



**Office of Teaching and Learning
Division of Early Childhood Education**

Central Enrollment Center
430 Cleveland Avenue
Columbus, OH 43215
Ph. 614.365.5822
Fax 614.365.5163

Mission: Each student is highly educated, prepared for leadership and service, and empowered for success as a citizen in a global community.

**Éducation de la petite enfance
DOCUMENTS D'INSCRIPTION**

Nom de l'élève : _____ Matricule de l'élève : _____

Cher parent/tuteur :

SI VOTRE ENFANT A DÉJÀ ÉTÉ ASSIGNÉ À UNE CLASSE DE LA PETITE ENFANCE :

ÉCOLE ASSIGNÉE : _____

Afin de compléter le processus d'inscription, les formulaires de ce paquet doivent être complétés et retournés au département de la petite enfance avant que votre enfant ne commence l'école. Veuillez noter que la documentation d'un examen médical récent, effectué au cours des 12 derniers mois, est requise avant de commencer notre programme. Un examen dentaire est fortement recommandé.

Les formulaires contenus dans ce dossier sont les suivants :

- Informations ECE pour la famille
- Formulaire d'organisation du transport de l'ECE
- Formulaire médical : Rempli par le médecin
- Formulaire dentaire : rempli par le dentiste
- Outil d'évaluation de l'éligibilité de l'ECE
- Objectifs de développement et d'éducation pour Step Up to Quality
- Prêt pour le succès (Ready for 4 Success)

Veuillez retourner les documents remplis à ecenrollment@columbus.k12.oh.us avant le premier jour de présence.

Toutes les conditions d'inscription doivent être remplies avant que votre enfant ne soit officiellement inscrit au programme de la petite enfance et ne puisse assister aux cours. Si vous avez des questions, veuillez contacter Alicia Maynard au 614-365-5134, ou amaynard5610@columbus.k12.oh.us ou le bureau de la Petite Enfance au 614-365-5822. Vous pouvez également envoyer vos questions par courriel à l'adresse électronique de l'inscription au programme de la petite enfance à ecenrollment@columbus.k12.oh.us.

Je comprends que toutes les conditions d'inscription ci-dessus doivent être remplies AVANT que mon enfant ne soit officiellement inscrit au programme de l'éducation de la petite enfance et ne soit autorisé à assister aux cours.

Parent/Tuteur

Date

En cliquant sur la case, je reconnais que le nom écrit ci-dessus est utilisé comme signature électronique.

The Columbus City School District does not discriminate because of race, color, national origin, religion, sex or handicap with regard to admission, access, treatment or employment. This policy is applicable in all district programs and activities.



Department of Special Education and Student Support Services
Division of Early Childhood Education

Central Enrollment Center
430 Cleveland Avenue
Columbus, OH 43215
Ph. 614.365.5822
Fax 614.365.5163

Mission: Each student is highly educated, prepared for leadership and service, and empowered for success as a citizen in a global community.

FORMULAIRE D'INFORMATIONS SUR LA FAMILLE

Nom de L'Enfant
Qui fait partie de la famille de l'enfant?
Qui vit à la maison avec votre enfant?
Existe-t-il des arrangements familiaux spéciaux, tels que partage des responsabilités parentales, cohabitation dans deux foyers, spécifications de garde, etc.? _____Oui _____Non Détails Supplémentaires?
Y a-t-il des changements ou des transitions que votre enfant a connu ou vit récemment? (Divorce, nouveau domicile, décès d'un membre de la famille, d'un ami ou d'un animal de compagnie) _____Oui _____Non Détails Supplémentaires?
Veuillez encercler tous les mots qui décrivent le mieux la personnalité et le comportement de votre enfant: Actif aventureux(se) affectueux(se) anxieux(se) dirigeant(e) vif occupé(e) calme prudent(e) joyeux(se) content(e) créatif curieux(se) facilement-contrarié(e) émotionnel(le) énergétique excitable amical(e) attentif aux directions heureux(se) hésitant(e) aime structure/routines bruyant(e) aimant(e) sociable préfère l'attention d'un adulte silencieux(se) sensible sérieux(se) partage social spontané(e) têtue Autres:
Y a-t-il d'autres caractéristiques de personnalité et de comportement qui seraient utiles pour connaître votre enfant?
Y a-t-il des choses qui effraient votre enfant? Si oui, comment réagit-il/elle et que faites-vous pour le/la réconforter?

Qu'est-ce qui cause la colère ou la frustration chez votre enfant?	
Votre enfant sait-il/elle utiliser les toilettes? Votre enfant a-t-il/elle besoin d'aide pour aller aux toilettes? Si c'est le cas, comment?	
À quelle heure votre enfant se couche-t-il/elle normalement la nuit et se lève-t-il/elle le matin?	
À quelle heure et pendant combien de temps votre enfant fait-il/elle une sieste?	
Qu'est-ce qui vous enthousiasme, vous et/ou l'enfant quand il/elle commencera ce programme?	
De quoi pourriez-vous et/ou votre enfant être inquiet au début de ce programme?	
Quelles sont vos attentes vis-à-vis de ce programme?	
Quelles autres informations seraient utiles pour le personnel qui s'occupe de votre enfant à connaître?	
Signature du Parent/Gardien(ne)	Date



Office of Teaching and Learning
Division of Early Childhood Education
Central Enrollment Center
430 Cleveland Avenue
Columbus, OH 43215
Ph. 614.365.5822
Fax 614.365.5163

Mission: Each student is highly educated, prepared for leadership and service, and empowered for success as a citizen in a global community.

