

Paquete de inscripción del centro de aprendizaje de programas de edad temprano 2022-23



* Todas las páginas deben ser completadas por padres y dado vuelta con aplicación. Esta solicitud no será considerada completa y un retardo o negación en aceptación puede ocurrir a menos que esta lista se rellena en su totalidad. La única excepción es con respecto a registros médicos/dentales - si las citas son pronto o durante el verano marque adecuadamente.

- ____ Formulario de inscripción (completar y devolver) Registration Form
- ____ Origen étnico-encuesta de idiomas de casa (completar y devolver) Language Survey
- ____ Prueba de residencia (proporcionado por los padres) Proof of Residency
- ____ Certificado de nacimiento (proporcionado por los padres) Birth Certificate
- ____ Documentos de custodia (si es aplicable, proporcionado por los padres) Custody
- ____ Registro de inmunización (proporcionado por los padres) Immunizations
- ____ Declaración médica (completar y devolver) * fecha del último examen o examen programado _____
- ____ Requisitos de vacunación (para la referencia de los padres) Immunization Requirements
- ____ Forma dental (completar y devolver) * fecha del último examen o examen programad _____
- ____ Certificación de liberación de oblijo legal (completar y devolver) Multipurpose Release
- ____ Forma de transporte (completar y devolver) Transportation
- ____ Resumen de habilidades de padres (completar y devolver) Parent Skills Summary
- ____ Calendario de Heartland ELP 2022-23 (para la referencia de los padres) Calendar

Examen físico - cada niño al entrar en el programa debe tener un examen físico realizado cada año. Examen físico actual se requiere para aceptación/admisión. Si su hijo no necesita un examen físico pronto debido a las pólizas de seguro, debe presentarse la física más reciente con el entendimiento de que una forma actualizada será necesaria durante el año. Los exámenes son válidos por 13 meses. El médico debe completar la declaración médica del niño (incluido en este paquete) que verifica todas las vacunas necesarias. Ningún niño podrá asistir a clase sin declaración médica completa del niño. Por favor, discutir la necesidad de la vacuna de HIB con su médico. Una prueba de hemoglobina es sugerida por las directrices preescolar. Nota: la DPT⁵ y ⁴ vacunas de la polio no necesitará ser dado antes de preescolar. El Departamento de salud recomienda que éstos se dan antes de la entrada del jardín de la infancia.

Un examen dental - examen dental se necesita cada año, el formulario debe ser completado y firmado por el dentist

Proporcionar los siguientes documentos:

1. **Certificado de nacimiento**-proporcionar una copia certificada nacimiento. Este certificado de nacimiento no es la que contiene huellas que provee el hospital. Pueden obtener copias certificadas de el Departamento de salud del Condado de Wayne.
2. **Documentos de custodia**-si ha habido una separación, divorcio, adopción o tutela debemos tener una copia completa de los documentos de custodia.
3. **Prueba de residencia**- una hipoteca, contrato de alquiler, impuestos, factura de utilidad, etcétera.

Las tarifas para Heartland Preschool están en una escala variable basada en el ingreso bruto total del hogar. Los ingresos se definen como ingresos laborales antes de las deducciones, asistencia social, manutención infantil, pensión alimenticia, pensiones, jubilación, Seguridad Social, SSI, beneficios de VA y todos los demás.

¿Cuál es el número total de miembros en su hogar? _____

¿Cuál es el ingreso bruto total de su hogar (anual)? _____

TARIFA horario basado en el ingreso anual

MENSUAL	\$5	\$15	\$30	\$50	\$75
ANUAL	\$45	\$135	\$270	\$450	\$675
Hogar					
2	abajo 20800	20801 24000	24001 27200	27201 29600	29601 32000 y arriba
3	abajo 26000	26001 30000	30241 34000	34001 37000	37001 40000 y arriba
4	abajo 31200	31201 36000	36451 40800	40801 44400	44401 48000 y arriba
5	abajo 36400	36401 42000	42661 47600	47601 51800	51801 56000 y arriba
6	abajo 41600	41601 48000	48871 54400	54401 59200	59201 64000 y arriba
7	abajo 46800	46801 54000	55096 61200	61201 66000	66601 72000 y arriba
8	abajo 52000	52001 60000	61336 68000	68001 74000	74001 80000 y arriba

Inscripción-su hijo se considerará para la inscripción en nuestro programa preescolar después de que hemos recibido toda la información de registro. Si su hijo no tiene un físico actual completado, confirma una cita y escriba la fecha de la cita en la lista de verificación de inscripción y pueden presentar la aplicación.

