Sheridan Early Childhood Center

4107 South Federal Blvd.
Sheridan, CO 80110
Ph. 720-833-6600 Fax. 1-720-246-2918
E: SheridanECC@ssd2.org

Solicitud de Ingreso Preescolar

Esta es una solicitud de ingreso de su niño al Centro Preescolar de Sheridan. Aquí encontrará la solicitud de ingreso, historia de salud, y formularios de examen físico y dental los cuales deberán completarse y entregarse antes de que empiecen las clases.

Al momento de entregar estos formularios, necesitaremos que traiga el acta de nacimiento de su hijo, el record de vacunas actualizadas y prueba de ingresos económicos. Si ambos padres tienen empleo, necesitaremos prueba de ingresos de los dos. Luego de entregar estos documentos programaremos una entrevista con las coordinadoras del programa.

Asegúrese de completar todos los formularios completamente. No podremos procesar esta solicitud si no está completa. Haga las citas con el médico y dentista tan pronto como sea posible.

Muchas Gracias

Por favor entregue los siguientes documentos con su solicitud:

_____ Acta de Nacimiento
_____ Record de Vacunas
_____ Prueba de Ingresos (impuestos del año pasado o 3 meses de pago)
_____ Prueba de Domicilio
_____ Examen Medico
_____ Examen Dental

El idioma principal del niño es _____.

Sheridan Early Childhood Center

4107 South Federal Blvd.
Sheridan, CO 80110
Ph. 720-833-6600 Fax. 1-720-246-2918
E: SheridanECC@ssd2.org

Estimados Aplicantes,

Muchas gracias por su interés en el Centro Prescolar de Sheridan. Nos gustaría explicarle algunos de los elementos de nuestro programa en el proceso de inscripción. En primer lugar, el centro Prescolar de Sheridan es un programa integral de alta calidad para niños pequeños y sus familias. Tenemos tres fuentes de financiación diferentes; Head Start, Programa de Prescolar Colorado (CPP) y Educación especial Infantil Colorado.

Hay requisitos para calificar para nuestro programa. Un requisito clave es que los niños deben tener al menos 3 años de edad en o antes del 1 de octubre al aplicar a nuestra escuela. Los niños que cumplen 5 años antes del 1 de octubre no son elegibles para el ECC, pero se les dará una aplicación para nuestro programa de kindergarten en Alice Terry. A continuación, se muestra un esquema del proceso de inscripción:

1. Entregar una aplicación completa que incluye lo siguiente:
    - El acta de nacimiento del niño
    - Documentación de las vacunas del niño
    - Documentación del examen físico actual del niño – no más de un año atrás
    - Documentación del examen dental actual del niño – no más de un año atrás
    - Documentación de la dirección que puede ser:
        - Factura de servicios públicos con su nombre en el: electricidad, gas, alcantarillado o basura
        - Contrato de alquiler con su nombre en él.

2. Una vez completa la solicitud, se entregará al ECC, y se le invitará a asistir a un "día de entrevista". Ese día, se hará una entrevista familiar y una entrevista del niño. En la entrevista familiar, el personal discutirá los antecedentes familiares de su hijo y de su familia. A su hijo se le va a invitar a venir a jugar con nosotros para observar sus habilidades de desarrollo.

3. A continuación, el comité de inscripciones revisará las aplicaciones y asignará los niños a los distintos salones o pondrá a su hijo en una lista de espera si no hay vacantes. Una vez que la escuela ha comenzado, las entrevistas familiares se llevan a cabo trimestralmente.

4. Las cartas de aceptación se enviarán por correo a finales del mes de julio. La carta tendrá los nombres de los maestros de su hijo y la información del día de "inicio del programa."

Sheridan Early Childhood Center

4107 South Federal Blvd.
Sheridan, CO 80110
Ph. 720-833-6600 Fax. 1-720-246-2918
E: SheridanECC@ssd2.org

El Centro Prescolar de Sheridan establece una base sólida para el aprendizaje de los niños y sus familias. Creemos que los miembros de la familia son los primeros y más influyentes maestros de un niño. Por lo tanto, necesitaremos que al menos un integrante de la familia del niño pueda participar de las siguientes maneras:

- **Énfasis en la asistencia**- Esperamos que cada niño asista a las escuelas un mínimo de 85% del tiempo.
- **Enfoque en la alfabetización** — Esperamos que las familias lean y exploren los libros todos los días con su hijo.
- **Voluntarios**- Esperamos que las familias apoyen la experiencia educativa de sus hijos a través del voluntariado. Tenemos numerosas oportunidades de voluntariado en función de su disponibilidad de horario y nivel de comodidad.
- Reu**niones de familias y de la comunidad**- Esperamos que las familias participen en las numerosas oportunidades para el desarrollo y enriquecimiento en nuestro programa.
- **Educación de familia**- Esperamos que las familias apoyen la experiencia educativa de sus hijos en el ECC, participando en las visitas a domicilio, asistiendo a las conferencias de padres y maestros, viniendo a las noches familiares, y a otras actividades que conectan a los niños a una experiencia educativa.

