



Programa de Transición Temprana al Kindergarten (EKT, por sus siglas en inglés)

Del 15 de julio al 2 de agosto de 2019 Lunes a viernes, de 8:45 a. m. a 11:30 p. m.

Complete este formulario y entréguelo en su escuela. Le avisarán en mayo si se inscribió a su hijo(a) o si lo(a) colocaron en la lista de espera.

Nombre legal del/de la menor: Apellido _____ Primer nombre _____
Inicial del segundo nombre _____

El/la menor es: (encierre una opción en un círculo) Hombre Mujer

Fecha de nacimiento del/de la menor _____

Mi hijo(a) asistirá al kindergarten en septiembre en: (nombre de la escuela) _____

Nombre(s) del padre, de la madre o del tutor _____

El/la menor vive con (encierre en un círculo todas las opciones que correspondan): Madre Padre Padres de crianza temporal Tutor legal

Domicilio particular _____ **Ciudad** _____ **Código postal** _____

Complete la información de contacto y encierre en un círculo la mejor forma de comunicarse con usted durante el día:

Correo electrónico _____ **Teléfono particular** _____ **Celular** _____ **Mensajes de texto** _____

Idioma principal de la familia _____ **¿Se necesita un traductor?** Sí

EN EL ÚLTIMO AÑO, ¿participó su hijo(a) en estos programas?	Sí	No
Mi hijo(a) asistió a Head Start. Si es así, ¿cuál es el nombre del Head Start? _____		
Mi hijo(a) asistió al preescolar. Si es así, ¿cuál es el nombre del preescolar? _____		
Mi hijo(a) está recibiendo servicios de educación especial.		
Mi hijo(a) tiene alergias u otras preocupaciones de salud. Si es así, apunte sus preocupaciones en las siguientes líneas para poder compartirlas con el/la enfermero(a) de EKT, quien podría comunicarse con usted para hablar sobre un plan de salud.		
Mi hijo(a) tiene problemas de comportamiento. Si es así, apunte sus preocupaciones en las siguientes líneas para poder compartirlas con el equipo de EKT, quien podría comunicarse con usted para hablar sobre un plan.		
¿Hay algo más que deberíamos saber sobre su hijo(a)? Si es así, use las siguientes líneas para compartir más información o use una hoja aparte.		
Las fotografías de mi hijo(a) pueden compartirse con los medios de comunicación relacionados con EKT.		
Recibo TANF o SNAP (vales de alimentos).		
Recibo asistencia para la vivienda.		

El tiempo de grupo con los padres/cuidadores es parte importante de EKT. Las reuniones son dos veces a la semana durante el año escolar.

Se proporciona cuidado infantil para los hermanos durante el tiempo de grupo. Necesitaré cuidado infantil durante las reuniones para padres:
___Sí___ No

Si es así, mencione los nombres y edades de los menores.

Nombre: _____ Edad: _____, Nombre: _____ Edad: _____, Nombre _____ Edad: _____

Notas de los padres:
