

INSCRIPCIONES DE PRE-K DEL SISTEMA ESCOLAR DEL CONDADO DE APPLING
DEBIDO A COVID-19, POR FAVOR, ENVÍE POR CORREO LA SOLICITUD COMPLETA CON LOS DOCUMENTOS
REQUERIDOS A LA DIRECCIÓN MENCIONADA A CONTINUACIÓN.

APPLING COUNTY BOARD OF EDUCATION
ATTENTION: PRE-K REGISTRATION
249 BLACKSHEAR HWY
BAXLEY, GA 31513

Las solicitudes de Pre-K para las escuelas de Appling County Primary School, Altamaha Elementary School, y Fourth District Elementary School serán aceptados para revisión por orden en que se reciban con la solicitud completa y los documentos requeridos. Las solicitudes deben enviarse por correo el día 12 de abril de 2021 y después. La fecha del sello postal en el sobre determinará el orden en que se procesan las solicitudes. Las solicitudes incompletas y/o que no tengan los documentos requeridos, se pondrán en una lista de espera.

Para el 2021-2022 año escolar, los niños deben tener 4 años de edad en o antes del 1 de septiembre, 2021 para poder participar en el programa del Pre-K. Cuando se llenen los asientos para los sitios designados, las solicitudes se colocarán en una lista de espera hasta que haya más asientos disponibles. Por favor incluya su correo electrónico y número de teléfono en la aplicación en la que usted puede ser contactado. El estado de su solicitud será confirmado por correo electrónico dentro de diez días después de que su solicitud sea recibida.

Los padres/tutores legales deben indicar la escuela de preferencia en la esquina superior derecha de la primera página en la solicitud de Pre-K. **Si desea transportar a su hijo a una escuela fuera de la zona escolar de su domicilio, complete el documento separado titulado "Formulario Para La Elección Anual De Transferencia Para Los Padres Del Sistema Educativo Del Condado De Appling" y lo incluye con su solicitud de Pre-K.**

Los padres/tutores legales deben enviar copias de los documentos enumerados a continuación con la solicitud de Pre-K completada. Si los padres/tutores no tienen acceso a una fotocopidora, envíe por correo electrónico fotografías de documentos o archivos adjuntos a tori.white@appling.k12.ga.us.

1. Acta de Nacimiento
2. Tarjeta de Seguro Social
3. **Comprobante de Domicilio** (Requerimos una copia de su **factura de agua, gas o electricidad**. Por favor asegúrese de que la factura esté a nombre de los padres/tutores del niño. Si no está en su nombre, adjuntado con la factura, requerimos una carta notariada de la persona que esta nombrado/a en la factura. Tendrán que afirmar que el padre/tutor y el niño viven en la dirección indicada en la factura.)

SOLO, SI LE CORRESPONDE

4. **Copia de su tarjeta de Medicaid, Amerigroup, o Wellcare** (Esto **SOLO** es requerido si su hijo/a recibe una forma de Medicaid)
5. **Formulario Para La Elección Anual De Transferencia Para Los Padres Del Sistema Educativo Del Condado De Appling** (Esto **SOLO** es requerido si los padres/tutores legales van a transportar su hijo(a) a la escuela de su preferencia afuera de su zona escolar en que le corresponde.)

El 12 de abril de 2021, las solicitudes de Pre-K se publicarán en el sitio web de la Junta de Educación del Condado de Appling en <http://appling.k12.ga.us/>. Además, las copias impresas estarán disponibles en la Junta de Educación del Condado de Appling durante el día escolar.

Todos los niños ACEPTADOS en el Programa de Pre-K del Condado de Appling recibirán un CORREO ELECTRÓNICO de confirmación de inscripción antes del 12 de julio de 2021.

Para más información, por favor de enviar un correo electrónico a Cheryl Barlow al cheryl.barlow@appling.k12.ga.us.



