



# BIENVENIDO A LEBANON CITY SCHOOLS



Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_

LHS: \_\_\_\_\_  
GRADO

LJHS: \_\_\_\_\_  
GRADO

BIS: \_\_\_\_\_  
GRADO

DES: \_\_\_\_\_  
GRADO

BPS: \_\_\_\_\_  
GRADO

Jardín de infantes y preescolar solamente:  AM  PM

## Lista de comprobación de registro: todos los siguientes documentos y formularios son necesarios

- Formulario de inscripción de estudiante
- Certificado original de nacimiento o pasaporte del niño emitido por el Condado o estado solamente – ningún hospital emite Actas de nacimiento  
\* Oficina de estadísticas vitales (513) 352-3120 o departamento de salud del Condado de Warren (513) 695-1228
- Documentos legales de la custodia/tutela – en su caso
- Los planes de copias de servicio especial (IEP, LEP, 504, dotado de puntuaciones, etc.) , En su caso
- Declaración jurada de residencia I y II
- Licencia de conducir de padre o identificación estatal
- Prueba de residencia Contrato de alquiler y arrendamiento, hipoteca, declaración, escritura, impuestos, ciudad de Lebanon o Duke Energy Bill \* Oficina (513) 695-1235 de Warren County Clerk
- Autorización médica de emergencia
- Historia de salud del estudiante
- Registros actuales de inmunización
- Solicitud de registros de la escuela
- Asistencia de estudiante las políticas contables
- Acuerdo de la red
- Información de I directorio
- Estudio de la lengua
- Forma de transporte
- Almuerzo gratis y reducido aplicación – en su caso
- Manual para padres/estudiantes y examen abierto/estandarizado pruebas de los estudiantes de secundaria
- Informe médico Únicamente para Preescolar y Kindergarten
- Aportación de los padres (opcional) Únicamente para Preescolar y Kindergarten
- Selección de idioma Únicamente para Preescolar y Kindergarten
- Aplicación preescolar Solo Preescolar

Si usted tiene alguna pregunta acerca de las formas o requisitos de inscripción, por favor, no dude en contactar a Olivia French en la oficina de registro de estudiantes en (513) 934-5762.

Cuota de inscripción no reembolsable \$70,00 (preescolar típico solamente)

Efectivo  cheque número \_\_\_\_\_

Uso de oficina solamente



**~ INFORMACIÓN PARA PADRES RESIDENCIAL – CON QUIEN VIVE EL ESTUDIANTE ~**

<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Abuela <input type="checkbox"/> Guardián <input type="checkbox"/> Foster	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Abuela <input type="checkbox"/> Guardián <input type="checkbox"/> Foster
Nombre:	Nombre:
Teléfono celular:	Teléfono celular:
Teléfono del trabajo:	Teléfono del trabajo:
Correo electrónico:	Correo electrónico:
Dirección:	Dirección:

**~ INFORMACIÓN ADICIONAL DEL PADRE / TUTOR ~**

<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Abuela <input type="checkbox"/> Guardián <input type="checkbox"/> Foster	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Abuela <input type="checkbox"/> Guardián <input type="checkbox"/> Foster
Nombre:	Nombre:
Teléfono celular:	Teléfono celular:
Teléfono del trabajo:	Teléfono del trabajo:
Correo electrónico:	Correo electrónico:
Dirección:	Dirección:

**Nota:** a veces el distrito se comunica información importante a través de un automatizado todo llamar o texto. Escriba dos números en la lista a continuación en la que desea recibir una llamada todos o notificación de texto. Anulación/retrasos se anunciarán por medio de texto, en la Página Web de la escuela y los medios de comunicación locales. Tipos de mensajes y datos pueden aplicar.

LLAMADA TODOS		TEXTO	
Nombre	Número de teléfono	Nombre	Teléfono celular #
	(   )		(   )
	(   )		(   )

**AUTORIZACIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA  
(REQUERIDO POR HB 639)**

**Propósito:** Para padres a autorizar el tratamiento de emergencia para los estudiantes que se convierten en enfermos o heridos mientras bajo autoridad de la escuela. Haciendo una lista de contactos de emergencia adicionales, están dando permiso para que el contacto pueda recoger a su estudiante de la escuela en caso de enfermedad o lesión un padre o tutor debe.