3301-37 de la código preescolar programa reglas administrativas 1-12, sección 08 Estados:

Información del niño (A) el padre debe presentar, antes de la fecha de admisión o a más tardar 30 días después de la fecha de admisión, y cada trece meses desde la fecha de examen, una declaración médica afirmando que el niño está en condiciones adecuadas para la inscripción en el programa.

Como el padre o tutor legal de _____, Entiendo que los documentos anteriores son requeridos por el Departamento de Educación de Ohio (ODA), Departamento de Ohio de trabajo y servicios de familia (ODJFS) y escuelas de la ciudad de Orrville para la inscripción en el programa y para mantener un estado activo en el distrito. Mi firma abajo verifica que toda la información que he proveído es verdadero y correcto. También entiendo que información falsa sería considerado fraude y será entregado al estado de Ohio.

Nombre del padre o tutor legal _____ Fecha _____



Sección I - estudiante y la información familiar

De nombre del niño fecha de nacimiento _____ edad _____ programa solicitado _____

Género masculino ___ femenino ___ del niño

Familia/tutor nombre _____

Domicilio _____

Ciudad _____ Estado _____ Zip _____

Nombre del empleador _____

Dirección empleador _____

Información familiar alternativo:

Nombre de familia o tutor _____

Dirección de la familia _____

Estado de _____ de la ciudad _____ Zip _____

Nombre del empleador _____

De dirección del empleador _____

Seleccione 1, 2 o 3 para establecer el orden de llamada de número de teléfono utilizado para contactarlo:

Teléfono celular _____ Orden de llamada _____

Teléfono de casa _____ Orden de _____

Teléfono del _____ Orden de _____

Ciudad _____ Estad _____ Zip _____

Seleccione 1, 2 o 3 para establecer el orden de llamada de número de teléfono utilizado para contactarlo:

Orden de llamada _____ de teléfono celular _____

Orden de inicio llamada _____ Orden de _____

Telefono de trabajo _____ Orden de _____

Ciudad _____ Estad _____ Zip _____

Sección II - autorización para emergencias

Debes enumerar 3 contactos de emergencia para su uso sólo si los padres no pueden ponerse en contacto con:

Nombre _____

Dirección Calle _____

Ciudad _____ estado _____ Zip _____

Nombre _____

Dirección Calle _____

Ciudad _____ estado _____ Zip _____

Nombre _____

Dirección Calle _____

Ciudad _____ estado _____ Zip _____

Case _____

Célula _____

Obra _____

Casa _____

Célula _____

Obra _____

Casa _____

Célula _____

Obra _____

Declaración de cuarto de baño: Entiendo que mi hijo debe ser inodoro entrenado y capaces de usar el inodoro de forma independiente y limpiar adecuadamente.

Firma del padre o tutor _____

Sección III - información de salud del niño y consentimiento para atención de emergencia

Crónica médica y necesidades infantil

Historia del niño de hospitalización: Historia de enfermedad del niño:	<p style="text-align: center;">Médico preferido</p> Nombre _____ Teléfono _____ <p style="text-align: center;">Especialista médico preferido</p> Nombre _____ Teléfono _____
Tratamiento o alergias del niño: Necesidades nutricionales del niño / restricciones:	<p style="text-align: center;">Dentista preferido</p> Nombre _____ Teléfono _____ <p style="text-align: center;">Hospital preferido</p> Nombre _____ Teléfono _____