DÉPARTEMENT DE L'ÉDUCATION DE LA PETITE ENFANCE
ARRANGEMENTS DE TRANSPORT

Veillez compléter pour tous les élèves de l'ECE:

Je comprends que le transport n'est pas assuré pour les élèves de l'Éducation de la Petite Enfance à moins que mon enfant ait un Plan d'Éducation Individualisé.

Signature du Parent/Gardien(ne)

Date

Dispositions de Transport: Veuillez indiquer ci-dessous

_____ Voiture Personnelle

_____ Fourgon de la Garderie

_____ Piéton

_____ Bus Scolaire (option disponible pour les élèves avec des Plans d'Éducation Individualisés)

Si l'enfant se fait déposer ou marche pour se rendre à l'école, veuillez énumérer les adultes que vous autorisez à déposer et/ou à prendre votre enfant à l'école.

Nom

Relation

de Téléphone

Nom

Relation

de Téléphone

Pre-K Transportation Arrangements Form - FRENCH

The Columbus City School District does not discriminate because of race, color, national origin, religion, sex or handicap with regard to admission, access, treatment or employment. This policy is applicable in all district programs and activities.

Mission: Each student is highly educated, prepared for leadership and service, and empowered for success as a citizen in a global community.

OBJECTIFS DE DÉVELOPPEMENT ET D'ÉDUCATION POUR AMÉLIORER LA QUALITÉ (SUTQ)

Parents - Veuillez nous aider à développer un objectif éducatif pour votre enfant en remplissant les parties ombrées de ce formulaire. Nous l'examinerons ensemble lors de notre première réunion de l'année.

Nom de l'enfant	
Date de naissance	
Objectifs de développement/éducation * Veuillez sélectionner au moins deux objectifs parmi la liste à droite ou écrivez votre propre objectif pour votre enfant	☐ J'aimerais que mon enfant s'intéresse davantage à une tâche ou à des activités (appareils non électroniques). ☐ J'aimerais que mon enfant améliore ses compétences en résolution de problèmes et de conflits. ☐ J'aimerais que mon enfant joue avec ses amis dans la classe et développe des aptitudes sociales et émotionnelles, c.-à-d. qu'il/elle apprenne à gérer ses émotions, à développer de l'empathie pour les autres, à établir et à entretenir des relations positives avec les autres. ☐ J'aimerais que mon enfant améliore ses compétences d'auto-assistance et son indépendance (c.-à-d. S'habiller). ☐ J'aimerais que mon enfant puisse compter de 1 à 10. ☐ J'aimerais que mon enfant connaisse l'alphabet et les lettres de son nom. ☐ J'aimerais que mon enfant améliore son «écriture» ou ses dessins à diverses fins. ☐ J'aimerais que mon enfant soit plus apte à suivre des orientations plus complexes. ☐ Autre: _____ _____ _____
Actions requises	• Le parent remplit le formulaire «Information sur la famille». • L'enseignant(e) examine le formulaire avec le parent et pose des questions de clarification. • L'enseignant(e) effectue une évaluation de base fondée sur le curriculum pour recueillir des données supplémentaires sur les objectifs potentiels. • Les parents et l'enseignant(e) s'entendent sur deux objectifs éducatifs/de développement en collaborant. • Les progrès vers l'atteinte des objectifs sont communiqués aux conférences des parents et des enseignants et dans les bulletins de rendement des élèves.
Personne(s) Responsable(s)	Enseignant(e), parent/tuteur, organismes externes/partenaires communautaires

Rev. 03.15.2019

Ressources Nécessaires	☐ Chronomètres Visuels ☐ Livres supplémentaires sur la langue/ l'alphabétisation, jeux, technologie ☐ Temps d'attente pour l'indépendance ☐ Technologie ☐ Livres et ressources sur les compétences sociales ☐ Pratique répétée ☐ Approches multisensorielles de l'apprentissage ☐ Autre: _____
Commentaires ou progrès de la première réunion	
Commentaires ou progrès de la deuxième réunion	

Bilan de la 1ère réunion:

Signature de l'enseignant(e): _____ Date: _____

Signature du parent: _____ Date: _____

Bilan de la 2e réunion:

Signature de l'enseignant(e): _____ Date: _____

Signature du Parent: _____ Date: _____

Rev. 3.15.2019



Ready4Success



Permission parentale pour divulguer des informations de leur enfant Tests de lecture précoce et de mathématiques

Notre programme préscolaire s'engage à soutenir votre enfant en lui offrant des expériences d'apprentissage précoce qui l'aideront à être prêt pour la maternelle. Nous nous associons à l'initiative **ready4success** et au Crane Center pour la Recherche sur la petite enfance et Policy de l'Ohio State University pour recevoir une aide en lecture et en mathématiques. En signant cette autorisation, l'enseignant de votre enfant recevra des informations qui nous aideront à planifier des cours qui soutiendront l'apprentissage de votre enfant.

