

GSRP 4 años de edad preescolar paquete de recursos

¡Bienvenido al programa de preescolar de 4 años de Great Start Readiness en Kent City Elementary! ¡Estamos emocionados de que se asocie con nosotros en la educación de su hijo!

En este paquete encontrará detalles sobre el proceso de inscripción, así como información y recursos para ayudarlo a prepararse para el preescolar. Visite preschool.kentisd.org para completar la solicitud de inscripción.

Además de la solicitud de inscripción en línea, también se necesitan los siguientes documentos para inscribir a su hijo en el programa preescolar de 4 años del Programa de preparación para el Gran Comienzo:

- 1) _____ La prueba de la Residencia (cuenta de utilidad, cobre los impuestos la cuenta, el acuerdo de arriendo, etc.)
- 2) _____ Partida de nacimiento
- 3) _____ Registro de Inmunización
- 4) _____ Formulario de evaluación de la salud
- 5) _____ Comprobante de ingresos para todos los que viven en el hogar

****Por favor traiga el formulario de evaluación de salud a su médico para completar antes de regresar a la escuela. Los formularios de evaluación de la salud deben estar firmados por un médico.**

Los estudiantes deben tener 4 años antes del 1 de septiembre. Si su hijo cumple 4 años entre el 2 de septiembre y el 1 de diciembre, comuníquese con la oficina de Primaria al 616-678-4181 para obtener una exención de edad.



Aplicación de admisión preescolar en el Condado de Kent

¿Usted, el padre o guardián, está de acuerdo con compartir esta información con el distrito escolar intermedio de Kent, los programas del distrito escolar local, Head Start para el Condado de Kent, Help Me Grow, y otros servicios de primera infancia para navegar los programas educativos apropiados y apoyo para su familia? **Sí** ☐ **No** ☐

Nombre legal del niño:

Primer nombre:	Inicial:	Apellido:
Fecha de nacimiento:	Sexo asignado al nacer: ☐ H ☐ M	
Preferencia de genero : ☐ H ☐ M ☐ No binario		

Dirección:

¿Está el niño o la familia sin hogar, viviendo en un albergue, Motel/Hotel, vivienda de transición, vivienda compartida o desprotegido? Sí ☐ No ☐ <i>Si es así, por favor marque la situación de vida de este niño de las opciones anteriores.</i>		
Dirección:	Apartamento/Apartado/Casilla de correo:	Código Postal:
Ciudad:	Condado:	
Distrito escolar:		

Nombre legal del adulto/guardián principal:

Primer Nombre:		Apellido:	
Fecha de nacimiento:	Sexo: ☐ H ☐ M	¿Tiene correo electrónico?: Sí ☐ No ☐ Si, es así por favor escriba el correo electrónico abajo: *Si no tiene correo electrónico, nos comunicaremos con usted por correo. * Coreo electrónico:	
Numero celular:	¿Optar por mensaje de texto?	Numero de la casa:	Número del trabajo:
Relación con el niño		¿Tiene la custodia del niño?: Sí ☐ No ☐	¿El niño vive con usted? Sí ☐ No ☐

Estado laboral	Días laborales	Horarios laborales
No está trabajando ☐	Entre Semana ☐	Primer turno ☐
Tiempo Completo ☐	Fin de Semana ☐	Segundo turno ☐
Tiempo Parcial ☐	Entre semana y fin de semana ☐	Tercer turno ☐
		Varia ☐

Estatus escolar

Tipo de clase

Horarios de clase

Aplicación de admisión preescolar en el Condado de Kent

No está asistiendo ☐	En clase ☐	Día ☐
Tiempo Completo ☐	En línea ☐	Tardes ☐
Tiempo Parcial ☐	En clase y en línea ☐	Días y Tardes ☐

Nombre legal del adulto/guardián secundario: (si es aplicable)

