children's development academy

Lista de Documentos para GA Pre-K

Formas y Documentos Requeridos para Matricular a su hijo:

_____Forma de matriculación de Bright from the Start

_____Acta de Nacimiento

_____Tarjeta de Seguro Social

_____ Prueba de su domicilio/ lugar donde vive en Georgia:

Por favor presente **uno** de los siguientes documentos:

- Recibo de servicios públicos: gas, electricidad o agua.
- Contrato reciente de alquiler de su casa/ apartamento
- Carta de impuestos de su propiedad
- Recibo del seguro de su casa
- Estado de cuenta de la hipoteca de su casa
- Forma reciente del registro de su vehículo
- Documento reciente de elegibilidad de PeachCare para el niño
- Carta del empleador en caso de que éste provea vivienda

Requisito de Edad Para Participar en el Programa de Pre-K

El niño/a debe tener 4 años de edad antes de o para el 1º de septiembre del 2024

El cumpleaños debe ser entre el 2 de septiembre del 2019 y el 1º de Septiembre del 2020

Otras Formas y Documentos Necesarios para Presentar antes del Primer Día de Clases:

_____ Completar el Paquete de las formas requeridas en el CDA

_____ Evaluación de la Salud (debe llenarla el medico del niño)

_____ Forma 3231 (Certificado de vacunas)

_____Forma 3300 (Examen de la visión, audición, dental y nutrición)

_____Tarjeta de Seguro Medico

BRIGHT from the START
Georgia Department of Early Care and Learning

Por favor escriba el año escolar aquí →

Formulario de Inscripcíon para Pre-K

2024-2025 **AÑO ESCOLAR**

NOMBRE LEGAL DEL PROVEEDOR: (Esta seccion para ser completada por el Proveedor)
NOMBRE DE LA ESCUELA O PROGRAMA :

INFORMACIÓN DEL NIÑO **(Por favor escriba el nombre tal como aparece en el certificado de nacimiento.)**

APPELLIDO:

PRIMER NOMBRE:

SEGUNDO NOMBRE :

SUFIJO PARA EL APELLIDO (Por ejemplo : Jr., Sr., II, III) :

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL: FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AA): SEXO : F( ) M( )

DIRECCIÓN DEL DOMICILIO(Favor no poner apartado postal): CONDADO :

CIUDAD: ESTADO: GEORGIA CÓDIGO POSTAL : TELÉFONO DE CASA :

Si el estudiante viene de otro programa de Pre-K, por favor indique lo siguiente:
El Nombre de la Escuela anterior: ____________________ El último día de Asistencia: ____________

INFORMACIÓN DEL PADRE O DE LA MADRE/ o GUARDIÁN

APELLIDO DE LA MADRE: NOMBRE: INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE:

DIRECCIÓN DEL DOMICILIO (SI ES DIFERENTE AL DEL NIÑO):

CIUDAD: ESTADO: CÓDIGO POSTAL:

TELÉFONO DE LA CASA: TELÉFONO DURANTE EL DIA: EMAIL :

LUGAR DE EMPLEO : DIRECCION DEL DOMICILIO :

CIUDAD : ESTADO : CODIGO POSTAL :

APELLIDO DEL PADRE: PRIMER NOMBRE: INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE:

DIRECCIÓN DE DOMICILIO (SI ES DIFERENTE AL DEL NIñO):

CIUDAD: ESTADO: CÓDIGO POSTAL:

TELÉFONO DE CASA: TELÉFONO DE DÍA: EMAIL :

LUGAR DE EMPLEO : DIRECCION DEL DOMICILIO :

CIUDAD : ESTADO : CODIGO POSTAL :

CONTACTO DE EMERGENCIA (Persona a contactar en caso de que no se pueda contactar a ningún padre/guardián)

NOMBRE	RELACIÓN	TELÉFONO DE DIA	ALTERNATE TELEFONO	EMAIL
1.				
2.				

Verifico que esta información es correcta y entiendo que el presentar este formulario no me garantiza cupo para mi niño(a) en una clase de Pre-Kinder. Si mi hijo(a) enrola en el programa de Georgia Pre-K, yo estoy de acuerdo con que asista el número de días y horas requeridos por el Departamento de Aprendizaje Temprano de Georgia, tal como lo especifica el centro donde está enrolado(a) mi hijo(a). Entiendo que si no me rijo por estos requisitos de asistencia, mi niño(a) puede ser desenrolado del programa. Entiendo que no puedo registrar a mi niño(a) sin la documentación apropiada de su edad. Adjunto una copia de la documentación apropiada de la edad de mi niño(a) con este formulario de inscripción.

FIRMA (PADRE/GUARDIÁN): ____________________ Fecha : ____________________

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

ADEMAS 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 NINO(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:

Permiso General

Verifico que la antedicha información es correcta y cierta. Concedo por este medio el permiso para que la infomación proveída en esta forma de inScripción sea distribuída 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 : _____

Acuerdo entre los Padres y la Guardería

CDA

(nombre de la guardería)

acuerda proveer servicios de cuidado infantil durante el día a

_____ los dias

(nombre del niño(a))

lunes a viernes, desde las 8:30 AM

(días de la semana)

hasta las 3:00 P.M., y desde el mes de agosto al mes de mayo.

Mi niño(a) participará en el suguiente plan de alimentación (circule todos los que apliquen):

Desayuno | Merienda en La mañana | Almuerzo | Merienda en la tarde

Merienda en la noche | Cena | Merienda antes de acostarse

Antes de dar algún medicamento a mi niño(a), yo traeré una autorización escrita, que incluya la fecha, el nombre del niño(a), el nombre del medicamento, el número de la receta (si lo tiene), la dosis y la fecha y hora en que éste debe dársele al niño(a). El medicamento estará en el envase original, marcado con el nombre de mi niño(a) .

No se le permitirá a mi niño(a) entrar o salir de la guardería sin los padres, personas autorizadas por los padre(s), o personal de la guardería.

Reconozco que soy responsable de mantener los documentos de mi niño(a) al día, y de comunicar cualquier cambio significativo cuando éste ocurra, (por ejemplo, números de teléfono, sitio de trabajo, contactos de emergencia, médico del niño(a), estado de salud del niño(a), planes de alimentación, documentos de vacunas, etc.).

La guardería está de acuerdo en mantenerme informado(a) de cualquier incidente que afecte a mi niño(a), incluyendo enfermedades, heridas, reacciones adversas a un medicamento, etc.

CDA

(nombre de la guardería)

está de acuerdo en obtener mi autorización escrita antes de que mi niño(a) participe en transporte de rutina, viajes educativos, actividades especiales fuera de la guardería y actividades que ocurran en agua de más de dos (2) pies de profundidad.

Autorizo a la guardería a obtener cuidado médico de emergencia para mi niño(a) cuando yo no esté disponible.

He recibido una copia y estoy de acuerdo en seguir las reglas y los procedimientos de la guardería.

FIRMA: _____ _____

Padre/Guardián — Fecha

FIRMA: _____ _____

Administrador(a) de la Guardería /Persona Autorizada — Fecha