



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.

अर्ली चाइल्डहुड एडुकेशन (प्रारम्भिक बाल शिक्षा)
को भर्ना कागजी कार्य

विद्यार्थीको नाम: _____

विद्यार्थी #: _____

प्रिय अभिभावक/संरक्षक:

यदि तपाईंको बच्चालाई पहिले नै अर्ली चाइल्डहुड एडुकेशन (प्रारम्भिक बाल शिक्षा) को कक्षामा नियुक्त गरिएको छ भने:

तोकिएको स्कूल: _____

अर्ली चाइल्डहुड एडुकेशन (प्रारम्भिक बाल शिक्षा) भर्ना कागजी कार्य प्रक्रिया पूरा गर्नकालागि तपाईंको बच्चाको स्कूल सुरु गर्नु अघि नै यस प्याकेटमा भएका फारामहरू पूरा गरी अर्ली चाइल्डहुड (प्रारम्भिक बाल) विभागमा फिर्ता गरिनुपर्छ। हाम्रो कार्यक्रम सुरु गर्नु अघि पछिल्लो १२ महिना भित्रमा गरिएको मेडिकल परीक्षाको कागजात आवश्यक छ भनि कृपया ध्यान दिनुहोस्। दाँतको परीक्षा गरिएको हुन अत्यधिक सिफारिस गरिन्छ।

यस फारामहरूमा निम्न प्याकेट समावेश छन्:
इ सि इ (ECE) पारिवारिक जानकारी
इ सि इ (ECE) यातायात व्यवस्था फाराम
मेडिकल फाराम: चिकित्सक द्वारा पूरा गरिएको
दन्त चिकित्सा फाराम: चिकित्सक द्वारा पूरा गरिएको
इ सि इ (ECE) योग्यता स्क्रिनिङ उपकरण
गुणस्तरमा स्टेप अपकालागि विकास र शैक्षिक लक्ष्यहरू
रेडि फर सक्सेस्

कृपया भर्ना पूरा भएको कागजात उपस्थितिको पहिलो दिन भन्दा अघि नै eeenrollment@columbus.k12.oh.us मार्फत फिर्ता गर्नुहोस्।

तपाईंको बच्चा आधिकारिक रूपमा प्रारम्भिक बाल्यकाल (चाइल्डहुड) कार्यक्रममा भर्ना हुन भन्दा र कक्षामा उपस्थित हुन योग्य हुनु अघि सबै भर्ना कार्यका आवश्यकताहरू पूरा गरिनुपर्छ। यदि तपाईंसँग प्रश्नहरू छन् भने प्रारम्भिक बाल्यकाल (अर्ली चाइल्डहुड) कार्यालयको 614-365-5822 (६१४-३६५-५८२२) मा सम्पर्क गर्नुहोस्। तपाईंसँग प्रश्नहरू भएमा तपाईंले इ सि इ (ECE) भर्ना कार्यालयको इमेल ठेगाना eeenrollment@columbus.k12.oh.us मार्फत पनि प्रश्नहरू पठाउन सक्नुहुन्छ।

मेरो बच्चालाई प्रारम्भिक बाल शिक्षा (अर्ली चाइल्डहुड) कार्यक्रममा आधिकारिक रूपमा भर्ना हुनु अघि र कक्षामा उपस्थित हुन योग्य हुनु अघि माथिका सबै दर्ता आवश्यकताहरू पूरा गरिनुपर्छ भनि मैले बुझेको छु।

अभिभावक/संरक्षक

मिति

बक्समा म् क्लक गरेर माछि छ म् खएको नाम इछ क्टोनिक हस्ताक् रका रूपमा प्रयोग भइरहेको छभनि म स्ीकार गर्दैरु।

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**

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.