Primer Nombre:		Apellido:	
Fecha de nacimiento:	Sexo: ☐ H ☐ M	¿Tiene correo electrónico?: Sí ☐ No ☐ Si tiene correo electrónico por favor de escribirlo a continuación: *Si no tiene correo electrónico, nos comunicaremos con usted por correo. * Correo electrónico:	
Numero celular:	¿Optar por mensaje de texto?	Numero de la casa:	Número del trabajo:
Relación con el niño		¿Tiene la custodia del niño?: Sí ☐ No ☐	¿El niño vive con usted? Sí ☐ No ☐

Estado laboral	Días laborales	Horarios laborales
No está trabajando ☐	Entre Semana ☐	Primer turno ☐
Tiempo Completo ☐	Fin de Semana ☐	Segundo turno ☐
Tiempo Parcial ☐	Entre semana y fin de semana ☐	Tercer turno ☐
		Varia ☐

Estatus escolar	Tipo de clase	Horarios de clase
No está asistiendo ☐	En clase ☐	Día ☐
Tiempo Completo ☐	En línea ☐	Tardes ☐
Tiempo Parcial ☐	En clase y en línea ☐	Días y Tardes ☐

Contacto Alternativo:

Primer Nombre:		Apellido:	
Fecha de nacimiento:	Sexo: ☐ H ☐ M	¿Tiene correo electrónico?: Sí ☐ No ☐ Si es así por favor escriba el correo electrónico:	
Numero celular:	Numero de la casa:	Numero del trabajo:	
Relación con el niño:			

Primer Nombre:		Apellido:	
¿Tiene correo electrónico?: Sí ☐ No ☐ Si es así por favor escriba el correo electrónico:			
Numero celular:	Numero de la casa:	Número del trabajo:	
Organización que representa:			

¿Es este niño Hispano/Latino? Sí ☐ No ☐
¿Cuál de los siguientes grupos describe la raza del niño? Por favor seleccione al menos uno. ☐ Indio de América o nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro o Afroamericano ☐ Hawaiano nativo u otro isleño del Pacífico ☐ Blanco/Caucásico
¿Este niño tiene un comportamiento difícil o desafiante? Sí ☐ No ☐
¿Este niño ha sufrido abusos? Sí ☐ No ☐
¿Ha sufrido alguna vez este niño algún riesgo ambiental? Sí ☐ No ☐
¿Tiene este niño una discapacidad diagnosticada? Sí ☐ No ☐ Si la respuesta es sí, por favor explique la discapacidad del niño
¿Este niño tiene un PEI (Programa Educativo Individualizado) también conocido como IEP activo? Sí ☐ No ☐
¿Este niño tiene asma, alergias alimentarias, otras alergias, convulsiones u otras condiciones médicas? Sí ☐ No ☐ Si la respuesta es sí, por favor explique la condición médica y el nombre del médico que el niño ve para esta condición médica.
¿Está este niño en cuidado de crianza o alguna colocación a un pariente ordenado por la corte? Sí ☐ No ☐

Su hijo vive con: ☐ Uno de los padres/guardián ☐ Ambos padres/guardianes
¿Todos los padres (s) guardián (es) se han graduado de la escuela secundaria o de la preparatoria o han recibido un GED? Sí ☐ No ☐
¿Todos los padres (s) guardián (es) saben leer y escribir es su lengua natal? Sí ☐ No ☐
¿Alguno de los padres ha sido abusado? Sí ☐ No ☐
Idioma preferido en casa:
¿La familia requiere un intérprete?
Número de miembros de la familia en el hogar apoyado por los padres/guardianes (todos los adultos y niños):

Aplicación de admisión preescolar en el Condado de Kent

¿Hay alguien en la familia que está recibiendo ingresos del Seguro Social (SSI)?	Sí ☐ No ☐
¿Hay alguien en la familia que reciba asistencia en efectivo (TANF, pagos solo para niños)?	Sí ☐ No ☐
¿Hay alguien en la familia que recibe beneficios de SNAP?	Sí ☐ No ☐
¿Cuál es el ingreso bruto anual de la familia antes de los impuestos?	
¿Es por lo menos un padre/guardián un miembro activo del ejército de los Estados Unidos?	Sí ☐ No ☐