**NÚMEROS de contacto de emergencia (mínimo 2 contactos y proporcionar sólo aquellos contactos que son diferentes de los mencionados)**

NOMBRE	RELACIÓN	TELÉFONO DURANTE EL DÍA	NÚMERO DE TELÉFONO
1.		<input type="checkbox"/> Célula <input type="checkbox"/> casa <input type="checkbox"/> trabajo	(   )
2.		<input type="checkbox"/> Célula <input type="checkbox"/> casa <input type="checkbox"/> trabajo	(   )

Por favor  la opción que mejor describe el estado del estudiante militar identificador de estudiante. Si este estado cambia durante el año escolar, por favor notifique a la oficina de la escuela de su hijo.

**Situación militar:**

- Servicio activo** – el estudiante es dependiente de un miembro de las fuerzas activas del servicio (ejército, armada, fuerza aérea, Infantería de marina o Guardacostas).
- Guardia Nacional** – el estudiante es dependiente de un miembro del protector nacional (Guardia Nacional del ejército o Guardia Aérea Nacional).
- no aplicable** (no estudiante militar)

**SERVICIOS ESPECIALES**

¿Ha recibido su hijo cualquiera de los siguientes servicios? **(Por favor  todos que aplican)**

- Educación dotado                                   IEP - Plan de Educación Individual                   Alojamiento individualizado 504 Plan
- Evaluación multifactorial/psicológica                                   LEP – plan de dominio limitado del inglés

## AUTORIZACIÓN DE INSCRIPCIÓN PREESCOLAR

Autorizo a las siguientes acciones para ser incluidas en la lista de padres:

- Nombre de mi hijo     Sí     No  
 Nombre de la familia     Sí     No  
 Números de teléfono     Sí     No  
 Exentos de las vacunas debido a la convicción religiosa:     Sí     No  
 Registros de inmunización infantil conectados:     Sí     No

**Lista de clase anual :** Cada año el programa prepara una lista para cada grupo de niños. Esta lista no se entregará a cualquier persona que no sea de los padres de los niños inscritos en nuestro programa.

Célular     casa     trabajo

MEDICAMENTO (S):	ALERGIAS:

**Es muy importante proporcionar información sobre las condiciones existentes que puedan afectar a su hijo en la escuela ni historial médico pertinente.** \_\_\_\_\_

que **GRANT** consentimiento para tratamiento médico de mi hijo.

En el caso de intentos razonables para ponerse en contacto conmigo no han tenido éxito, por este medio doy mi consentimiento para que (1) la administración de cualquier tratamiento que se considere necesario por un médico con licencia o un dentista y (2) la transferencia de mi hijo al hospital \_\_\_\_\_ o cualquier hospital razonablemente accesible. Esta autorización no cubre cirugía mayor a menos que las opiniones médicas de dos otros médicos con licencia o dentistas, coincidiendo en la necesidad de dicha cirugía, se obtienen antes de la cirugía se realiza.

Por la presente doy mi consentimiento para que se llame a los siguientes proveedores de atención médica:

**El nombre del doctor:** \_\_\_\_\_ **Número de teléfono del doctor** \_\_\_\_\_

**Nombre del dentista:** \_\_\_\_\_ **Número de teléfono del dentista** \_\_\_\_\_

**NO OTORGÓ CONSENTIMIENTO** para el tratamiento médico de mi hijo. En caso de enfermedad o lesión que requiera tratamiento de emergencia, deseo que las autoridades escolares tomen las siguientes medidas: \_\_\_\_\_

*Firma del Padre / Tutor:* \_\_\_\_\_ *Fecha:* \_\_\_\_\_

La falsificación bajo la sección 2921-13 del Código Revisado de Ohio es un delito menor de primer grado punible con un máximo de seis (6) meses de prisión o una multa de \$ 1,000 o ambos. La información solicitada es obligatoria según el Sistema de Información de Administración de la Educación del Senado ORC Bill 140 (Secciones 3301-0714).

