



**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.

**Educación de primera infancia
DOCUMENTOS DE INSCRIPCIÓN**

Nombre del Estudiante: _____ Estudiante #: _____

Estimado Padre/Tutor:

SI SU HIJO YA HA SIDO ASIGNADO A UN AULA DE EDUCACIÓN DE LA PRIMERA INFANCIA:

ESCUELA ASIGNADA: _____

Para completar el proceso de inscripción, los formularios en este paquete deben completarse y devolverse al Departamento de Primera Infancia antes de que su hijo comience la escuela. Tenga en cuenta que se requiere la documentación de un examen médico actual dentro de los últimos 12 meses antes de comenzar nuestro programa. Se recomienda un examen dental

Los formularios en este paquete incluyen:
Información familiar de ECE
Formulario de arreglos de transporte de ECE
Formulario médico: completado por el médico
Formulario dental: completado por el dentista
Herramienta de evaluación de elegibilidad de ECE
Metas educativas y de desarrollo para avanzar hacia la calidad
Listo para el éxito

Por favor devuelva la documentación completa a ecenrollment@columbus.k12.oh.us antes del primer día de asistencia.

Todos los requisitos de inscripción deben cumplirse antes de que su hijo esté oficialmente inscrito en el programa de Primera Infancia y sea elegible para asistir a clases. Si tiene preguntas, comuníquese con Alicia Maynard al 614-365-5134 o amaynard5610@columbus.k12.oh.us o la oficina de Primera Infancia al 614-365-5822. También puede enviar preguntas por correo electrónico a la dirección de correo electrónico de inscripción de ECE en ecenrollment@columbus.k12.oh.us.

Entiendo que todos los requisitos de registro anteriores deben cumplirse ANTES de que mi hijo esté oficialmente inscrito en el Programa de Educación de Primera Infancia y sea elegible para asistir a clase.

Padre/Tutor

Fecha

Al hacer clic en el cuadro, reconozco que el nombre escrito arriba se está utilizando como firma electrónica

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.



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

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.

FORMULARIO DE INFORMACION FAMILIAR

Nombre del Niño(a)
¿Quién está en la familia del niño(a)?
¿Quién vive en casa con su hijo(a)?
¿Hay algún arreglo familiar especial, como la crianza compartida, la vida en dos hogares, las especificaciones de custodia, etc.? _____ Si _____ No ¿Detalles Adicionales?
¿Hay algún cambio o transición que su hijo haya experimentado recientemente o esté experimentando? (divorcio, nuevo hogar, fallecimiento de un familiar, amigo o mascota)? _____ Si _____ No ¿Detalles Adicionales?
Por favor marque con un circulo todas las palabras que mejor describan la personalidad y el comportamiento de su hijo(a): activo aventurero cariñoso ansioso líder brillante ocupado calmado cauteloso alegre contento creativo curioso fácilmente molesto emocional energético exaltado amistoso sigue las instrucciones feliz indeciso le gusta la estructura / rutinas ruidoso amoroso saliente prefiere la atención de un adulto tranquilo sensible serio buenas acciones social espontáneo obstinado Otro:

¿Hay características adicionales de personalidad y comportamiento que sería útil conocer acerca de su hijo(a)?	
¿Hay cosas que asustan a tu hijo(a)? Si es así, ¿Cómo él (ella) reacciona y qué haces para consolarlo?	
¿Qué hace que su hijo(a) se sienta enojado o frustrado?	
¿Está su hijo(a) entrenado para ir al baño? ¿Necesita asistencia su hijo(a) cuando usa el baño? Si es así, ¿cómo?	
¿A qué hora su hijo(a) normalmente se acuesta en la noche y a qué hora se despierta por la mañana?	
¿A qué hora (s) y por cuánto tiempo su hijo(a) suele dormir la siesta?	
¿Por qué está usted y / o su hijo(a) emocionado de empezar en este programa?	
¿Por qué podrían estar ansiosos usted y / o su hijo(a) cuando comience en este programa?	
¿Cuáles son tus expectativas de este programa?	
¿Qué otra información sería útil para que el personal que cuida a su hijo(a) sepa?	
Firma del Padre/Tutor	Fecha



**COLUMBUS
CITY SCHOOLS**

**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.

**DEPARTAMENTO DE EDUCACION INFANTIL TEMPRANA
ARREGLOS DE TRANSPORTE**

Por favor complete para todos los estudiantes de ECE:

Entiendo que no se proporciona transporte para los estudiantes de Educación Infantil a menos que mi hijo tenga un Plan de Educación Individualizado.

Firma del Padre/Tutor

Fecha

Arreglos de Transporte: Por favor indique abajo:

_____ Dejar y/o Recoger en Carro

_____ Camión de la Guardería

_____ Caminante

_____ Autobús (opción disponible para estudiantes con Planes de Educación Individualizados)

Si va en carro o caminando, por favor indique los adultos que autoriza para dejar y / o recoger a su hijo de la escuela.

Nombre

Relación

Teléfono #

Nombre

Relación

Teléfono #

Pre-K Transportation Arrangements Form - SPANISH

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.

METAS DE DESARROLLO Y EDUCACION PARA AVANZAR HACIA LA CALIDAD (SUTQ)

Padres - Ayúdenos a desarrollar una meta educativa para su hijo(a) completando las partes sombreadas de este formulario. Lo revisaremos juntos durante nuestra primera reunión del año.