Información adicional:

¿El niño necesita cuidado antes de la escuela?	Sí ☐ No ☐
¿El niño necesita cuidado después de la escuela?	Sí ☐ No ☐
¿El niño está inscrito en otro programa de escuela?	Sí ☐ No ☐
Si la respuesta es sí, ¿por favor explique cuál programa?	
¿Este niño tiene hermanos?	Sí ☐ No ☐
¿Los hermanos están inscritos en otro programa de escuela?	Sí ☐ No ☐
Si la respuesta es sí, ¿por favor explique cuál programa?	
¿Es este niño un hermano de un niño que ahora está inscrito o regresando el próximo año escolar?	
Sí ☐ No ☐	
Sesión preferida: ☐ AM ☐ PM ☐ Día Entero	
Preferencia del sitio: (trataremos de acomodar una de las preferencias de su sitio. Sin embargo, la colocación en uno de sus sitios preferidos no está garantizada)	
Dirección de bus (no se garantiza el bus)	
Dirección de devolución (si es diferente de los buses)	
Dirección de recogida (si es diferente de los buses)	
¿Puede el padre/guardián dar transporte si no hay bus disponible?	
Sí ☐ No ☐	

¿Cómo te enteraste de preescolar?

☐ Agencia: Boletín informativo	☐ Agencia: Persona	☐ Valla Publicitaria	☐ Negocio: Folleto	☐ Negocio: Cartel
☐ Clínica: Folleto	☐ Persona Clínica	☐ Video Clínica	☐ Consultorio: Folleto	☐ Consultorio: Persona
☐ Folleto	☐ Amigo	☐ Visita en hogar	☐ Signo del patio	☐ Facebook/Media Social
☐ Periódico	☐ Radio	☐ Escuela: Boletín informativo	☐ Escuela: Llamada robótica	☐ Signo del patio escolar
☐ WIC				

¿Hay algo más que le gustaría que nosotros sepamos acerca de su hijo para asegurar la mejor colocación preescolar posible?

HEALTH APPRAISAL

Michigan Department of Health and Human Services

Dear Parent or Guardian: The following information is requested so that the school can work with the parent to meet the physical, intellectual, and emotional needs of the child. Fill out the information requested in Section I. Section III may be certified by the transcription of information from the certificate of immunization. The remaining sections are to be completed by a doctor, nurse, dentist, dental therapist, and dental hygienist.

(BE SURE TO BRING YOUR CHILD'S IMMUNIZATION RECORDS TO THE EXAMINATION).

PERSONAL

Child's Name (Last, First, Middle)	Date of Birth (mm/dd/yy)
Address (Number, Street, City, Zip Code)	Today's Date (mm/dd/yy)
Parent/Guardian (Last, First, Middle)	Home/Cell Phone Number
Address (Number, Street, City, Zip Code)	Work Phone Number

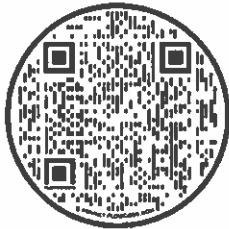
SECTION I – HEALTH HISTORY

Yes	No	Resolved	#	Is your child having any of the problems listed below?	
☐	☐	☐	1	Allergies or Reactions (for example, food, medication or other)	Birth History If yes, list medications Are there any current or past diagnosis(es) ☐ Yes ☐ No If yes, please describe
☐	☐	☐	2	Anaphylaxis	
☐	☐	☐	3	Does your child take any medication(s) regularly?	
☐	☐	☐	4	Hay Fever, Asthma, or Wheezing	
☐	☐	☐	5	Eczema or Frequent Skin Rashes	
☐	☐	☐	6	Convulsions/Seizures	
☐	☐	☐	7	Heart Trouble	
☐	☐	☐	8	Diabetes	
☐	☐	☐	9	Frequent Colds, Sore Throats, Earaches (4 or more per year)	
☐	☐	☐	10	Trouble with Passing Urine or Bowel Movements	
☐	☐	☐	11	Shortness of Breath	
☐	☐	☐	12	Speech Problems	
☐	☐	☐	13	Menstrual Problems	
☐	☐	☐	14	Dental Problems Date of Last Exam _____ OR Date of Last Assessment _____	
☐	☐	☐	Other (please describe) _____		