परिवारको जानकारी फर्म

बच्चाको नाम
बच्चाको परिवारमा को छ?
तपाईंको बच्चासँग घरमा को-को बस्छन्?
के त्यहाँ कुनै विशेष पारिवारिक प्रबन्धहरू छन्, जस्तै साझा अभिभावक, दुई घरमा बस्ने वा हिरासत विवरणहरू, आदि? _____ छन् _____ छैनन् थप विवरणहरू?
के त्यहाँ कुनै परिवर्तनहरू वा बदलिएका परिस्थितिहरू छन् जुन तपाईंको बालबालिकाले हालसालै अनुभव गरेको छ वा अनुभव गरिरहेको छ? (सम्बन्ध विच्छेद, नयाँ घर, परिवारको सदस्य, साथी वा घरपालुवा जनावरको मृत्यु) _____ छ _____ छैन थप विवरणहरू?
कृपया सबै शब्दहरूमा गोलो चिन्ह लगाउनुहोस् जसले तपाईंको बच्चाको व्यक्तित्व र आचरणको उत्तम वर्णन गर्दछ: सक्रिय साहसी प्रेमपूर्ण चिन्ताजनक नेतृत्वकर्ता उज्वल व्यस्त शान्त सतर्क हंसमुख सामग्री रचनात्मक जिज्ञासु सजिलै दुखी हुने भावनात्मक ऊर्जावान उत्साहजनक मैत्री दिशा निर्देशनको पालना खुशी हिचकिचाउने मनपर्दो संरचना/ तालिका कढा स्वार मायालु बाहिर जाने वयस्कहरूको भनाइ मात्रै शान्त संवेदनशील गम्भीर राम्रोसंग साझा सामाजिक सहज जिद्दी अन्य:
के त्यहाँ थप व्यक्तित्व र व्यवहार विशेषताहरू छन् जुन तपाईंको बच्चाको बारेमा जान्न उपयोगी छ?

Pre-K Family Information Form - NEPALI

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.

के त्हाँ केहि चीजहरू छन् जसले तपाँईको बच्चा डराउँछ? यदि हो भने, ऊ/उनीले कस्तो प्रतिक्रिया गर्दछन् र तपाँई उसलाई आराम दिन के गर्नुहुन्छ?	
कुन कुराले तपाँईको बच्चालाई रीस वा निराश महसुस गराउँछ?	
के तपाँईको बच्चा शौचालय प्रशिक्षित छ? के तपाँईको बच्चालाई शौचालय प्रयोग गर्दा सहयोग चाहिन्छ? यदि चाहिन्छ भने, कसरी?	
तपाँईको बच्चा सामान्यतया रातमा सुत्न कति बजे जान्छ र बिहान कति बजे उठ्छ?	
कुन समय (हरू) र कति समयसम्म तपाँईको बच्चा प्रायः निधाउछ?	
तपाँई के हो र तपाँई /र/वा बच्चा/ उनी यो कार्यक्रमको सुरु भएदेखि के मा उत्साहित हुनुहुन्छ?	
तपाँई र/वा बच्चा यो कार्यक्रममा सुरु भएदेखि ऊ/उनी चिन्तित हुन सक्नुहुन्छ?	
तपाँईको यस कार्यक्रमका के अपेक्षाहरू छन्?	
तपाँईको बच्चाका बारेमा थाहा पाउनकालागि हेरचाह गरिरहेका स्टाफलाई अरू कुनै जानकारी उपयोगी हुनेछ?	
अभिभावक/संरक्षकको हस्ताक्षर	मिति



**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.

**प्रारम्भिक बाल्यकाल (अर्ली चाइल्डुड) शिक्षा विभाग
ट्रान्सपोर्टेशन (यातायात) व्यवस्था**

कृपया सबै अर्ली चाइल्डुड शिक्षाका विद्यार्थीहरूकालागि पूर्ण गर्नुहोस्:

अर्ली चाइल्डुड शिक्षा मैले बुझेको छु कि अर्ली चाइल्डुड शिक्षाका विद्यार्थीहरूकालागि जबसम्म मेरो बच्चाको एउटा व्यक्तिगत शिक्षा योजना हुने छैन तबसम्म यातायात सेवा प्रदान गरिने छैन।

अभिभावक/संरक्षकको हस्ताक्षर

मिति

यातायात व्यवस्था: कृपया तल संकेत गर्नुहोस्

_____ गाडी (कार) मा सवार

_____ डेकेयर भ्यानमा सवार

_____ हिटेर

_____ बसमा सवार (व्यक्तिगत शिक्षा योजनाहरूका साथ विद्यार्थीहरूकालागि उपलब्ध विकल्प)

यदि एउटा गाडीमा सवार वा हिटेर आउनेले, कृपया वयस्क (हरू) लाई सूचीकृत गर्नुहोस् जसलाई तपाईंको बच्चालाई स्कूलमा छोड्न (ड्रप गर्न) र/वा तपाईंको बच्चालाई स्कूलबाट जिम्मा लिने अधिकार दिनुहुन्छ।

नाम

सम्बन्ध

फोन नम्बर #

नाम

सम्बन्ध

फोन नम्बर #

Pre-K Transportation Arrangements Form - NEPALI

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.

