

2021-2022 comunidad preescolar aplicación

Por favor correo completa solicitud a:

Days Attending: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> Th
--

Prairie Five Head Start
 PO Box 166 • 422 5th Avenue • Madison, MN 56256
 Phone: 320-598-3118 • Fax: 320-598-3025

Solicitante (niño haciendo solicitud para servicios)						
1 ^{ra} elección de la ubicación del centro _____			2 ^{da} elección: _____			
Nombre		Segundo nombre		Apellido		Fecha de nacimiento / /
						Género <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Raza <input type="checkbox"/> blanco <input type="checkbox"/> indígena americano <input type="checkbox"/> asiático <input type="checkbox"/> raza negra/afroamericano <input type="checkbox"/> multirracial/de dos razas <input type="checkbox"/> nativo de Hawái/otra isla del Pacífico			Idioma principal <input type="checkbox"/> inglés <input type="checkbox"/> español <input type="checkbox"/> Chuukese <input type="checkbox"/> otro		
Estatus de la custodia del niño						
<input type="checkbox"/> los dos padres <input type="checkbox"/> solamente la madre <input type="checkbox"/> solamente el padre <input type="checkbox"/> tutela designada por padre/madre <input type="checkbox"/> hogar de guarda <input type="checkbox"/> custodia por orden de la corte/departamento de servicios humanos <input type="checkbox"/> otro _____						
Padre/tutor 1 (principal) ¿Vive con la familia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						
Nombre		Segundo nombre		Apellido		
Fecha de nacimiento / /	Género <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Estado civil <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado		Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Raza <input type="checkbox"/> blanco <input type="checkbox"/> indígena americano <input type="checkbox"/> asiático <input type="checkbox"/> raza negra/afroamericano <input type="checkbox"/> multirracial/de dos razas <input type="checkbox"/> nativo de Hawái/otra isla del Pacífico			Grado más alto completado <input type="checkbox"/> graduado de la secundaria <input type="checkbox"/> diploma de GED <input type="checkbox"/> grado 9 o menos <input type="checkbox"/> grado 10 <input type="checkbox"/> grado 11 <input type="checkbox"/> no tiene educación <input type="checkbox"/> grado de asociado <input type="checkbox"/> grado de licenciatura <input type="checkbox"/> maestría			
Estado actual de empleo <input type="checkbox"/> de jornada completa <input type="checkbox"/> trabajo a tiempo parcial <input type="checkbox"/> trabajo temporal <input type="checkbox"/> desempleado <input type="checkbox"/> jubilado/discapacitado			Relación con niño <input type="checkbox"/> padre/madre <input type="checkbox"/> abuelo(a) <input type="checkbox"/> padre de crianza <input type="checkbox"/> tía/tío <input type="checkbox"/> otro: _____			
Padre/tutor 2 (secundario) ¿Vive con la familia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						
Nombre		Segundo nombre		Apellido		
Fecha de nacimiento / /	Género <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Estado civil <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado		Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Raza <input type="checkbox"/> blanco <input type="checkbox"/> indígena americano <input type="checkbox"/> asiático <input type="checkbox"/> raza negra/afroamericano <input type="checkbox"/> multirracial/de dos razas <input type="checkbox"/> nativo de Hawái/otra isla del Pacífico			Grado más alto completado <input type="checkbox"/> graduado de la secundaria <input type="checkbox"/> diploma de GED <input type="checkbox"/> grado 9 o menos <input type="checkbox"/> grado 10 <input type="checkbox"/> grado 11 <input type="checkbox"/> no tiene educación <input type="checkbox"/> grado de asociado <input type="checkbox"/> grado de licenciatura <input type="checkbox"/> maestría			
Estado actual de empleo <input type="checkbox"/> de jornada completa <input type="checkbox"/> trabajo a tiempo parcial <input type="checkbox"/> trabajo temporal <input type="checkbox"/> desempleado <input type="checkbox"/> jubilado/discapacitado			Relación con niño <input type="checkbox"/> padre/madre <input type="checkbox"/> abuelo(a) <input type="checkbox"/> padre de crianza <input type="checkbox"/> tía/tío <input type="checkbox"/> otro: _____			
Miembros adicionales del hogar o de la familia que viven con el niño (No escriba Solicitante, Padre 1 y Padre 2)						
Nombre y apellido	Fecha de nacimiento	Número de seguridad social (REQUERIDO)	Género	Raza	Hispano	Relación con niño
	/ /		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	/ /		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	/ /		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	/ /		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	/ /		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Información de la familia