OFFICE USE ONLY
 ¿Su hijo/a ira a cual escuela?
 ACP AES FDES

Parent's Zone of Preference:
Zona de preferencia de los Padres:
 ACP AES FDES

SISTEMA ESCOLAR DEL CONDADO DE APPLING
Solicitud para Pre kínder Aplicación # _____

Nombre Legal del niño/a _____ **Fecha de nacimiento** _____
 Nombre al cual el niño responde _____
 Numero de seguro social _____ **Negar** _____ **Sexo** _____ **Raza** _____
 Dirección de hogar _____ **Ciudad** _____
 Código Postal _____ **Numero de teléfono:** _____
 Dirección de correo _____
****Dirección de correo electrónico** _____

Padre _____ **Fecha de nacimiento** _____
 Dirección _____ **Numero de teléfono:** _____
 Lugar de Empleo _____ **Numero de teléfono:** _____

Madre _____ **Fecha de nacimiento** _____
 Dirección _____ **Numero de teléfono:** _____
 (Si diferente del padre)
 Lugar de Empleo _____ **Numero de teléfono:** _____

Estado civil: ___ Casado/a ___ Soltero/a ___ Divorciado/a ___ Viudo/a
EI/La niño/a vive con: ___ Ambos padres ___ La Madre ___ El Padre ___ Tutor legal ___ Alguien mas
Tutor legal del niño/a (en lugar de los padres) _____

¿Hay requisitos de custodia en cual prohíbe alguna persona a recoger a su hijo/a del la escuela?
 (Por favor entregue una fotocopia de los documentos)
 Si ___ No ___ **Especifique:** _____
 Dirección _____ **Numero de teléfono** _____
 Lugar de Empleo _____ **Numero de teléfono** _____

DOCUMENTS REQUIRED*** (Office Use Only)***** (Office Use Only)*******

<u>Documentation:</u>	<u>Date Received:</u>	<u>Pending:</u>	<u>Documentation:</u>	<u>Date Received:</u>	<u>Pending:</u>
Appling County Registration Form	_____	_____	Immunization & EEDN	_____	_____
BFTS Registration Form	_____	_____	Acknowledgement Form	_____	_____
Waiting List Information Form	_____	_____	Home Language Survey	_____	_____
Birth Certificate Copy	_____	_____	IF APPLICABLE FORMS		
Social Security Card Copy	_____	_____	Five-Year-Old Waiver	_____	_____
Medicaid/Amerigroup/Wellcare Card Copy	_____	_____	Social Security Waiver	_____	_____
Proof of Appling Residency	_____	_____	Intradistrict Form	_____	_____
(Copy of gas bill, water bill, or electricity bill)			(if out of address zone)		

PREKINDERGARTEN APPLICATION PAGE 2 – FOR PARENT OR GUARDIAN TO COMPLETE

Contactos de Emergencia (NO LOS MISMOS CONTACTOS DE ARRIBA)

1. Nombre Completo _____ Relación con el niño/a _____

Dirección _____ Número de teléfono _____

Empleador _____ Número de teléfono del trabajo _____

Numero de celular _____

2. Nombre Completo _____ Relación con el niño/a _____

Dirección _____ Número de teléfono _____

Empleador _____ Número de teléfono del trabajo _____

Numero de celular _____

Todos los miembros del hogar:

Nombre	Fecha de nacimiento	Relación del niño/a	Escuela que atiende (Si aplica)
---------------	----------------------------	----------------------------	--

_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Lenguaje que se habla en casa: _____

Información del programa:

¿Asiste o asistido su hijo/a una guardería o estudios preescolares? Si _____ No _____

¿Si indica que si, en que programa? _____

Nombre del doctor de su hijo/a: _____ Número de teléfono: _____

Compañía de seguro de salud y número de póliza _____

¿Tiene su hijo/a impedimentos en algunas de estas condiciones?

_____ Lenguaje/hablar _____ Oír _____ Vista _____ físico (especifique) _____

Otros impedimentos de salud (especifique) _____

¿Recibe o ha recibido servicios para sus impedimentos? _____ Si _____ No _____

¿Si indica que si, quien da o dio los servicios? _____

¿Toma medicamentos su hijo/a? _____ Si _____ No Si, ¿Cuál o cuáles? _____

¿Tiene su hijo/a alergias? _____ Si, ¿Alérgico/a a qué? _____

La enfermera de la escuela tal vez se comunique con usted antes del comienzo del año escolar.