### ~For LCS Office Use Only~

Parent Code Word: \_\_\_\_\_ Enrollment Date: \_\_\_\_\_

Student ID # \_\_\_\_\_ Grade: \_\_\_\_\_  AM     PM

Admit from IRN # \_\_\_\_\_ Non-Resident IRN # \_\_\_\_\_



## **AUTORIZACIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA (REQUERIDA POR HB 639)**

Nombre del Estudiante \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
Teléfono \_\_\_\_\_ Maestra \_\_\_\_\_ AM \_\_\_\_\_ PM \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

**PROPÓSITO:** Permitir que los padres / tutores legales autoricen el tratamiento de emergencia para los estudiantes que se enferman o lesionan mientras están bajo la autoridad de la escuela. Al ennumerar contactos de emergencia adicionales, usted está dando permiso para que ese contacto recoja a su estudiante de la escuela en caso de una enfermedad o lesión en caso de que un padre / tutor no esté disponible. Entiendo que la información médica proporcionada en este formulario se compartirá con el personal de la escuela que interactúa con mi estudiante para garantizar su seguridad en la escuela, a menos que indique lo contrario.

### **NÚMEROS DE CONTACTO DE EMERGENCIA (MÍNIMO 2 CONTACTOS)**

	Nombre	Hogar #	Celular #	Trabajo #	Relación con el estudiante
1.					
2.					
3.					
4.					

### **INFORMACIÓN MÉDICA IMPORTANTE**

**POR FAVOR, ENLISTE CUALQUIER historial médico pertinente o información sobre las condiciones existentes que puedan afectar a su estudiante en la escuela, incluyendo alergias, medicamentos, condiciones médicas actuales, y cualesquiera impedimentos físicos a los que la escuela debe estar alerta:**

---

---

---

**Si usted da su consentimiento llene la Parte 1. Si usted no da su consentimiento llene la Parte 2.**

#### **PARTE I - para conceder IMIENTO**

Por este medio dar su consentimiento para los siguientes proveedores de atención médica y hospitales locales para ser llamado:

<b>Médico:</b> Teléfono:	<b>Dentista:</b> Teléfono:	<b>Hospital Local preferido:</b> Teléfono:
-----------------------------	-------------------------------	-----------------------------------------------

En los intentos razonables de eventos para ponerse en contacto conmigo no han tenido éxito, Por la presente doy mi consentimiento para (1) la administración de cualquier tratamiento considerado necesario por el médico mencionado anteriormente, o en el caso de que el médico designado no esté disponible, por otro médico o dentista con licencia; y (2) la transferencia del estudiante a cualquier hospital razonablemente accesible. Esta autorización no cubre la cirugía mayor a menos que se obtengan las opiniones médicas de otros dos médicos u odontólogos con licencia, que coincidan con la necesidad de dicha cirugía, antes de la realización de dicha cirugía.

FIRMA DEL PADRE / TUTOR: \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

#### **PARTE II - RECHAZO AL CONSENTIMIENTO DE LA CONCESIÓN**

No doy mi consentimiento para el tratamiento médico de emergencia de mi estudiante. En caso de enfermedad o lesión que requiera tratamiento de emergencia, deseo que las autoridades escolares tomen las siguientes medidas:

---

FIRMA DEL PADRE / TUTOR: \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_



# Historia de salud del estudiante



INFORMACIÓN PROPORCIONADA EN ESTE FORMULARIO SERÁ COMPARTIDA CON EL PERSONAL DE LA ESCUELA QUE INTERACTÚE CON SU HIJO PARA ASEGURAR SU SEGURIDAD EN LA ESCUELA A MENOS QUE USTED DECIDA LO CONTRARIO

Apellido \_\_\_\_\_ Primer nombre \_\_\_\_\_ Segundo nombre \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ encierre uno : Masculino o Femenino Grado \_\_\_\_\_

### Las condiciones de salud, por favor marque los que aplican:

- anormal curva espinal (escoliosis, etc.)
- restricciones de actividad (escriba abajo)
- ADD / ADHD
- alergias (liste abajo)
- Anemia
- artritis
- asma, necesita inhaladores ? \_\_\_\_\_
- malformaciones congénitas de nacimiento
- hemorragia / trastornos de la sangre
- cáncer
- varicela – fecha de \_\_\_\_ de la enfermedad
- Fibrosis Quística
- Diabetes
- diarrea crónica o estreñimiento
- Eczema
- problemas emocionales
- enfermedades del corazón
- Hepatitis, tipo \_\_\_\_\_
- enfermedades renales
- lactosa /intolerante a la leche
- Paperas/sarampión/rubéola
- Meningitis / encefalitis
- fiebre reumática
- convulsiones, tipo \_\_\_\_\_
- enfermedad de células falciformes
- erupciones en la piel (frecuente)
- Tics / nerviosa tiembla
- infecciones del tracto urinario
- otros (liste abajo)

### Alergias (por favor enumerar y describir las alergias o reacciones)

Medicamentos alergias:
Alimentos y plantas / animales / otros:
Tratamiento recomendado para la reacción severa:

### Medicamentos

¿Qué medicamentos se le da todos los días?
Liste cualquier medicina de emergencia que su niño requiere (es decir, inhalador, epi-pen)

### Lesiones y enfermedades (por favor indique alguna lesión grave o enfermedad)

Lesión / enfermedad	Edad de niño	¿Hospitalizado(a)?