Reason for Medication		
Concussion History		
Parent/Guardian Signature	Date	Was the health history reviewed by a health professional? ☐ Yes ☐ No Examiner's Initials ____

SECTION II – PHYSICAL EXAMINATION, INSPECTION, TESTS AND MEASUREMENTS

Required for Child Care and Head Start / Early Head Start

Test and Measurements						
Yes	No	Was child tested for	Tests and results	Normal	Referred	Under care
☐	☐	Vision Date ____	Visual Acuity	☐	☐	☐
			Muscle Imbalance	☐	☐	☐
			Other	☐	☐	☐
☐	☐	Hearing Date ____	☐ Audiometer (R= Right, L=Left)	R/L	R/L	☐
			☐ OAE (R= Right, L=Left)	R/L	R/L	☐
			☐ Other (R= Right, L=Left)	R/L	R/L	☐
☐	☐	Urinalysis	Sugar	☐	☐	☐
			Albumin	☐	☐	☐
			Microscopic	☐	☐	☐
☐	☐	Blood Lead Level Date ____	Level ____ ug/dl	☐	☐	☐
Note: All children in Medicaid need to be tested at 1 and 2 years of age, or once between 3 and 6 years of age if not previously tested. All children, regardless of Medicaid status, should be tested at those same ages if they live in an area where lead risk is high.						
☐	☐	Height & Weight Other ____	Height	☐	☐	☐
			Weight	☐	☐	☐
			Other	☐	☐	☐
☐	☐	Hemoglobin/Hematocrit	☐	☐	☐	☐
☐	☐	Blood Pressure	Reading ____	☐	☐	☐
Complete pediatric tuberculosis risk assessment available at: https://www.michigan.gov/documents/mdhhs/4_MI_Pediatric_TB_Risk_Assessment_661537_7.pdf OR feel free to use the attached QR code instead of the full link text.						
						

Examinations and/or Inspections

Essential Findings Deviating from Normal

Exam Date _____

SECTION III – IMMUNIZATIONS

Statements such as "UP-TO-DATE" or "COMPLETE" will not be accepted. Admission to school may be denied based on this information.*

Vaccines (Circle Type)	Date Administered mm/dd/yy		Vaccines (Circle Type)	Date Administered mm/dd/yy	
Hepatitis B (HepB)	1	3	Hepatitis A (HepA)	1	3
	2	4		2	
DTaP/DTP/DT/Td	1	4	Influenza (IIV/LAIV)	1	3
	2	5		2	4
	3	6	Meningococcal MenACWY (MCV4)	1	3
Tdap	1		Meningococcal B (Bexsero, Trumenba)	1	3
				2	
<i>Haemophilus Influenzae</i> type b (HIB)	1	3	Human Papillomavirus (9vHPV, 4vHPV, 2vHPV)	1	3
	2	4		2	
Polio (IPV/OPV)	1	4	Additional Vaccines Specify Date & Type	Type of Vaccine(s)	Date of Vaccine(s)
	2	5		1	
	3			2	
			3		
Pneumococcal Conjugate (PCV7/PCV13)	1	3	Indicate and attach physician diagnosis or laboratory evidence of immunity as applicable.		
	2	4			
Rotavirus (RV1/RV5)	1	3	*Note: According to Public Act 368 of 1978, any child enrolling in a Michigan school for the first time must be adequately immunized, vision tested and hearing tested. Exemptions to these requirements are granted for medical, religious, and other objections, provided that the waiver forms are properly prepared, signed and delivered to school administrators. Forms for these exemptions are available at your provider office for medical waiver forms and through your local health department for nonmedical waiver forms.		
	2				
Measles, Mumps, Rubella (MMR/MMRV)	1	3			
	2				
Varicella (Chickenpox), (Var, MMRV)	1	2			
History of Chickenpox Disease? ☐ Yes ☐ No			Parent/Guardian refused recommended		
If yes, date _____			immunizations at visit: ☐		
I certify that the immunization dates are true to the best of my knowledge			☐		
Health Professional's Signature		Title		Date	