Favor de marcar todos los servicios que la familia o su hijo/a recibe.

_____ Medicaid _____ TANF _____ Comida de la escuela gratis o bajo precio _____ Estampillas para comida _____ Peachcare

¿Cómo llegara su hijo(a) a la escuela y como se regresara de la escuela?

Por la mañana: _____ Padres OR Bus # _____ En la tarde: _____ Padres OR Bus # _____

MANTENIMIENTO DEL NIÑO(A)

ARREGLOS DE VIVIENDA DEL NIÑO(A): () AMBOS PADRES () MADRE () PADRE () OTROS ARREGLOS

GUARDIÁN LEGAL DEL NIÑO(A): () AMBOS PADRES () MADRE () PADRE () OTROS ARREGLOS

ADEMÁS DE LOS FIRMANTES DE ESTE ACUERDO, LAS SIGUIENTES PERSONAS PUEDEN RECOGER A MI NIÑO(A) :

NOMBRE

DIRECCIÓN

RELACIÓN

NOMBRE DEL MÉDICO O DE LA CLÍNICA DEL NIÑO(A) (PROVEEDOR PRIMARIO DE SERVICIOS DE SALUD DEL NIÑO(A)):

FECHA DE LA ÚLTIMA REVISIÓN MÉDICA:

TELÉFONO: ()

MI NIÑO(A) TIENE LA(S) SIGUIENTE(S) NECESIDAD(ES) ESPECIAL(ES):

MI NIÑO PUEDE NECESITAR LO(S) SIGUIENTE(S) AJUSTES ESPECIALES PARA SATISFACER SUS NECESIDADES EFECTIVAMENTE MIENTRAS ASISTE A ESTE CENTRO:

MI NIÑO(A) ESTÁ TOMANDO MEDICAMENTO(S) RECETADO(S) A LARGO PLAZO Y PARA USO CONTINUO Y/O TIENE LAS SIGUIENTE ALERGIAS, ENFERMEDADES, O PROBLEMAS DE SALUD:

Verifico que la antedicha información es correcta y cierta. Concedo por este medio el permiso para que la información proveída en esta forma de inscripción sea distribuida a los proveedores de Pre-K, al Departamento de Cuidado y Aprendizaje Tempranos (DECAL), y a ciertas agencias o entidades contratadas por los proveedores de Pre-K o DECAL, incluyendo pero no limitándose al Departamento de Educación del Estado de Georgia, a colegios/universidades.

FIRMA (PADRE/GUARDIÁN): _____

FECHA: _____

Autorización de Fotografía/Videograbación

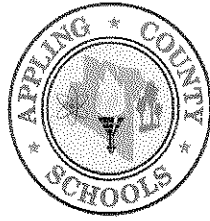
Autorizo por este medio al proveedor de Pre-K especificado abajo, al Departamento de Cuidado y Aprendizaje Tempranos (DECAL), y a ciertas agencias o entidades contratadas por el proveedor de Pre-K o DECAL, incluyendo pero no limitándose al Departamento de Educación del Estado de Georgia, y colegios/universidades, a grabar la participación de mi niño(a), _____, por medio de la fotografía y/o la videograbación, en relación a las actividades diarias de Pre-K, para propósitos de medios de comunicación, informes y para la determinación del progreso de mi niño(a) y del programa. Autorizo a DECAL y a sus contratistas para exhibir o distribuir tales fotografía(s) y/o videograbacione(s) en su totalidad o en parte, sin restricciones o limitaciones, para cualquier propósito educativo o promocional que DECAL juzgue apropiado. Tal fotografía(s) y/o videograbacion(es) pueden, por ejemplo, aparecer en los materiales impresos o visuales para el sitio web de DECAL. El suscrito, en conjunto y separadamente, absuelve, libera, y exonera al proveedor de Pre-K y a DECAL, y a otras entidades contratadas por el proveedor de Pre-K o DECAL de cualesquiera acciones, acuerdos, demandas, controversias, enjuiciamientos, responsabilidades y procesos, ya sea que se presentan en equidad o en derecho, con respecto a la participación y apariencia del susodicho niño(a). Esta autorización seguirá en efecto sobre todos los sucesores en interés y los representantes personales de los interesados, hasta donde la ley permita.