### Vision y Oido

infecciones frecuentes del oído \_\_\_\_\_ cuál oreja \_\_\_\_\_ ¿Su hijo tiene una reducción en la audición? \_\_\_\_\_  
 Explicar \_\_\_\_\_  
 P.E. Tubos \_\_\_\_\_ los tiene puestos \_\_\_\_\_ audífonos \_\_\_\_\_  
 Problema de visión \_\_\_\_\_ Tipo \_\_\_\_\_ usa anteojos \_\_\_\_\_ ambliopía u ojo vago \_\_\_\_\_  
 Cual ojo \_\_\_\_\_ último exámen \_\_\_\_\_ color ciego \_\_\_\_\_ ¿Sospecha de un problema de visión o audición? \_\_\_\_\_

Firma del padre \_\_\_\_\_ fecha \_\_\_\_\_

**Spanish | Apéndice A: Encuesta de uso del lenguaje**

Padres y tutores: Sólo complete esta página de la encuesta. El reverso de este formulario lo completará la escuela. Se requiere una encuesta de uso del idioma completa para todos los alumnos al momento de la inscripción en las escuelas de Ohio. Esta información servirá para que el personal de la escuela sepa si necesitan verificar el dominio de inglés de su hijo/a. Las respuestas a estas preguntas aseguran que su hijo/a reciba los servicios educativos necesarios para tener éxito en la escuela. La información no se usa para identificar condición de inmigración.

<b>Nombre del alumno:</b> <i>(nombre y apellido)</i> _____		<b>Fecha de nacimiento del alumno:</b> <i>(mm/dd/aaaa)</i> _____	
<b>Preferencias de comunicación</b> Indique su preferencia de idioma para que podamos proveer un intérprete o documentos traducidos sin costo cuando los necesite. Todos los padres tienen derecho a obtener información sobre la educación de sus hijos en un idioma que entiendan.		1. ¿En qué idioma(s) preferiría su familia comunicarse con la escuela? _____	
<b>Antecedentes del idioma</b> La información sobre los antecedentes del idioma de su hijo/a nos ayuda a identificar a los alumnos que cumplen las condiciones para recibir apoyo para desarrollar las habilidades lingüísticas necesarias para tener éxito en la escuela. Puede ser necesario realizar pruebas para determinar si se necesitan apoyos para aprender el idioma.		2. ¿Qué idioma aprendió primero su hijo/a? _____ 3. ¿Qué idioma usa más su hijo en casa? _____ 4. ¿Qué idiomas se usan en su casa? _____	
<b>Educación previa</b> Las respuestas sobre el país de nacimiento de su hijo/a y la educación anterior nos brindan información sobre los conocimientos y habilidades que su hijo está trayendo a la escuela y pueden permitir que la escuela reciba fondos adicionales para apoyar a su hijo/a.		5. ¿En qué país nació su hijo/a? _____ 6. ¿Ha recibido su hijo/a educación formal fuera de los Estados Unidos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, ¿cuántos años/meses? _____ En caso afirmativo, ¿cuál fue el idioma de instrucción? _____ 7. ¿Ha asistido su hijo a la escuela en los Estados Unidos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, ¿cuándo asistió su hijo por primera vez a la escuela en los Estados Unidos? _____ / _____ / _____ Mes                      Día                      Año	
<b>Información adicional</b> Comparta información adicional para ayudarnos a comprender las experiencias de idioma y los antecedentes educativos de su hijo/a.			
Nombre del padre/tutor: _____		Apellido del padre/tutor: _____	
Firma del padre/tutor: _____		Fecha de hoy: <i>(mm/dd/aaaa)</i> _____	