Gracias de nuevo por explorar las oportunidades que el Centro Prescolar de Sheridan les ofrece a los niños dentro de la comunidad. Si usted tiene más preguntas, por favor no dude en ponerse en contacto conmigo o con el auxiliar administrativo.

Gracias,

Aimee Chapman
Directora del
Centro Preescolar Sheridan
Englewood CO 80110
Teléfono 720-833-66

Date Received ____________________

Start Date ______________________

SHERIDAN SCHOOL DISTRICT

DISTRITO ESCOLAR DE SHERIDAN

STUDENT NAME: ______________________ **STUDENT ID #** ________________ **Grade** ____
Nombre del Estudiante *# ID DEL ESTUDIANTE* *Grado*

*************************** ************************************

Office Use Only

NEW STUDENT APPLICATION

APLICACIÓN PARA NUEVOS ESTUDIANTES

Uso de la Oficina

☐ **IN DISTRICT** *DENTRO DEL DISTRITO*

☐ **OUT OF DISTRICT** *** *FUERA DEL DISTRITO*

We must have the following BEFORE beginning school...

Necesitamos lo siguiente ANTES de comenzar la escuela....

___ **Completed Application**
Aplicación Completa

___ **Proof of Address (Property Bill/Contract)**
Comprobante de Domicilio (pago o contrato de la propiedad)

___ **Birth Certificate**
Acta de Nacimiento

___ **Special Services/IEP (If Applicable)**
Servicios Especiales/IEP (si es aplicable)

___ **Immunizations/Medical or Non-Medical Exemption**
Cartilla de Vacunación/Exención Médica o no Médica

___**Custody Papers (If Applicable)**
Papeles de custodia si es aplicable

*** ___**Most Recent Grade Card** ____ **Most Recent Attendance Report** ____ **Behavior Report*****
___**Tarjeta más reciente de Calificaciones** _____**Reporte más reciente de Asistencia** ___**Reporte de conducta**

Sheridan School District No. 2 is an equal opportunity educational institution and does not unlawfully discriminate on the basis of race, age, gender, color, sex (which includes gender identity), sexual orientation (which includes marital status), religion, national origin, ancestry, creed, disability or need for special education services, genetic information or conditions related to pregnancy or childbirth. Inquiries concerning Title VI, Title IX, Section 504 and ADA may be referred to Jenny Pilger, Special Education Director (720) 833-6601, jpilger@ssd2.org or, Patrick Sandos, Superintendent, (720) 833-6620, psandos@ssd2.org., 4150 S Hazel Ct., Englewood Colorado, 80110 or to the office of Civil Rights, U.S. Department of Education, Region VIII, Federal Office Building, 1244 North Speer Blvd., Suite 310, Denver, Colorado, 80204, (303) 844-2991.

El Distrito Escolar de Sheridan No. 2 es una institución educativa que ofrece igualdad de oportunidades y no discrimina fuera de la ley en base a raza, edad, género, color, sexo (que incluye la identidad de género), orientación sexual (que incluye el estado civil), religión, nacionalidad, descendencia, credo, discapacidad o que tiene necesidad de servicios de educación especial, información genética o condiciones relacionadas con embarazo o parto. Las preguntas relacionadas al Título VI, Título IX, Sección 504, ADA pueden ser referidas a Jenny Pilger, Directora de Educación Especial al (720) 833-6601 o a Patrick Sandos, Superintendente, (720) 833-6620, psandos@ssd2.org., 4150 S Hazel Ct., Englewood Colorado, 80110 o a la oficina de Derechos Civiles, Departamento de Educación de EE.UU., Región VIII, Edificio de la Oficina Federal, 1244 North Speer Blvd., Suite 310, Denver, Colorado, 80204, (303) 844-2991.