Dirección donde viven	Apt o Lote #	Ciudad	Estado	Código postal
Dirección de correo (Si es diferente de donde viven)	Apt o Lote #	Ciudad	Estado	Código postal

Adulto principal	Número de celular _____ - _____ - _____ Casa _____ - _____ - _____ Trabajo _____ - _____ - _____
	Dirección de correo electrónico: _____ Doy mi permiso para el personal de estar en contacto conmigo por: _____ mensaje de texto _____ correo electrónico
Adulto secundario	Número de celular _____ - _____ - _____ Casa _____ - _____ - _____ Trabajo _____ - _____ - _____
	Dirección de correo electrónico: _____ Doy mi permiso para el personal de estar en contacto conmigo por: _____ mensaje de texto _____ correo electrónico

La salud y el bienestar

Nombre de la clínica médica principal del niño	Número de teléfono de la clínica médica	Nombre del consultorio dental principal del niño	Número de teléfono del consultorio dental

¿Tiene su niño alergias a alguna comida o medicina?

Si sí, favor de listar: _____

¿Se preocupa por celebrar algunos días festivos por creencias religiosas o étnicas? _____

En caso de emergencia, escribe los nombres de dos contactos locales del área si los padres no están disponibles. Tiene que dar los nombres de dos personas que no son padres del niño.

	Nombre	Dirección	Número de teléfono	Relación con niño
Contacto #1				
Contacto #2				

A mi mejor saber y entender, la información que yo he proporcionado es correcta y verdadera.

_____	_____
(Firma de padre/tutor)	(Fecha)
_____	_____
(Firma de personal)	(Fecha)

Autorización

Nombre legal completo del niño: _____

Doy permiso de pradera cinco Head Start para liberar y obtener información de los siguientes:
(Iniciales del siguiente)

- _____ 1. Distrito escolar; preescolar examen es asignado por mandato por el estado de Minnesota
- _____ 2. School district; Release family & sibling information for the census database
- _____ 3. Distrito escolar; Divulgar información de familiares y hermanos para la base de datos del censo
- _____ 4. Otro (favor de especificar) _____

Permito a mi hijo para participar en el siguiente:
(Iniciales del siguiente)

- _____ 1. Cualquier proyecciones preescolar incompleta como audición, visión, ESI-R/DIAL que es asignado por mandato
- _____ 2. Estar presente en el salón de clases mientras que un profesional de la salud mental es proporcionar apoyo
- _____ 3. Primeros auxilios o CPR por personal certificado si es necesario
* Si no rubricar una documentación adicional será requerida para acciones alternativas ser realizada por personal
- _____ 4. 911 han llamado en una situación amenazadora de la vida como camino de aire, respiración, circulación, o modificar el nivel de complicaciones de la conciencia
* Si no rubricar una documentación adicional será requerida para acciones alternativas ser realizada por personal

Uso de:

- _____ a. Desinfectante de manos
- _____ b. Agua y jabón antes de las comidas
- _____ c. Protector solar
- _____ d. Loción sin perfume
- _____ e. Repelente de insectos
- _____ 5. Pueden haber fotos y videos tomado durante su participación en el programa que se puede utilizar para la documentación
- _____ 6. Pueden haber fotografías publicadas en los periódicos locales
- _____ 7. Pueden haber fotografías publicadas en boletines del aula/programa

**** Fotos o vídeos pueden ser producido por distritos escolares, por favor notifique a distrito escolar para negar el permiso de publicar ****

Este permiso es solamente para este año actual de participación en el programa de Head Start y va a necesitar una firma cada año.

Firma de padre/tutor

Fecha

Reviewed By (Office Staff)

Date