NOTA: FORMULARIO MÉDICO DEBE COMPLETARSE PARA CADA MEDICAMENTO ADMINISTRADO DURANTE EL PROGRAMA DE ASISTENCIA

Registros de inmunización del niño atados: Sí No
 Medicamento/s: del niño

En el caso de que se hicieran intentos razonables de contactar a los Padres / tutores, por la presente otorgamos ____ no otorgamos ____ consentimiento para (1) la administración de cualquier tratamiento que se considere necesario por el personal médico mencionado anteriormente, o en el caso de que el profesional designado no esté disponible, por otro médico o dentista con licencia; y (2) el transporte de niños a cualquier hospital razonablemente accesible. Esta autorización no cubre cirugía mayor a menos que las opiniones médicas de otros dos médicos o dentistas con licencia, que coincidan en la necesidad de dicha cirugía, se obtengan antes de la realización de dicha cirugía.

Firma del padre o tutor _____ Fecha _____

Sección IV-registro autorizaciones

Autorizo a las siguientes acciones para ser incluidas en la lista de padres:

Nombre de mi hijo Sí No
 Nombre de la familia Sí No
 Números de teléfono Sí No
 Exentos de vacunas debido a convicciones religiosas Sí No

Anual lista de la clase: Cada año preparamos una lista para cada grupo de niños. Esta lista no se entregará a cualquier persona que no sea de los padres de los niños inscritos en nuestro

cellular Inicio trabajo

Por la presente declaro que la información proporcionada en este documento es verdadera y actual. Soy el tutor legal o custodio de este niño.

Fecha _____ Firma del padres _____

Origen étnico

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Por cambio de requisitos de información en el Departamento de Educación de Ohio, debemos reunir información de la raza/origen étnico para todos nuestros estudiantes y nuevas inscripciones. Por favor responder a dos preguntas:

1. **¿Mi hijo es de herencia Hispana/Latina?** ___ Sí ___ No
(una persona cubana, mexicana, puertorriqueña, del sur o América Central o de otra cultura u origen español)
2. **Hispano** – (personas de mexicano, puertorriqueño, cubano, Central o América del sur u otro español origen sin importar la raza o la cultura.) (Debe elegir una de las siguientes categorías también – definiciones arriba.)

_____ **Blanco** (personas con orígenes en cualquiera de los pueblos originarios de Europa, África del norte, o el Medio Oriente).

_____ **Asiáticos** (orígenes del lejano Oriente, sureste asiático o indio subcontinente--la zona incluye Camboya, China, India, Japón, Corea, Malasia, Pakistán, las Islas Filipinas, Tailandia y Vietnam)

_____ **Negro o afroamericano, no hispanos** (personas con orígenes en cualquier grupo racial negro en África.)

_____ **Nativo americano o de Alaska** (personas con orígenes en cualquiera de los pueblos originarios del norte y sur América, incluyendo Centroamérica, y que mantienen afiliación o apego comunitario tribu.)

_____ **Nativo hawaiano u otros (personas con orígenes en cualquiera de los pueblos originarios de Hawaii, las islas del Pacífico** Guam, Soma u otras islas del Pacífico).

Firma paterna: _____ Fecha: _____

ESPAOL (SPANISH)

Idioma de casa

Favor completar esta forma cuando registra su niño en el colegio. Esta forma debe ser completado por un padre o guardián legal. Este documento es incluido en documentos formales del estudiante. Esta forma solo será usado para determinar si el estudiante necesita ayuda o apoyo de aprendizaje de Ingles. Este documento no será usado para inmigración y tampoco será reportado a autoridades de inmigración.

Apellido (s) del Estudiante: _____

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____

1. ¿Cual es el idioma principal que se habla en su casa? Español _____ Inglés _____ Otro _____
2. ¿Cual idioma usa su hijo mas frecuentemente? Español _____ Inglés _____ Otro _____
3. ¿Cual idioma aprendió primero su hijo? Español _____ Inglés _____ Otro _____
4. ¿Cuál idioma usa mas frecuentemente cuando habla con su hijo? Español _____ Inglés _____ Otro _____
5. ¿Es ingles el idioma principal que usa su hijo? Si _____ no _____
6. ¿Cuantos años escolares ha asistido su hijo en los Estados Unidos? _____
7. ¿Cuál fue el ultimo año escolar de su hijo afuera de los Estados Unidos? _____
8. ¿Cuantos años escolares ha asistido su hijo en otro país? _____
9. ¿En cuales idiomas a recibido instrucción su hijo? _____
10. ¿Por favor compartir información que nos pueda ayudar a entender mejor las experiencias en Inglés de su hijo? _____