J'accorde la permission à _____
(Child's Legal Name)

Pour l'administration Get Ready to Read (Préparez-vous à lire) et/ou le Preschool Early Numeracy Skills Test (test préscolaire de compétences en numératie précoce au) à l'automne de l'année scolaire en cours (pré-évaluation) et au printemps de l'année en cours (après l'évaluation). Cette information sera utilisée par mon enseignant pour identifier des stratégies pédagogiques qui aideront mon enfant à lire et à faire les mathématiques très tôt. En outre, le personnel de Ready 4 Success du Crane Center peut effectuer plusieurs observations enregistrées sur bande vidéo dans la classe de votre enfant afin d'aider les enseignants à fournir un enseignement de qualité en mathématiques et en littérature dans la classe préscolaire. Toutes les bandes vidéo collectées seront utilisées uniquement pour le coaching pédagogique avec l'enseignant de votre enfant. Les bandes vidéo ne seront jamais partagées publiquement.

Je donne la permission à Columbus City Schools
(Provider Name)

De partager les résultats de l'évaluation et les renseignements de base (p. ex., date de naissance, langue et race) avec FutureReady Columbus et/ou l'école d'accueil. J'autorise également le Crane Center pour la Recherche sur la petite enfance et Policy à obtenir les informations sur l'évaluation de la préparation à la maternelle de mon enfant dans le district scolaire afin que nous puissions partager ces résultats avec le programme préscolaire de mon enfant à des fins d'amélioration.

Je comprends que ces informations resteront confidentielles et utilisées uniquement pour des mesures d'amélioration par le programme. Je comprends que toutes les informations personnelles resteront confidentielles.

Nom légal de l'enfant (first, Middle, Last)

Date de naissance de l'enfant

Nom légal du parent/tuteur

Parent/Guardian's Signature

Today's Date

☐

En cliquant sur la case, je reconnais que le nom saisi ci-dessus est utilisé comme signature électronique.



COLUMBUS CITY SCHOOLS HEALTH, FAMILY AND COMMUNITY SERVICES

Preschool Medical Form

NOTE: All Pre-Kindergarten children entering Columbus City Schools are required to have medical and dental examinations within the current calendar year. This information is confidential and becomes a part of the student's cumulative record.

Name _____ Address _____
School _____ Grade _____ Room _____ Date of Birth _____

HEALTH SCREENING:

Height _____ Weight _____ Visual Acuity: Right _____ Left _____
Hearing Acuity: Right _____ Left _____
Date of Exam _____ Strabismus: _____ Color vision _____

IMMUNIZATION REQUIREMENTS:

Section 3313.671 of the Ohio Revised Code requires children of school age to be immunized against diphtheria, whooping cough, tetanus, polio, rubeola, rubella, mumps and Hepatitis B.

DtaP, DPT, DT					
Polio					
MMR					
Hepatitis B					
Varicella					
Hib					
TB Test		Results			
Other					
Other					

PHYSICAL EXAMINATION:

Surgical History:

Medical History:

Current medical diagnosis:

Allergies:

Medications:

Head and Neck _____
BP _____
Orthopedic _____
Chest _____ Heart _____
Lungs _____ Abdomen _____
Hernia _____ Extremities _____
Neurological _____
Behavioral/Emotional _____

Urinalysis	
Hemoglobin	
Sickle Cell	
Serum Lead	
Other Labs	

Please indicate any physical activity restrictions or required adaptations to physical education program:

Based upon this child's medical history and physical condition at the time of examination, this child is free from apparent communicable disease and is in suitable condition for enrollment in an early childhood education program within Columbus City Schools.

Date of Exam _____ Health Care Provider Signature _____
Phone _____ Provider printed name or stamp _____

FAX Form to (614)365-8745

Rev. 03/2019

The Columbus City School District does not discriminate based upon sex, race, color, national origin, religion, age, disability, sexual orientation, gender identity/expression, ancestry, familial status or military status with regard to admission, access, treatment or employment. This policy is applicable in all district programs and activities



**COLUMBUS CITY SCHOOLS
HEALTH, FAMILY AND COMMUNITY SERVICES**

**Dental Record
(To be completed by the dentist)**

SCHOOL _____

NAME _____

ADDRESS _____

PHONE # _____ BIRTHDATE _____

PARENT NAME _____

Child was examined on _____
(Date)

The following services have been performed: (*Please Check*)

Radiographs _____

Oral Prophylaxis _____

Fluoride Treatment _____

Restorations _____

The following statements are applicable: (*Please Check*)

All necessary services have been performed _____

No restorative services are required at this time _____

The child is in treatment and future
appointments have been arranged _____

_____, D.D.S.
Signature

Approved: Columbus Dental Society

**** Please fax completed form to the nurse at 614-365-8745 ****