STUDENT REGISTRATION FORM

DISTRITO ESCOLAR DE SHERIDAN
FORMA DE INSCRIPCION PARA ESTUDIANTES

____ **EARLY CHILDHOOD CENTER**	____**FORT LOGAN NORTHGATE 6 - 8**
_____ **ALICE TERRY ELEMENTARY**	____ **SHERIDAN HIGH SCHOOL**
____ **FORT LOGAN NORTHGATE 3 - 5**	____ **SOAR ACADEMY**

Grade Entering _____
Grado al que Ingresa

Student's Legal Name: _____
Nombre del Estudiante *(Last) Apellido* *(First) Nombre* *(Middle) 2do nombre*

Gender (M/F) _____ Birth Date: _____ Place of Birth: _____

Sexo *Fecha de Nacimiento* *Lugar de Nac.* *(City) Ciudad* *(State or Nation) Estado o País*

Please answer BOTH of the following questions.

REQUIRED - SE REQUIERE
MUST CHECK ONE of the following Ethnicities: ***DEBEN MARCAR UNA de las siguientes categorías étnicas***

_____ Hispanic or Latino *(Hispano o Latino)* _____ Not Hispanic or Latino (*No Hispano o Latino)*

REQUIRED SE REQUIERE
MUST CHECK ONE OR MORE that apply ***POR FAVOR MARQUEN UNO O MAS a las que aplican***

Racial categories: *Categorias Raciales:*

_____American Indian or Alaskan Native (*Indio Americano o Nativo de Alaska)*
_____Asian *(Asiático)*
_____Black or African American *(Negro o Afro Americano)*
_____White (or of Spanish origin) *Blanco (o de origen hispano)*
_____Native Hawaiian or Other Pacific Islander
(Nativo Hawaiano o de otras Islas del Pacifico)

School transferring from: _____ City and State _____
Escuela de donde es Transferido *Ciudad y Estado*

How many consecutive years has student been enrolled in US? _____ What month and year? _____ in Colorado? _____ What month and year? _____
¿Cuántos años consecutivos ha estado su niño inscrito en una escuela en Estados Unidos? Mes y año *en Colorado?* *Mes y Año*

Has your student attended Sheridan Schools in the past? _____Yes _____No Is this student a refugee? _____Yes _____No
¿Su estudiante ha asistido a las escuelas de Sheridan en el pasado? Si No ¿Es un estudiante refugiado? Si No

Has student ever been enrolled in Special Education/Gifted & Talented programs? _____Yes _____No
¿Su estudiante ha estado inscrito en un programa de Educ. Especial o para Niños Dotados? Si No

If Yes, which one? _____**Special Ed. (IEP)** _____**G/T** _____**504** _____**Reading Program**
¿Si contesto Si, en cual? Educ. Especial (IEP) G/T 504 Programa de Lectura

Household Address:

Domicilio de la Familia

(Number) *Número* **(Street)** *Calle* **(Apt #)** **(City)** *Ciudad* **(State)** *Estado* **(Zip)** *Código Postal*

Main Phone: _____
Número de Teléfono Principal

Parent/Legal Guardian Demographic Data
Datos Demográficos del los Padres/Tutores Legales

Adult Name *(Nombre del adulto)*: _____
Relationship *(Relación)*: _____
Employer *(Lugar de Trabajo)*: _____
Work Phone *(Teléfono del Trabajo)*: _____
Cell Phone *(Teléfono Celular)*: _____
E-Mail Address *(Dirección Electrónica)*: _____

Adult Name *(Nombre del Adulto)*: _____
Relationship *(Relación)*: _____
Employer *(Lugar de Trabajo)*: _____
Work Phone *(Teléfono del Trabajo)*: _____
Cell Phone *(Teléfono Celular)*: _____
E-Mail Address *(Dirección Electrónica)*: _____

Marital Status: ___Married ___Divorced ___Separated ___Single ___ Widow
Estado Civil *Casado* *Divorciado* *Separado* *Soltero* *Viudo*

Student Resides With:
El Estudiante Vive con:

_____Both Parents *(Ambos Padres)*
_____Mother Only *(Solo con la Madre)*
_____Mother & Stepfather *(Madre y Padrastro)*
_____Father Only *(Solo con el Padre)*
_____Father & Stepmother *(Padre y Madrastra)*
_____Other Relative *(Otro Familiar)*
_____Legal Guardian *(Tutor Legal)*
_____Foster Parent *(Padres Adoptivos)*
_____Emancipate / Independent Student *(Emancipado/Estudiante Independiente)*

Please give names of all other adults living in the home if different from mother and father listed above:
Por favor, anote los nombres de otros adultos que viven en la casa aparte de la madre y padre nombrados arriba