11. ¿En cual idioma prefieres recibir usted información escrita de la escuela? Español _____ Inglés _____ Otro _____

12. ¿En cual idioma prefieres recibir información oral de la escuela? Español _____ Inglés _____ Otro _____

Firma de padre: _____ Fecha: _____

Spanish | Apéndice A: Encuesta de uso del lenguaje

Padres y tutores: Sólo complete esta página de la encuesta. El reverso de este formulario lo completará la escuela. Se requiere una encuesta de uso del idioma completa para todos los alumnos al momento de la inscripción en las escuelas de Ohio. Esta información servirá para que el personal de la escuela sepa si necesitan verificar el dominio de inglés de su hijo/a. Las respuestas a estas preguntas aseguran que su hijo/a reciba los servicios educativos necesarios para tener éxito en la escuela. La información no se usa para identificar condición de inmigración.

Nombre del alumno: <i>(nombre y apellido)</i> _____		Fecha de nacimiento del alumno: <i>(mm/dd/aaaa)</i> _____	
Preferencias de comunicación Indique su preferencia de idioma para que podamos proveer un intérprete o documentos traducidos sin costo cuando los necesite. Todos los padres tienen derecho a obtener información sobre la educación de sus hijos en un idioma que entiendan.		1. ¿En qué idioma(s) preferiría su familia comunicarse con la escuela? _____	
Antecedentes del idioma La información sobre los antecedentes del idioma de su hijo/a nos ayuda a identificar a los alumnos que cumplen las condiciones para recibir apoyo para desarrollar las habilidades lingüísticas necesarias para tener éxito en la escuela. Puede ser necesario realizar pruebas para determinar si se necesitan apoyos para aprender el idioma.		2. ¿Qué idioma aprendió primero su hijo/a? _____ 3. ¿Qué idioma usa más su hijo en casa? _____ 4. ¿Qué idiomas se usan en su casa? _____	
Educación previa Las respuestas sobre el país de nacimiento de su hijo/a y la educación anterior nos brindan información sobre los conocimientos y habilidades que su hijo está trayendo a la escuela y pueden permitir que la escuela reciba fondos adicionales para apoyar a su hijo/a.		5. ¿En qué país nació su hijo/a? _____ 6. ¿Ha recibido su hijo/a educación formal fuera de los Estados Unidos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, ¿cuántos años/meses? _____ En caso afirmativo, ¿cuál fue el idioma de instrucción? _____ 7. ¿Ha asistido su hijo a la escuela en los Estados Unidos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, ¿cuándo asistió su hijo por primera vez a la escuela en los Estados Unidos? _____ / _____ / _____ Mes Día Año	
Información adicional Comparta información adicional para ayudarnos a comprender las experiencias de idioma y los antecedentes educativos de su hijo/a.			
Nombre del padre/tutor: _____		Apellido del padre/tutor: _____	
Firma del padre/tutor: _____		Fecha de hoy: <i>(mm/dd/aaaa)</i> _____	

Gracias por brindar la información precedente. Comuníquese con su escuela u oficina del distrito si tiene preguntas sobre este formulario o sobre los servicios disponibles en la escuela de su hijo/a. Se puede encontrar información traducida sobre las obligaciones de derechos civiles de las escuelas con los estudiantes de inglés como segundo idioma y padres con dominio limitado del inglés en este enlace: <https://www2.ed.gov/about/offices/list/ocr/ellresources.html>



(Apéndice A, continuación)

COMPLETADO POR EMPLEADO DE LA ESCUELA

1. **Marque.** Confirme las siguientes afirmaciones relacionadas con la administración de la encuesta de uso del idioma de Ohio:

- El distrito o escuela presentó la encuesta de uso del idioma, en la medida de lo posible, en un idioma y forma que el padre/madre o tutor comprendió.
- El distrito o escuela informó a el(los) padre(s) o tutor(es) acerca del propósito del formulario. La encuesta de uso del idioma solo se usa para entender las experiencias lingüísticas y los antecedentes educativos del alumno.
- El distrito o escuela registra información de la encuesta de uso del idioma en los registros correspondientes del Sistema de Información sobre la Gestión de la Educación (EMIS).
- Para los alumnos que se inscriben de otras escuelas y distritos de los Estados Unidos, los funcionarios de la escuela solicitan datos de encuestas de idioma anteriores y consultan la información cuando identifican estudiantes de inglés como segundo idioma.
- Los resultados de la encuesta de uso del idioma se guardan con los registros acumulativos del alumno y siguen al alumno si se transfiere a otro distrito o escuela.

2. **Anote.** Registre información adicional para ayudar en la revisión de la encuesta de uso del idioma.

3. **Registre.** Indique las respuestas de la encuesta de uso del idioma en la siguiente tabla. Consulte las anotaciones de la encuesta de uso del idioma en la página 2 para obtener ayuda sobre temas específicos.

<p>Lengua materna del alumno Vea la pregunta 2 de la encuesta de uso del idioma. Informe para <u>todos</u> los alumnos en el EMIS.</p>	_____
<p>Idioma que se habla en la casa del alumno Vea la pregunta 3 de la encuesta de uso del idioma. Informe <u>solo</u> para los estudiantes de inglés como segundo idioma en el EMIS.</p>	_____
<p>Estudiante de inglés como segundo idioma potencial Vea las preguntas 2-4 de la encuesta de uso del idioma.</p>	<input type="checkbox"/> Sí. Evalúe el dominio del inglés del alumno. <input type="checkbox"/> No. No evalúe el dominio del inglés del alumno.
<p>Condición de inmigrante del alumno Vea las preguntas 5-7 de la encuesta de uso del idioma. Informe para <u>todos</u> los alumnos en el EMIS.</p>	<input type="checkbox"/> Sí, el alumno es inmigrante. <input type="checkbox"/> No, el niño no es inmigrante.

4. **Valide.** Complete la siguiente información.

 Firma del empleado de la escuela que valida

 Fecha (mm/dd/aaaa)

 Nombre en letra de molde del empleado de la escuela que valida

 Nombre de la escuela o distrito escolar



Department of Education

Office of Early Learning and School Readiness



Heartland ELP 2022-23 Child Medical Statement

Section I - Child Medical Information

Child's Name _____ Age _____

Date of Birth _____ Height _____ Weight _____

Immunizations:		Exempt from Immunization:	
Complete for Age	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Religious Conviction	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
In Process	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Health	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
		Other	_____

Limitations or health conditions, including allergies, medications, and dietary restrictions.

Empty box for limitations or health conditions.

Section II - Child Medical Statement Verification

Physician/Clinic/Hospital Name _____ Provider Address _____

Provider Phone Number _____ Provider City _____ Provider State _____ Provider Zip _____

Check box of examining medical professional:

- Physician
- Physician's Assistant
- Advanced Practice Nurse

This child has been examined and is in suitable condition to participate in group care.

Signature of Medical Professional _____

Date of Exam _____

Programs funded through the Ohio Department of Education must have written policies and procedures to ensure that children have received comprehensive health screenings and/or that families are informed of the importance of health screenings and the resources to obtain them.

Immunizations for Child Care, Head Start and Pre-School Attendance:

