



**Программа раннего ознакомления с детским садом (ЕКТ)**  
**С 15 июля по 2 августа 2019 года С понедельника по пятницу с 08:45 до 11:30**

**Заполните этот бланк и передайте в администрацию вашей школы.** В мае вы получите извещение относительно зачисления вашего ребенка в программу или занесения его в список ожидания.

**Имя, фамилия ребенка согласно документам:** Фамилия \_\_\_\_\_ Имя \_\_\_\_\_ Инициал отчества или второго имени \_\_\_\_\_

**Пол ребенка:** (обведите один вариант) Мужской Женский **Дата рождения ребенка** \_\_\_\_\_

**В сентябре мой ребенок будет посещать детский сад в: (название школы)** \_\_\_\_\_

**Имя (имена) родителя/опекуна** \_\_\_\_\_

**Ребенок проживает с** (обведите все, что применимо): Матерью Отцом С приемными родителями Законным опекуном

Домашний адрес \_\_\_\_\_ Город \_\_\_\_\_ Почтовый индекс \_\_\_\_\_

**Укажите контактную информацию и обведите наиболее подходящий для вас способ связаться с вами в течение дня:**

Эл. почта \_\_\_\_\_ Дом. телефон \_\_\_\_\_ Моб. телефон \_\_\_\_\_ Номер для текстовых сообщений \_\_\_\_\_

**Основной язык общения семьи** \_\_\_\_\_ **Требуются ли услуги переводчика?** Да

Принимал ли ваш ребенок участие в этих программах В ПРОШЛОМ ГОДУ?	Да	Нет
Мой ребенок посещал программу раннего обучения «Head Start». Если да, укажите название программы «Head Start». _____		
Мой ребенок посещал детское дошкольное учреждение. Если да, укажите название детского дошкольного учреждения. _____		
Мой ребенок получает услуги специального образования.		
У моего ребенка имеются аллергии или другие проблемы со здоровьем. Если да, пожалуйста, перечислите проблемы со здоровьем в строчках ниже – о них будет сообщено медработнику программы ЕКТ, который может позвонить вам, чтобы обсудить создание плана медицинского обслуживания.		
У моего ребенка имеются проблемы с поведением. Если да, пожалуйста, перечислите проблемы с поведением в строчках ниже – о них будет сообщено сотрудникам программы ЕКТ, которые могут позвонить вам, чтобы обсудить создание плана обслуживания.		
Желаете ли вы поделиться с нами дополнительной информацией о своем ребенке? Если да, пожалуйста, запишите дополнительную информацию в строчках ниже или приложите отдельный лист бумаги.		
Фотографии моего ребенка могут передаваться в средства массовой информации, связанные с программой ЕКТ.		
Я получаю пособие TANF или SNAP (продовольственное пособие).		
Я получаю помощь в оплате жилья.		

**Время, выделенное для групповых встреч между родителем и воспитателем, является важной частью программы ЕКТ. Встречи проводятся два раза в неделю в учебное время.**

Во время групповых встреч предоставляются услуги по присмотру за остальными детьми в семье. Мне потребуются услуги по присмотру за ребенком во время встреч для родителей: \_\_\_Да \_\_\_Нет

Если да, пожалуйста, укажите имена и возраст всех детей.

Имя, фамилия: \_\_\_\_\_ Возраст: \_\_\_\_, Имя, фамилия: \_\_\_\_\_ Возраст: \_\_\_\_, Имя, фамилия \_\_\_\_\_ Возраст: \_\_\_\_

Заметки родителей:

---



---



---



---