SECTION IV – RECOMMENDATIONS

(Required for Child Care and Head Start/Early Head Start)

Yes	No
☐	☐
Is there any defect of vision, hearing, or other condition for which the school could help by seating or other actions? If yes, please explain: _____	

☐	☐	Should the child's activity be restricted because of any physical defect or illness? If yes, check and explain degree of restriction(s): ☐ Classroom ☐ Swimming Pool ☐ Playground ☐ Competitive Sports ☐ Gymnasium ☐ Other
Other Recommendations		

SECTION V – DENTAL EXAM OR ASSESSMENT RECOMMENDATIONS (OPTIONAL)

Child's Name	Has received ☐ Dental Exam ☐ Dental Assessment
Findings and Recommendation (Check all that apply)	
☐ No Urgent Needs ☐ Restorative/Urgent Needs for Dental Care	☐ Routine Care Needed ☐ Untreated Decay
☐ Treated Decay ☐ Further Referral for Specialist	
Signature	Date
Check One ☐ Dentist ☐ Dental Therapist ☐ Dental Hygienist	

PHYSICIAN'S SIGNATURE

Examiner's Signature	Date	Examiner's Name (Print)	Degree or License
Number & Street	City	MI	Zip Code Telephone Number

Information required for:

Early On – Hearing and Vision Status; Diagnosis; Health status

Child Care Licensing – Physical Exam, Restrictions, Immunizations

Head Start/Early Head Start – Determination that child is up-to-date on a schedule of age-appropriate preventative and primary health care, including medical, dental, and mental health. The schedule must incorporate the well-childcare visit required by EPSDT and the latest immunizations schedule recommended by the Centers for Disease Control and Prevention, State, tribal, and local authorities. An EPSDT well-child exam includes height, weight, and blood tests for anemia at regular intervals based on age.

Developed in Cooperation with the Department of Health and Human Services, Education, Michigan American Association of Pediatrics, Early Childhood Investment Corporation, Child Care Licensing, Head Start, Michigan State Medical Society, Michigan Association of Osteopathic Physicians and Surgeons.

The Michigan Department of Health and Human Services will not exclude from participation in, deny benefits of, or discriminate against any individual or group because of race, sex, religion, age, national origin, color, height, weight, marital status, partisan considerations, or a disability or genetic information that is unrelated to the person's eligibility.

PERMISO PARA TOMAR FOTOS/VIDEOS

Doy permiso para que mi hijo/a sea incluido en fotos y/o videos durante su participación en actividades pre-escolares incluyendo excursiones.

☐ SI ☐ NO

Doy permiso para que fotos y/o videos de mi hijo/a sean usadas en la aula o en la escuela.

☐ SI ☐ NO

Doy permiso que fotos y/o videos de mi hijo/a sean usados en el internet incluyendo sitios de web para la aula, el distrito de escuela y/o Kent ISD.

☐ SI ☐ NO

Doy permiso para que fotos y/o videos de mi hijo/a sean usados para materiales impresos o para presentaciones que puedan ser compartidos con otro miembros del programa u otro educadores con el único propósito de instruction.

☐ SI ☐ NO

Notas:

Nombre del niño _____

Firma de padre or guardian _____

Teacher's Name _____ Date _____

Verificación de ingresos

En este momento no tengo documentación de ingresos obtenidos.

Por favor note que esta documentación cumple con los requisitos para verificación de ingresos para GSRP

Nombre del niño

Fecha

Nombre del padre

Firma del padre

Verificación de Situación de Vivienda

En este momento mi familia se encuentra sin hogar. Estamos viviendo en un albergue, hotel /motel, vivienda de transición, vivienda compartida o desprotegidos.

Nombre del niño

Fecha

Nombre del padre

Firma del padre