1._____ 2._____

3._____ 4._____

All **Children Living in Household** *Todos Niños que viven en casa*	**School Attending** *Escuela que Asisten*	**Age**	***All*** **Children Living in Household** *Edad Todos Niños que viven en casa*	**School Attending** *Escuela que Asisten*	**Age** *Edad*
1			2		
3			4		
5			6		
7			8		

Emergency Contact *(Contacto de Emergencia)*: _____ Phone *(Teléfono)*: _____

Emergency Contact *(Contacto de Emergencia)*: _____ Phone *(Teléfono)*: _____

Name(s) of person(s) **other than parent and/or Emergency Contact**(s) to whom the student may/may not be released
(Please provide documentation for persons who may not pick up student):
Nombre(s) de persona(s) ***aparte de los padres y/o o Contacto de Emergencia*** *que pueden/no pueden recoger al estudiante. (Por favor, muestre documentación sobre las personas que no pueden recoger a un estudiante)*

1._____ (May / May Not) *(Puede/No puede)*
2._____ (May / May Not) *(Puede/No puede)*
3._____ (May / May Not) *(Puede/No Puede)*
4._____ (May / May Not) *(Puede/No puede)*

Failure to completely and truthfully answer all above questions may result in removal from school. I certify the answers to the above questions are up-to-date, accurate, and complete.
(El no responder completamente y con la verdad a todas las preguntas puede resultar en la remoción del estudiante de la escuela. Certifico que las respuestas a las preguntas de la parte de arriba están actualizadas, precisas y completas.)

Parent Signature _____ **Date** _____
Firma de los Padres *Fecha*

Tabla de Comprobante de Ingresos

(Se requiere solamente para nuestros programas financiados)

Nombre del Niño(a) _____ Fecha de Nacimiento _____

Para ser considerado para nuestros programas financiados de Head Start o Programa Preescolar de Colorado (CPP) debe presentar 3 meses de ingresos de todos adultos de su hogar. Usted puede presentar:

___ 3 meses de talones de pago
___ Una copia de sus impuestos federales del año pasado (1040)
___ Una carta de su empleador que verifique, cuántas horas trabaja y su tasa de pago.

Por favor llene lo siguiente:

Nombre de la Madre/Tutor_____

Empleado
___tiempo completo
___medio tiempo

Frecuencia de Pagos
___semanal
___cada dos semanas
___dos veces al mes
____mensualmente

Nombre de la compañía _____

Días y horas de trabajo _____

¿Recibe horas extras regulares? _____

Nombre del Padre/Tutor _____

Empleado
___tiempo completo
___medio tiempo

Frecuencia de Pagos
___semanal
___cada dos semanas
___dos veces al mes
___mensualmente

Nombre de la compañía _____

Días y horas de trabajo _____

¿Recibe horas extras regulares? _____

El niño(a) vive con: (marque uno) ambos padres madre padre tutor: _____ (Nombre)

Situación de Vida: (marque uno) casa propia parientes/amigos vivienda compartida otro: _____

Usted recibe: (marque y complete la cantidad que usted recibe, por favor entregue comprobantes.

__ TANF $ _____
__ SSI $ _____
__ Desempleo $_____
__ Pensión alimenticia/Mantención de menores $_____
__ WIC
__ Estampillas de comida
__ Vivienda
__ CCCAP (su costo $_____)
__ Otro ingreso _____

¿Asiste usted a un programa de entrenamiento o clases? Si No explique: _____

_____

Nombres de **TODOS** los miembros en su hogar que cuentan con el respaldo de su ingreso(s) mencionados anteriormente (si necesita más espacio, use la parte posterior de la hoja).

NOMBRE	**RELACION CON LA NIÑO(A)**	**FECHA DE NACIMIENTO**
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Certifico que toda la información es correcta y verdadera, y que todos los ingresos están reportados. Yo sé que cualquier representación falsa de esta información implicaría que yo pudiera ser procesado por las leyes estatales y federales y/o mi niño(a) puede ser expulsado del programa.

Firma del Padre/Tutor: _____ Fecha: _____

SHERIDAN EARLY CHILDHOOD CENTER

Historia de Salud

Fecha: _____

Nombre del niño _____ Fecha de nacimiento: _____

Fecha del último examen físico: _____

Médico de la Familia _____ Teléfono _____

Dirección del médico_____

Fecha del último examen dental _____

Dentista de la familia _____ Teléfono _____

Dirección de la dentista _____

Su hijo ha perdido la conciencia debido a:

_____ Herida
_____ Enfermedad
_____ Desmayo
_____ Llanto
_____ Sostener la respiración

¿Su hijo toma medicinas (con o sin receta médica)? Por favor explique.