<p>Please follow the following link to the ACIP Easy-to-read Immunization Schedule for Infants and Children^{1, 2}</p> <p style="text-align: center;">http://www.cdc.gov/vaccines/parents/downloads/parent-ver-sch-0-6yrs.pdf</p>		
<p>Ohio Revised Code 5104.014, Division B: Each child's³ caretaker parent shall provide to the center, home, or in-home aide a medical statement, as described in division (D) of this section, indicating that the child has been immunized against or is in the process⁴ of being immunized against all of the following diseases:</p>		
<ol style="list-style-type: none"> 1. Chicken pox; 2. Diphtheria; 3. Haemophilus influenzae type b; 4. Hepatitis A; 5. Hepatitis B; 	<ol style="list-style-type: none"> 6. Influenza; 7. Measles; 8. Mumps; 9. Pertussis; 10. Pneumococcal disease; 	<ol style="list-style-type: none"> 11. Poliomyelitis; 12. Rotavirus; 13. Rubella; 14. Tetanus.
<p>Ohio Revised Code 5104.014, Division C: A child is not required to be immunized against a disease specified in Division (B) of this section if any of the following is the case:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Immunization against the disease is medically contraindicated for the child; 2. The child's parent or guardian has declined to have the child immunized against the disease for reasons of conscience, including religious convictions; 3. Immunization against the disease is not medically appropriate for the child's age. <p><i>In the case of influenza, a child is not required to be immunized against the disease if the seasonal vaccine is not available.</i></p>		
<p>Ohio Revised Code 5104.014, Division D: The medical statement shall include all of the following information:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. The dates that a child received immunizations against each of the diseases specified in division (B) of this section; 2. Whether a child is subject to any of the exceptions specified in division (C) of this section. 3. The medical statement shall include a component where a parent or guardian may indicate that the parent or guardian has declined to have the child immunized. <p>Follow the link below to the Ohio Department of Jobs and Family Services' Child Medical Statement:</p> <p style="text-align: center;">http://www.odifs.state.oh.us/forms/findform.asp?formnum=01305</p>		

¹ Vaccine doses are only considered valid if administered according to the most recent version of the *Recommended Immunization Schedules for Persons Aged 0 Through 18 Years* or the *Catch-up Immunization Schedule for Persons Aged 4 Months Through 18 Years Who Start Late or Who Are More Than 1 Month Behind*, as published by the Advisory Committee on Immunization Practices.

² Vaccine doses administered ≤ 4 days before the minimum interval or age are valid (grace period). Doses administered ≥ 5 days earlier than the minimum interval or age are not valid doses and should be repeated as age-appropriate. If MMR and Varicella are not given on the same day, the doses must be separated by at least 28 days with no grace period.

³ "Child" includes both of the following: 1) An infant, toddler, or preschool age child; and 2) A school-age child who is not enrolled in a public or nonpublic school but is enrolled in a child day-care center, type A family day-care home, or licensed type B family day-care home or receives child care from a certified in-home aide.

⁴ "In the process of being immunized" means having received at least the first dose of an immunization sequence and complying with the immunization intervals or catch-up schedule prescribed by the director of health (in accordance with the ACIP catch-up schedule).



OHIO DEPARTMENT OF EDUCATION
DIVISION OF EARLY CHILDHOOD EDUCATION

HEARTLAND ELP DENTAL FORM 2022-23

Name of Child :	
Date of Birth:	___ Male ___ Female
Child's Current Age:	
Parent(s)/Guardian(s) Name:	

1. Is the child now receiving any of the following? If YES, include length of time receiving fluoride.

Topical fluoride application ___ No ___ Unknown ___ Yes

Fluoridated water ___ No ___ Unknown ___ Yes

Fluoride supplement diet ___ No ___ Unknown ___ Yes

___ Tablets ___ Liquid

2. Does the child have any of the following? If YES, provide details.

Allergies ___ Yes ___ No

Asthma ___ Yes ___ No

Bleeding ___ Yes ___ No

Diabetes ___ Yes ___ No

Epilepsy ___ Yes ___ No

Heart/vascular disease ___ Yes ___ No

Liver disease ___ Yes ___ No

Rheumatic fever ___ Yes ___ No

Sickle cell disease ___ Yes ___ No

Other (Please list.) _____

3. Does the child have any trouble with teeth, gums, or mouth? ___ Yes ___ No

If so, what kind? _____

4. Child has previously seen a dentist? ___ Yes ___ No

Dentist's Name _____ Date of last visit _____

5. Child is under a physician's care? ___ Yes ___ No

Physician's Name _____

6. Child is receiving medication? ___ Yes ___ No

7. PLEASE PROVIDE A WRITTEN SUMMARY OF SERVICES REQUIRED (on the back of this form):

- for the relief of pain or infection
- restoration and/or pulp therapy of decayed primary and permanent teeth
- extraction of non-restorable teeth
- dental prophylaxis and instruction in self-care oral hygiene procedures

Dentist's Name (Print)			
Complete Address			
Phone		Date of Current Visit:	
License No.	Tax ID No.		