Gracias por brindar la información precedente. Comuníquese con su escuela u oficina del distrito si tiene preguntas sobre este formulario o sobre los servicios disponibles en la escuela de su hijo/a. Se puede encontrar información traducida sobre las obligaciones de derechos civiles de las escuelas con los estudiantes de inglés como segundo idioma y padres con dominio limitado del inglés en este enlace: <https://www2.ed.gov/about/offices/list/ocr/ellresources.html>



(Apéndice A, continuación)

**\*\*\*COMPLETADO POR EMPLEADO DE LA ESCUELA\*\*\***

1. **Marque.** Confirme las siguientes afirmaciones relacionadas con la administración de la encuesta de uso del idioma de Ohio:

- El distrito o escuela presentó la encuesta de uso del idioma, en la medida de lo posible, en un idioma y forma que el padre/madre o tutor comprendió.
- El distrito o escuela informó a el(los) padre(s) o tutor(es) acerca del propósito del formulario. La encuesta de uso del idioma solo se usa para entender las experiencias lingüísticas y los antecedentes educativos del alumno.
- El distrito o escuela registra información de la encuesta de uso del idioma en los registros correspondientes del Sistema de Información sobre la Gestión de la Educación (EMIS).
- Para los alumnos que se inscriben de otras escuelas y distritos de los Estados Unidos, los funcionarios de la escuela solicitan datos de encuestas de idioma anteriores y consultan la información cuando identifican estudiantes de inglés como segundo idioma.
- Los resultados de la encuesta de uso del idioma se guardan con los registros acumulativos del alumno y siguen al alumno si se transfiere a otro distrito o escuela.

2. **Anote.** Registre información adicional para ayudar en la revisión de la encuesta de uso del idioma.

3. **Registre.** Indique las respuestas de la encuesta de uso del idioma en la siguiente tabla. Consulte las [anotaciones de la encuesta de uso del idioma](#) en la página 2 para obtener ayuda sobre temas específicos.

<p><b>Lengua materna del alumno</b>  <small>Vea la pregunta 2 de la encuesta de uso del idioma.  Informe para <u>todos</u> los alumnos en el EMIS.</small></p>	<hr style="border: 0; border-top: 1px solid black;"/>
<p><b>Idioma que se habla en la casa del alumno</b>  <small>Vea la pregunta 3 de la encuesta de uso del idioma.  Informe <u>solo</u> para los estudiantes de inglés como segundo idioma en el EMIS.</small></p>	<hr style="border: 0; border-top: 1px solid black;"/>
<p><b>Estudiante de inglés como segundo idioma potencial</b>  <small>Vea las preguntas 2-4 de la encuesta de uso del idioma.</small></p>	<input type="checkbox"/> Sí. Evalúe el dominio del inglés del alumno. <input type="checkbox"/> No. No evalúe el dominio del inglés del alumno.
<p><b>Condición de inmigrante del alumno</b>  <small>Vea las preguntas 5-7 de la encuesta de uso del idioma. Informe para <u>todos</u> los alumnos en el EMIS.</small></p>	<input type="checkbox"/> Sí, el alumno es inmigrante. <input type="checkbox"/> No, el niño no es inmigrante.

4 **Valide.** Complete la siguiente información.

\_\_\_\_\_  
Firma del empleado de la escuela que valida

\_\_\_\_\_  
Fecha (mm/dd/aaaa)

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de molde del empleado de la escuela que valida

\_\_\_\_\_  
Nombre de la escuela o distrito escolar





# Lebanon City Schools preescolar y kindergarten físico



Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

**VACUNAS**

Fecha completa (día/mes/año) requerido por la ley de Ohio

**PRE ESCOLAR**

(4 DPT IPV 3 1 MMR, 3 HEP AITITIS B, 1 VARICELA, HIB 3-4)

**EDAD ESCOLAR**

(5 DPT, 4 IPV 2 MMR, 3 HEPATITIS B, 2 VARICELA )

FECHA	M/D/Y	M/D/Y	M/D/Y	M/D/Y
DPTO				
TD				
Pollo				
Contra el sarampión				
Papieras				
Rubéola				
HEP B				
TIB				
Varicela				
HIB				

**INFORME DENTAL**

The following services have been performed:

- Tratamiento con flúor
- Profilaxis Oral
- las radiografías
- Restauraciones

Las declaraciones siguientes son aplicables:

- se han realizado todos los servicios necesarios
- No servicios restaurativos se requieren en este momento
- Más tratamiento se indica
- Se han organizado citas de futuro

COMENTARIO: \_\_\_\_\_

**INFORME DEL MÉDICO**

**MARQUE UNO:**

\_\_\_\_\_ Enteramente dentro de límites normales

\_\_\_\_\_ Lista de las anomalías, problemas de salud y/o medicamentos con respecto a este estudio ante:

**PROYECCIÓN DE LA VISIÓN**

R \_\_\_\_\_ L \_\_\_\_\_

**EXAMEN DE AUDICIÓN**

R \_\_\_\_\_ L \_\_\_\_\_

Por favor explique si este estudiante no puede llevar a cabo un completo programa de actividades escolares:

**NECESARIOS PARA PREESCOLAR:**

- \_\_\_\_\_ Altura
- \_\_\_\_\_ Peso
- \_\_\_\_\_ Hematocrito
- \_\_\_\_\_ Hemoglobina
- \_\_\_\_\_ Pantalilla de plomo

Restricción de la actividad	SI	No
ADD/ADHD		
Alergias		
Asma		
Malformación de nacimiento, congénito		
Desorden de la sangre		
Preocupación del intestino/Ajéjiga		
Varicela		
Fibrosis quística		
Diabetes		
Dolor de oídos		
Preocupaciones emocionales		
Problemas de audición		
Condición del corazón		
Hospitalizaciones		
Hepatitis infecciosa		
Lesiones		
Enfermedad del riñón		
Convulsiones		
Condición de la piel		
Cirugía		
TICs nervioso fasciculaciones		
Preocupación de ir al baño		
Otras enfermedades		
<b>COMENTARIO:</b>		
_____		
_____		
_____		
_____		
_____		
_____		
_____		

Firma del médico \_\_\_\_\_

fecha \_\_\_\_\_

Responsabilidad a los padres/tutores: La información solicitada en este formulario es de ayuda a la escuela para determinar el estado de salud de su hijo y en la asistencia el estudiante recibe los máximos beneficios de sus oportunidades educativas. Esta información de salud se comparará con otro personal escolar, a menos que usted indique lo contrario.

**ANTECEDENTES MÉDICOS**



**Lebanon City Schools • aportacion de padres para colocación de clase KG y Pre-Kinder**

COMPLETAR ESTE FORMULARIO Y COMPARTIR ESTA INFORMACIÓN ES OPCIONAL

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Sobrenombre del estudiante (si existe): \_\_\_\_\_

Nombre de los padres: \_\_\_\_\_ # Contacto de los padres: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Año escolar: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ Experiencia en pre-K: No o Si: Si, número de años: \_\_\_\_\_

Maestro de la escuela actual: \_\_\_\_\_ La escuela actual: \_\_\_\_\_

¿Alergias? No o Si: Si sí, ¿a qué él o ella es alérgico? \_\_\_\_\_

A) Lista de las tres características que más valoro en su estudiante o profesor en el ambiente de la escuela:

\_\_\_\_\_

B) El niño tiene hermanos? Mayores \_\_\_\_\_ Menores \_\_\_\_\_ Cuates/Gemelos \_\_\_\_\_

C) Qué actividades participa su hijo en? (Danza, fútbol, escuela dominical, etcetera.)

\_\_\_\_\_

D) Si existen circunstancias que requieren su estudiante a ser separado de otro estudiante, por favor indicar el nombre del estudiante qui: \_\_\_\_\_

E) Por favor describa rasgos de la personalidad de su hijo y cualquier información adicional que le gustaría proporcionar para tener en cuenta al colocar a su hijo (NO pida que su hijo sea colocado con un maestro(a) específico o con amigos):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**POR FAVOR DEVUELVA ESTA HOJA CON SU INFORMACIÓN DE REGISTRO.**

**¡Gracias!**

**USO DE OFICINA SOLAMENTE – KG PROFESOR: \_\_\_\_\_ AM PM**



## Proyección de lenguaje preescolar

Estimados padres,

En junio de 2012 una ley llamada el 316 de ley del Senado de Ohio fue firmada en ley, que incluye un "tercer grado garantía en lectura". Dice que los estudiantes que ingresan al tercer grado en el 2013-2014 o después deben anotar o estar por encima de un nivel específico en tercer grado en la evaluación de lectura de Ohio para lograr avanzar a cuarto grado. Estamos a cargo de proporcionar intervención temprana y la construcción de habilidades de alfabetización para preparar a los estudiantes en el paso de esta evaluación.