गुणस्तर (SUTQ) सम्म पुग्नकालागि विकास र शैक्षिक लक्ष्यहरू

अभिभावक - कृपया यो फारमको छायादार भागहरू पूरा गरेर तपाईंको बच्चाकालागि शैक्षिक लक्ष्य विकास गर्न हामीलाई सहयोग गर्नुहोस्। यसको समीक्षा बर्षको पहिलो बैठकमा हामी सँगै गर्नेछौं।

बच्चाको नाम	
जन्म मिति	
विकासात्मक / शैक्षिक लक्ष्यहरू * कृपया कम्तिमा दायौं पट्टिका वाक्यहरबाट दुईवटा लक्ष्यहरू छान्नुहोस् वा तपाईंको बच्चाकालागि तपाईंका आफ्नै लक्ष्य लेख्नुहोस्	<input type="checkbox"/> म मेरो बच्चाले काम वा गतिविधि (गैर इलेक्ट्रॉनिक उपकरणहरू) मा आफ्नो ध्यान विस्तार गरेको चाहन्छु <input type="checkbox"/> म मेरो बच्चाको समस्या समाधान र द्वन्द्व समाधानको क्षमता वृद्धि भएको चाहन्छु। <input type="checkbox"/> म मेरो बच्चा कक्षामा साथीहरूसँग खेलन र सामाजिक-भावनात्मक सीपहरू- उदाहरणकालागि आफ्ना भावनाहरू प्रबन्ध गर्न सिक्ने, अरुप्रति समानुभूति विकास गर्न र अरूसँग सकारात्मक सम्बन्ध स्थापना गर्न र यसलाई कायम राख्न विकास भएको चाहन्छु। <input type="checkbox"/> म मेरो बच्चाको आफ्नो सहायता-सम्बन्धी दक्षता र स्वतन्त्रता दक्षता सुधार गर्न चाहन्छु (उदाहरणका लागि, लुगा लगाई) <input type="checkbox"/> म मेरो बच्चालाई १-१० सम्मको गणना गर्न सक्षम बनाउन चाहन्छु <input type="checkbox"/> म मेरो बच्चाले वर्णमाला र उनीहरूको नामका अक्षरहरू जानेको चाहन्छु <input type="checkbox"/> म मेरो बच्चाको "लेखन" वा विभिन्न उद्देश्यका रेखाचित्र सुधार भएको चाहन्छु <input type="checkbox"/> म मेरो बच्चाको अधिक जटिल दिशा निर्देशनहरूको पालना गर्ने उनीहरूको क्षमता वृद्धि भएको चाहन्छु <input type="checkbox"/> अन्य: _____ _____
कार्य चरणहरू	<ul style="list-style-type: none"> • अभिभावकले "परिवार जानकारी" फाराम पूरा गर्दछ • शिक्षकले अभिभावकसँग फाराम समीक्षा गर्दछ र स्पष्ट भए वा नभएको सोध्दछ • सम्भावित लक्ष्यहरूका बारेमा थप डेटा भेला गर्न शिक्षकले पाठ्यक्रममा आधारित आधारभूत मूल्यांकन पूरा गर्दछ • अभिभावक र शिक्षक सहयोगी रूपमा दुईवटा शैक्षिक/विकासात्मक लक्ष्यहरूमा सहमत हुन्छन् • लक्ष्यहरूतर्फको प्रगति अभिभावक/शिक्षक सम्मेलनहरू र विद्यार्थी रिपोर्ट कार्डहरूमा सूचित गरिन्छ
जिम्मेवार व्यक्ति (हरू)	कक्षाकोठाको शिक्षक, अभिभावक/संरक्षक, बाहिरका एजेन्सीहरू/समुदाय साझेदारहरू

Rev. 03.15.2019

<p>आवश्यक स्रोतहरू</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> भिजुअल टाइमर <input type="checkbox"/> थप भाषा/साक्षरता पुस्तकहरू, खेलहरू, प्रविधि <input type="checkbox"/> स्वतन्त्रता रहनकालागि पर्खने समयवधि <input type="checkbox"/> प्रविधि <input type="checkbox"/> सामाजिक कौशलका पुस्तकहरू र स्रोतहरू <input type="checkbox"/> बारम्बार अभ्यास <input type="checkbox"/> बहु-संवेदी सिक्ने तिर नजिकिदै <input type="checkbox"/> अन्य: _____
<p>पहिलो बैठकका टिप्पणीहरू वा प्रगति</p>	
<p>दोस्रो बैठकका टिप्पणीहरू वा प्रगति</p>	

पहिलो बैठकको समीक्षा:

शिक्षकको हस्ताक्षर: _____ मिति: _____

अभिभावकको हस्ताक्षर: _____ मिति: _____

दोस्रो बैठकको समीक्षा:

शिक्षकको हस्ताक्षर: _____ मिति: _____

अभिभावकको हस्ताक्षर: _____ मिति: _____



रेडि फर सक्सेस
अभिभावकले बाल सूचनाकालागि फुकुवा
अर्ली रिडिङ र अर्ली गणित स्क्रिनिङ्स



हाम्रो पृस्कूल कार्यक्रमले तपाईंको बच्चालाई प्रारम्भिक शिक्षाका अनुभवहरू प्रदान गरेर उसलाई किन्डरगार्टनमा तयार हुन मद्दत गर्ने सहयोग पुर्याउन प्रतिबद्ध छ। प्रारम्भिक पढाइ र गणितमा सहयोग लिन ओहायो स्टेट युनिभर्सिटीमा अर्ली चाइल्डहुड रिसर्च एन्ड पोलिसीकालागि हामी **रेडि फर सक्सेसको** पहल र केन सेन्टरसँग साझेदारी गर्दैछौं। यस **अनुमति प्रदानमा** तपाईंले हस्ताक्षर गरेपछि हामीलाई तपाईंका बच्चाको सिकाईमा मद्दत गर्ने पाठहरूको योजनामा मद्दत गर्न तपाईंका बच्चाका शिक्षकले जानकारी प्राप्त गर्नेछन्।

म यसकालागि अनुमति दिँदछु (बच्चाको कानूनी नाम)

हालको स्कूल वर्षको फल-सेसन (पूर्व-स्क्रीनिङ)मा र वर्तमान वर्षको स्प्रिङ-सेसन (पोस्ट स्क्रीनिङ) मा हुने गेट रेडि टु रिड र/वा पृस्कूल अर्ली न्यमरेसी स्किल्स टेस्ट प्रबिन्धत हुनुहोस्। मेरा शिक्षकले मेरो बच्चाको प्रारम्भिक पढाइ र प्रारम्भिक गणितको विकासमा मद्दत गर्नकालागि चाहिने शिक्षण रणनीतिहरू पहिचान गर्न यो जानकारी प्रयोग गर्नुहुन्छ। थप रूपमा केन सेन्टरका रेडि फर सक्सेसका कर्मचारीहरूले प्रिस्कूलका कक्षाकोठामा गुणस्तरीय गणित र साक्षरता निर्देशन प्रदान गर्नकालागि शिक्षकहरूलाई सहयोग गर्न तपाईंका बच्चाको कक्षाकोठामा धेरै भिडियो टेप गरेको अवलोकनहरू सञ्चालन गर्न सक्दछन्। संकलन गरिएका कुनै पनि भिडियो टेपहरू तपाईंको बच्चाका शिक्षकसँग मात्र निर्देशिक कोचिंगकालागि प्रयोग हुनेछन्। भिडियो टेपहरू सार्वजनिक रूपमा कहिले पनि साझेदारी हुँदैन।

म (प्रदायकको नाम) कोलम्बस सिटी स्कूल्सलाई अनुमति दिन्छु

स्क्रिनिङका नतीजाहरू र आधारभूत जानकारी (जस्तै- जन्म मिति, भाषा र जाति) फ्यूचररेडी कोलम्बस र/वा त्यो जानकारी लिने स्कूलसँग साझा गर्न अर्ली चाइल्डहुड रिसर्च एन्ड पोलिसीकालागि केन सेन्टरलाई म पनि अनुमति दिन्छु किन कि स्कूल डिस्ट्रिक्टबाट मेरो बच्चाको किन्डगार्टन रेडिनेस एसेसमेन्टको जानकारी प्राप्त गर्न सकौं ताकि हामीले यी नतीजाहरू मेरा बालबालिकाको पृस्कूल कार्यक्रममा सुधारकालागि बाँड्न सकौं।

म बुझ्दछु कि यो जानकारी गोप्य राखिन्छ र कार्यक्रम द्वारा सुधारका उपायहरूकालागी मात्र प्रयोग गरिन्छ। म बुझ्दछु कि सबै व्यक्तिगत जानकारी गोप्य राखिनेछ।

बच्चाको कानूनी नाम (पहिलो, मध्य, थर)

बच्चाको जन्म मिति

अभिभावक/संरक्षकको कानूनी नाम

(कृपया इनिशियल लेख्नुस) थप रूपमा, म मेरा बच्चाको फोटोग्राफ **रेडि फर सक्सेस** व्यावसायिक विकास सेमिनारहरूकालागि मेरा बच्चाको सिकाई प्रदर्शन गर्न र तिनका शिक्षक र साक्षरता कोचसँग काम गर्नकालागि प्रयोग गर्न अनुमति दिन्छु।



**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 ****