The annual dental exam by a dentist is an oral diagnostic procedure which should include radiographs (x-rays) only if the dentist determines that they are absolutely necessary. This form should be completed within 90 days of the child's entrance into the program. Developmental dental history should be part of health screening completed within 45 days of entrance.

HEARTLAND Programa de Educación Temprana

ESTUDIANTE: _____

FECHA: _____

MANUAL DEL PRE-ESCOLAR

Voy a leer/revisar el manual del Pre-escolar y estoy de acuerdo en seguir las políticas y procedimientos del preescolar. El manual me será entregado después de completar la registración.

Firma de uno de los Padres/Guardián: _____

SALIDA POR EMERGENCIA

En raras ocasiones, tenemos despidos tempranos debido a condiciones peligrosas. Los autobuses escolares correrán sus rutas habituales. Por favor indique qué acción de despido prefiere:

_____ Mi hijo(a) debe permanecer en la escuela hasta que yo personalmente le recoja.

_____ Mi hijo(a) debe ir a casa con la persona autorizada indicada _____

Firma de uno de los Padres/Guardián: _____

PERMISO PARA VIAJE ESCOLAR

Quiero que mi hijo(a) pueda participar en viajes escolares este año con su clase. Él/ella tiene mi permiso para ir siempre que los maestros y la administración piensen que es recomendable. Mi aprobación para tales viajes permanece efectiva para todo el año escolar, aunque entiendo que recordaran a los padres antes del viaje escolar.

Firma de uno de los Padres/Guardián: _____

PERMISO DE PUBLICAR

El Pre-escolar Heartland tiene mi permiso para usar el nombre de mi hijo(a), foto, y/o trabajo original para actividades relacionadas con la escuela que pueden ser publicados en el OrrViews, The Daily Record, Akron Beacon Journal o el sitio web de la escuela.

Firma de uno de los Padres/Guardián: _____



Heartland Programa de Educación Temprana

Autorización De Transporte Diario Del Preescolar

Por favor elija solo una opción de salida diaria

Nombre del Niño(a) _____.

Programa _____

____ Sera recogido por su padre, madre/guardián.

____ Sera recogido por _____ (Está persona debe ser uno de los nombres que aparecen como contactos de emergencia en el formulario de registro.)

____ Va a montar el autobús # _____ a esta dirección _____.

Por favor proporcione el nombre, teléfono y la dirección, si es diferente de la casa.

Nombre _____ Teléfono _____

Dirección _____

Yo entiendo que un adulto debe caminar a mi estudiante al autobús y un adulto debe esperar por el autobús cuando lo traiga de regreso a casa. Si un adulto no está en la puerta del autobús para recoger al estudiante, el estudiante será regresado a la escuela o al garaje de autobuses.

¿Cómo llegará el estudiante a la escuela? _____

Firma de Padre/Madre _____ Fecha _____.

*****Si cambios son necesarios, por favor envíe una nota con su hijo(a) a su profesor. Por cambios de emergencia en el procedimiento diario de su estudiante, deben de llamar a la oficina antes de las 2:30 P.M. (330-682-1851) No aceptaremos cambios después de este tiempo.**



Resumen de conocimientos de programas de aprendizaje temprano del Heartland 2022-23

Padres - por favor complete este formulario para que podamos ofrecer la mejor experiencia para su hijo.

