de Pre-K va a visitar a cada niño a su casa antes de que empiece el año escolar. El propósito de esta visita es que el niño se familiarice con los maestros y contestar cualquier pregunta del programa que la familia tenga.
- Se va a requerir que las familias del Pre-K completen un proyecto en casa o en clase cada mes. El personal del Pre-K va a planear las actividades. Se va a dar aviso previo para la actividad y tiempo suficiente para terminar estos proyectos.
- Los niños que entran al programa de Pre-K necesitan un chequeo físico actualizado firmado por el doctor el primer día de asistencia.
- Todos los niños necesitan saber ir al baño completamente solos. (Es decir, no pañales o calzoncitos tipo pull-ups).
- Es mandatorio que cada estudiante asista regularmente: el Estado de Carolina del Norte requiere que cada niño entre las edades de siete (o más joven si inscrito) y dieciséis años atienda a la escuela. Los padres o guardianes tienen la responsabilidad de asegurarse que los estudiantes lleguen a tiempo y permanezcan todo el día en la escuela. Muchas faltas a la escuela causaran que su hijo(a) sea suspendido del programa de Pre-K.
- Los padres van a seguir el Procedimiento de Seguridad de Llegada y Salida para asegurarnos del bienestar de cada niño de acuerdo al manual del Pre-K.

Prometemos hacer nuestra parte para fortalecer esta relación. Esperamos trabajar conjuntamente con usted el próximo año en caso que su hijo(a) sea parte de nuestra familia del Pre-K. ¡Juntos, podemos ayudar a crear oportunidades para que nuestros niños tengan éxito!

---

Firma de los padres

---

Fecha

---

Firma del personal

---

Fecha