Nombre del Niño(a)	
Fecha de Nacimiento	
Metas de Desarrollo / Educación * Seleccione al menos dos objetivos de los que se indican a la derecha o escriba su propio objetivo para su hijo(a)	<input type="checkbox"/> Me gustaría que mi hijo ampliara su atención a una tarea o actividades (dispositivos no electrónicos) <input type="checkbox"/> Me gustaría que mi hijo(a) aumentara sus habilidades para resolver problemas y conflictos. <input type="checkbox"/> Me gustaría que mi hijo(a) juegue con amigos en la clase y desarrolle habilidades socioemocionales, es decir, que aprenda a manejar sus emociones, desarrolle empatía por los demás y establezca y mantenga relaciones positivas con los demás. <input type="checkbox"/> Me gustaría que mi hijo(a) mejorara sus habilidades de autoayuda e independencia (por ejemplo, vestirse) <input type="checkbox"/> Me gustaría que mi hijo(a) pudiera contar del 1 al 10 <input type="checkbox"/> Me gustaría que mi hijo(a) conociera el alfabeto y las letras de su nombre <input type="checkbox"/> Me gustaría que mi hijo(a) mejorara su "escritura" o dibujo para una variedad de propósitos <input type="checkbox"/> Me gustaría que mi hijo(a) aumentara su capacidad para seguir instrucciones más complejas. <input type="checkbox"/> Otro: _____ _____
Pasos de Acción	<ul style="list-style-type: none"> • El padre/madre completa el formulario de "Información familiar" • El maestro revisa el formulario con los padres y hace preguntas aclaratorias • El maestro completa una evaluación de referencia basada en el plan de estudios para recopilar datos adicionales sobre las metas potenciales • El padre/madre y el maestro acuerdan 2 metas educativas / de desarrollo de manera colaborativa • El progreso hacia las metas se comunica en las Conferencias de Padres / maestros y en las Boletas de Calificaciones de los estudiantes
Persona(s) Responsable	Maestro de aula, padre / tutor, agencias externas / socios comunitarios

<p>Recursos Necesitados</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Temporizadores Visual <input type="checkbox"/> Libros adicionales de lenguaje / alfabetización, juegos, tecnología <input type="checkbox"/> Esperar tiempo para independencia <input type="checkbox"/> Tecnología <input type="checkbox"/> Libros y recursos sobre habilidades sociales <input type="checkbox"/> Práctica repetida <input type="checkbox"/> Enfoques multisensoriales hacia el aprendizaje <input type="checkbox"/> Otro: _____
<p>Comentarios o Progreso de la 1^{era} Reunión</p>	
<p>Comentarios o Progreso de la 2^{nda} Reunión</p>	

Revisión de la 1^{era} Reunión

Firma del Maestro: _____ Fecha: _____

Firma del Padre: _____ Fecha: _____

Revisión de la 2^{nda} Reunión:

Firma del Maestro: _____ Fecha: _____

Firma del Padre: _____ Fecha: _____



Ready4Success

Autorización de los Padres para la Información del Niño(a) Pruebas de Lectura y Matemáticas Tempranas



Nuestro programa preescolar se compromete a apoyar a su hijo(a) brindándole experiencias de aprendizaje temprano que lo ayudarán a estar listo para el Kínder. Nos estamos asociando con la iniciativa ready4success y el Crane Center for Early Childhood Research and Policy de Ohio State University para recibir asistencia para la lectura y las matemáticas tempranas. Al firmar esta Autorización, el maestro de su hijo(a) recibirá información que nos ayudará a planificar lecciones que apoyarán el aprendizaje de su hijo(a).

Por la presente otorgo permiso para _____
nombre legal del niño(a))

Que se le administre el Examen de Get Ready to Read y/o Preschool Early Numeracy Skills en el otoño del año escolar actual (evaluación previa) y en la primavera del año actual (evaluación posterior). Esta información será utilizada por mi maestro para identificar estrategias de instrucción que ayudarán a mi hijo(a) con la lectura temprana y el desarrollo temprano de las matemáticas. Además, el personal de Ready 4 Success del Crane Center puede realizar varias observaciones grabadas en video en el aula de su hijo(a) para ayudar a los maestros a brindar instrucción de calidad en matemáticas y alfabetización en el aula preescolar. Todos los videos recopilados se utilizarán solo para orientación educativa con el maestro compartirán públicamente.

Doy permiso a (Nombre del Proveedor) Columbus City Schools

Para compartir los resultados de la evaluación y la información básica (por ejemplo, fecha de nacimiento, idioma y raza) con Future Ready Columbus y / o la escuela receptora. También permito que el Crane Center for Early Childhood Research and Policy obtenga información de la Evaluación de preparación para el jardín de infantes de mi hijo(a) del distrito escolar para que podamos compartir estos resultados con el programa preescolar de mi hijo(a) para mejorar

Entiendo que esta información se mantendrá confidencial y se utilizará solo para medidas de mejora por parte del programa.
Entiendo que toda la información personal se mantendrá confidencial.

Nombre Legal del Niño(a) (Nombre, Segundo Nombre, Apellido)	Fecha de Nacimiento del Niño(a)
Nombre Legal del Padre / Tutor	
Nombre Legal del Padre / Tutor	Nombre Legal del Padre / Tutor

- Escriba sus Iniciales) Además, doy permiso para que la fotografía de mi hijo(a) se utilice en los seminarios de desarrollo profesional ready4success para mostrar el aprendizaje de su hijo y trabajar con su maestro y entrenador de alfabetización.
-



**COLUMBUS
CITY SCHOOLS**

**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 ****