_____

_____

¿Su hijo se orina en la cama, tiene accidentes de día o es constipado? _____

Si es así, explique. _____

¿Ha sido evaluado para necesidades especiales? _____

¿Donde? _____ ¿Qué clase de examines? _____

¿Su hijo ha recibido alguna vez servicios especiales?

_____

¿Qué clase? (terapia física, ocupacional, de lenguaje, de habla, educación especial, conserjería)

_____

¿Donde? _____

¿Tiene su hijo un I.E.P.? _____

¿Alguno de los padres recibió educación especial en la escuela? _____

Explique. _____

¿La mayoría de las personas pueden entender el habla de su hijo? _____

¿Tiene su hijo hábitos que le preocupan a Ud.? _____

Explique. _____

¿Hay algo en particular que asusta a su hijo? _____

Explique. _____

Generalmente su hija esta (marque todo lo que corresponde):

____ feliz
____ triste
____ amistoso
____ tímido
____ tranquilo
____ buen genio
____ irritable (enojan)

¿Llora su hijo con facilidad? _____

¿Qué cosa hace enojar a su hijo? _____

¿Forma su hijo amistades fácilmente? Explique si no. _____

¿Son los amigos de su hijo de su edad, mayores o menores? _____

¿Prefiere su hijo jugar dentro de casa o fuera? _____

¿Juega juegos de imaginación? _____

Edad de la madre cuando se embarazo de este niño: _____ Edad del padre: _____

Firma del padre o guardián legal: _____ **Fecha** _____

Sheridan Early Childhood Center

Fax 1-720-246-2918 + Ph 720-833-6600 + Email: SheridanECC@ssd2.org

Child's Name _____ **Birth Date** _____

I give permission for my child's physician and Sheridan Early Childhood Center to discuss my child's health concerns.

Parent Signature _____ **Date** _____

PHYSICAL EXAMINATION

Medicaid guidelines require all Medicaid children to receive EPSDT physical.

Review of Health History (include birth and development)? _____

Any limitations in this child's activities while in school? _____

Does this child have any recurrent chronic illness health problems of concerns with development?

_____

Allergies _____

Describe reaction _____ Medications _____

*The following screenings are required for Head Start Programs and EPSDT screening for Medicaid patients:

_____ Head/Ears/Eyes/Nose/Throat
_____ Cardio/Respiratory Abdomen/GI
_____ Extremities/Back/Chest
_____ Developmental (speech, fine and gross motor)
_____ Genitalia
_____ Skin nodes

_____ Height
_____ Weight
_____ Hearing
_____ Vision
_____ Blood Pressure
_____ WIC recipient?

_____ Lead _____ Date Done _____ Results
_____ Hct/Hgb _____ Date Done _____ Results

Office Telephone Number _____

Office Address _____

Physician's Signature _____

Date of physical exam _____

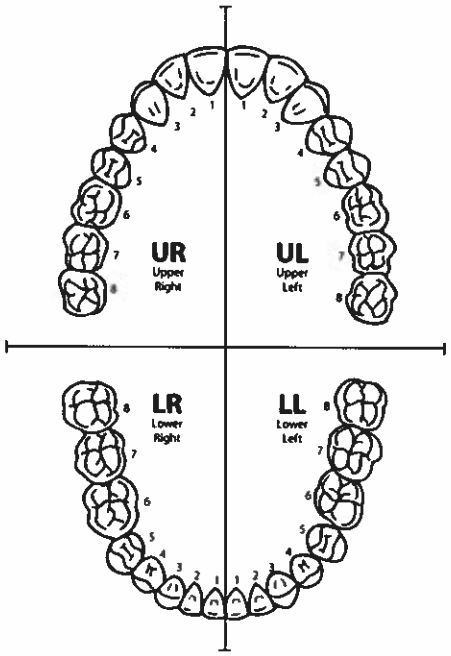
Recommended Date of next physical exam _____

Sheridan Early Childhood Center

Fax 1-720-246-2918 + Ph 720-833-6600 + Email: SheridanECC@ssd2.org

Dental Examination

Child's Name _____ **Date of Birth** _____



Priority Group

_____ Needs Attention Immediately

_____ Needs Attention Soon

_____ Needs Routine Care

Additional Comments:

_____

_____

_____

Results of Examination

_____ This child is referred for further dental examination and/or treatment

_____ This child does not need dental treatment at this time

_____ This child cannot be examined at this time

Office Telephone Number _____

Office Address _____

Dental Examiner's Signature _____

Date of Exam _____

Recommended Date of next Dental Exam _____