Nombre del niño _____ fecha de nacimiento _____ género F ____ M ____

padres _____ edad _____ programa _____

CLAVE: M = la mayoría de las veces D = esta desarrollando la habilidad N = no puede en este momento

OBSERVACIÓN EN AMBIENTE ESTRUCTURADO

(en grupo, iglesia, deportes, etcétera)

- Trabaja/juega independientemente por periodos cortos
- Sigue reglas
- Sigue horario de rutina diaria
- Asiste actividades de 5 a 10 minutos en un grupo
- Usa el baño independiente
- Hace las transiciones de:
 - casa a la actividad
 - de un lugar a otro dentro de la iglesia, biblioteca, etcétera
 - cuando hay cambios en la rutina diaria

OBSERVACIONES SOCIALES

- Coopera con otros durante el juego
- Trabaja con otros
- Se ajusta a los cambios en la rutina
- Confía en adultos: Sí/No
 - Demuestra comportamiento cooperativo:
 - toma su turno
 - ayuda a otros
 - puede compartir
 - Demuestra autocontrol:
 - espera su turno
 - puede mantener las manos a si mismo

COMUNICACIÓN

- Responde cuando se llama su nombre
- Se comunica deseos y necesidades
- Usa palabras inteligibles
- se expresa verbalmente sus sentimientos/emociones adecuadamente
- Contesta preguntas simples sobre una historia
- Sigue instrucciones simples
- Recita su nombre y apellido cuando se le pregunta

ACADÉMICO PREVIO

- Identifica colores: Rojo azul verde amarillo naranja negro marrón púrpura (marque colores conocidos)
- Identifica formas: Círculo cuadrado triángulo rectángulo (marque formas conocidas)
- Identifica y describe un cuadro
- Reconoce su nombre si lo ve escrito
- Reconoce las letras de su nombre
- Puede escribir su nombre
- Identifica las palabras que comienzan con el mismo sonido
- Identifica palabras que riman
- Canta repeticiones de canciones simples y rimas
- Identifica y nombra los números 0-9
- Puede contar usando los números correspondientes 1:1 hasta llegar a 5

DESARROLLO MOTOR

- Motor grueso:
 - Demuestra capacidad para: saltar - brincar - subir a algo - equilibrio (marque habilidades logradas)
 - Demuestra conciencia espacial, posición del cuerpo en el espacio
- Motor fino:
 - Trabaja adecuadamente con tijeras
 - Trabaja adecuadamente con crayones, marcadores, lápices
 - Trabaja apropiadamente con los rompecabezas, Legos, otros manipuladores
 - Demuestra conocimiento de las relaciones espaciales
 - Maneja ropa independiente

COMENTARIO: (Por favor imprimir toda la información, seguir por detrás si es necesario) ¿Hay alguna específica para este niño que ayudaría a la maestra? Incluye información sobre la fuerza del niño, las necesidades del niño, estrategias de enseñanza exitosas, etcetera).

Completado por _____

Relación al niño _____

¡Gracias!

HEARTLAND PRECCHOOL | 2022-2023 CALENDAR

Aug 23 - 1st Day Students

AUGUST '22						
S	M	T	W	Th	F	S
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30	31			

JANUARY '23						
S	M	T	W	Th	F	S
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

Jan 4 School Resumes

Jan 16 No School/
M.L. King Day

Sep 5 - No School/Labor Day

Sep 12 - No School/Fair Day

SEPTEMBER '22						
S	M	T	W	Th	F	S
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	

FEBRUARY '23						
S	M	T	W	Th	F	S
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28				

Feb 20 No School/
President's Day

OCTOBER '22						
S	M	T	W	Th	F	S
						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29
30	31					

MARCH 23						
S	M	T	W	Th	F	S
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30	31	

Nov 24-25 - No School/
Thanksgiving Break

Nov 28 - No School/PT Day

NOVEMBER '22						
S	M	T	W	Th	F	S
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30			

APRIL '23						
S	M	T	W	Th	F	S
						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29
30						

Apr 3-6 No School/
Spring Break

Apr 10 - School Resumes

Dec 21-Jan 3 - No School/
Winter Break

DECEMBER '22						
S	M	T	W	Th	F	S
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	31

MAY '23						
S	M	T	W	Th	F	S
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30	31			

May 18 - Last day of class

Tuition Payments are due by the 25th of each month- first due date is August 25th and the final payment is due April 25th.

There will be no AM class when Orrville City Schools are on a delay.