El Nombre/la Dirección del Proveedor de Pre-K : _____

Firma (Padre/Guardián) : _____

Fecha : _____

Appling County Board of Education



PROGRAMA DEL PRE KINDER DEL CONDADO DE APPLING

FORMULARIO DE RECONOCIMIENTO PARA LAS INMUNIZACIONES Y EVALUACIONES DE OJO, OIDO, DENTAL Y NUTRICION (EEDN)

En el comienzo de cada año escolar, el Programa del Pre Kinder del Condado de Appling es **requerido** que **cada** estudiante tenga su **Certificado de Inmunizaciones/Vacunas del DHR (Formulario 3231)** y un **Certificado de las Evaluaciones de Ojo, Oído, Dental, y Nutrición (Formulario 3300)** para su registro permanente. Esto asegura que todos los estudiantes de Pre Kinder no tengan limitaciones físicas que podrán limitar su éxito en la escuela. Si no se prestar la documentación para el registro permanente, su estudiante podrá ser removido del programa. **Usted podrá tener las inmunizaciones/vacunas y evaluaciones completadas por el pediatra de su hijo/a O por nuestro departamento de salud local.** Las Inmunizaciones/Vacunas podrán ser administradas durante el verano, con que el Formulario 3231 este marcado como "completo para la escuela" y entregado durante las primeras semanas de la escuela.

Si usted elige el Departamento de Salud del Condado de Appling para completar las evaluaciones de su hijo/a, el costo será \$7.50 por cada evaluación o \$25.00 por los cuatro, al menos que estén cubiertos por seguridad. **Por favor hagan una cita comenzando la próxima semana.** Si elige tener su pediatra completar los formularios, el costo será a la discreción de su doctor.

Adicionalmente, por favor complete y firme el siguiente formulario. Si tiene alguna pregunta acerca de esta información, por favor llame al 912-367-8821. Le agradecemos con avance su cooperación en este asunto.

Opción #1

_____ Elijo que el Departamento de Salud del Condado de Appling complete las inmunizaciones y las evaluaciones de detección de mi hijo, el costo será de \$7.50 por evaluación, \$25.00 por las cuatro evaluaciones, y los costos de vacunación pueden variar dependiendo del seguro. **Soy responsable de hacer las citas de mi hijo.** El formulario 3231 y el formulario 3300 deberán completarse y entregarse en las primeras semanas de clases.

Opción #2

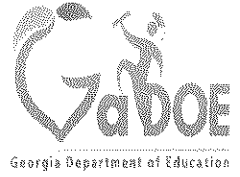
_____ Elijo que la oficina del pediatra de mi hijo complete las inmunizaciones y las evaluaciones de EEDN de mi hijo. **Entiendo que el costo será a la discreción del doctor y soy responsable de hacer las citas de mi hijo.** El formulario 3231 y el Formulario 3300 deberán completarse y entregarse en las primeras semanas de clases.

Aplicación # _____

Nombre del Estudiante: _____

Firma del Padre/Guardián: _____

Georgia Department of Education
ESOL Unit



Encuesta obligatoria en el idioma nativo

Estimado padre o tutor:

Para proporcionarle a su hijo la mejor educación posible, debemos determinar qué tan bien habla y entiende el inglés. Esta encuesta ayuda al personal de la escuela a determinar si su hijo puede ser un candidato para recibir apoyo adicional en inglés. La calificación final para el apoyo idiomático está basada en los resultados de una prueba en inglés.

Gracias.

Nombre del estudiante (información obligatoria):

Antecedentes idiomáticos (preguntas obligatorias):

1. ¿Qué idioma su hijo entiende y habla mejor?

2. ¿Qué idioma su hijo habla con mayor frecuencia en el hogar?

3. ¿Qué idioma usan con mayor frecuencia los adultos del hogar cuando hablan con el niño?

Idioma para la comunicación con la escuela:

4. ¿En qué idioma prefiere recibir la información escolar?

Firma del padre/tutor/otro

Fecha