Como edificio ofrecemos variadas intervenciones y programas de intervención para los estudiantes. Cada año consideramos a todos los estudiantes de dos programas de intervención de alfabetización centrada. Cuando se considera un estudiante nosotros completamos un examen de idioma que proporciona información adicional que nos ayuda a determinar si un estudiante se beneficiaría o se debe considerar para la programación específica.

Pedimos que los padres o tutores complete el siguiente formulario para que el distrito tenga permiso de hacer un examen a su hijo para problemas de habla o idioma de la pantalla si se considera necesario. En caso de que el niño es referido para una proyección se le notificará por el maestro de su hijo.

Si usted tiene preguntas con respecto a este proceso de selección por favor llame a Andrea Franz, la Secretaría de educación preescolar, en (513) 934-5489.

Nombre del niño: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del niño: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nombre del padre o tutor (s): \_\_\_\_\_

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

Número de teléfono del padre o tutor: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

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



# Solicitud de Inscripción Preescolar de las escuelas de la ciudad de Lebanon

## Información del estudiante

Nombre \_\_\_\_\_ segundo nombre \_\_\_\_\_ apellido \_\_\_\_\_

Padre (s) nombre (s) \_\_\_\_\_ fecha \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Teléfono de casa \_\_\_\_\_ Teléfono alternativo \_\_\_\_\_

(Encierre en un círculo) Género: masculino femenino      fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Encierre en un círculo su preferencia:** AM or PM

1. Situaciones en juego, mi hijo más a menudo: (encierra en un círculo *sólo uno*)

- a. juega sola(o), no demuestra conocimiento de los demás en la actividad.
- b. juega junto, pero "no realmente con" otros niños /
- c. interactúa con otros niños (por ejemplo juego de roles, toma parte en el juego, pretende , dialoga).

**Comentarios:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. Mi hijo es independiente (no requiere mi asistencia integral) con: (encierra en un círculo *todas las que aplican*)

comiendo

ir al baño

vendaje

**Comentarios:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. La mayoría de las veces, cuando me comunico con mi niño: (encierra en un círculo *todas las que aplican*)

- a. utiliza principalmente gestos para llamar la atención o pedir algo
- b. utiliza solo una palabra
- c. es difícil de entender
- d. pregunta
- e. utiliza dos o tres palabras
- f. puede participar en una conversación con frases largas
- g. utiliza oraciones sencillas
- h. habla de las propias ideas sin un adulto al comenzar una conversación
- i. inicia un saludo a los demás sin que le digan

**Comentarios:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. cuál de las siguientes se interesa su hijo: (encierra en un círculo *todas las que aplican*)

TV / Video Juegos

Equipos

Artes / manualidades

Juego imaginario  
(Casa / tienda)

Materiales de construcción  
(Legos / Duplos)

Clases  
(Gymboree / YMCA)

Juegos al aire libre

Otros: \_\_\_\_\_

¿5. cuál de las siguientes "experiencias de escuela" ha participado su hijo en? (encierre en un círculo todas las que aplican)

Centro ciudadano diurno

Escuela de la iglesia

Otra preescuela

Guardería casa

Clases

Grupo de juego

**Favor de proporcionar un número de teléfono y persona de contacto al cual nos da su permiso para llamar a:**

Persona de contacto: \_\_\_\_\_ teléfono \_\_\_\_\_

6. ¿Qué comentarios has recibido sobre el desarrollo y comportamiento (niñeras, proveedores de cuidado de niños, maestros de escuela dominical, etcetera) de su hijo? \_\_\_\_\_

---

---

---

7. Por favor, indique cualquier área que usted tiene una preocupación por el desarrollo o rendimiento de su hijo.

Conversar	Buenas habilidades motoras	Habilidades motoras fuertes	Emoción social	Comportamiento
-----------	----------------------------	-----------------------------	----------------	----------------

Por favor explique: \_\_\_\_\_

---

---

---

8. ¿Como escuchaste sobre nuestro programa? \_\_\_\_\_

---

9. Proporcione cualquier otra información que debamos tener en cuenta para poder trabajar de manera eficaz con su hijo. \_\_\_\_\_

---

---

---