

Pre-K Registration Checklist

Child's Name: _____

The following documents are needed:

- _____ 1. Copy of Certified Birth Certificate
(This can be obtained from the Health Department. Your child's acceptance will not be guaranteed until this is received).
- _____ 2. Copy of Social Security Card
- _____ 3. Proof of Residency
- _____ 4. Immunization Certificate, DHR Form #3231
- _____ 5. Ear, Eye, and Dental Exam Certificate, DHR Form #3300

If you receive or participate in any of the following programs please supply documentation:
(Note: registrar will need to see the information and make copies)

- _____ Medicaid
- _____ Peach Care for Kids
- _____ Food Stamps (EBT)
- _____ Temporary Assistance to Needy Families (TANF)
- _____ Supplemental Security Income (SSI)
- _____ Child and Parent Services (CAPS)
- _____ Education Program Application (for verification purposes you may be asked to show us your check stub)

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 NIÑO(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 información 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

_____ (nombre de la guardería)

acuerda proveer servicios de cuidado infantil durante el día a

_____ los días
(nombre del niño(a))

_____, desde las _____ AM
(días de la semana)

hasta las _____ P.M., y desde el mes de _____ al mes de

_____.

Mi niño(a) participará en el siguiente 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	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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.

_____ (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

Roster Information Form

This form is to be completed after school starts, not at the time of registration. Please clearly print the name as it appears on the birth certificate. *(Por favor escriba el nombre como aparece en el certificado de nacimiento.)*

Legal Last Name <i>(Apellido)</i>											
Legal First Name <i>(Primer Nombre)</i>											
Legal Middle Name <i>(Segundo Nombre)</i>						Name Suffix <i>(Sufijo)</i> (Jr, II, III)					
Child's Social Security #				DOB <i>(Fecha de Nacimiento)</i> (M/D/Y)				Gender <i>(Sexo)</i>			
____ - - ____ - - ____				____ / ____ / ____				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			
Date enrolled in Pre-K (M/D/Y)						If different from birth certificate, name student is called					
____ / ____ / ____											

1. **EVERYONE** must answer the following question. *(TODOS deben contestar la pregunta.)*

Is your child's ethnicity **Hispanic/Latino/Spanish Origin**, regardless of race? *(¿Es Ud. Hispano/Latino o de Origen Hispano, sin importar la raza?)*

Yes (Si) No (No)

2. **EVERYONE** must select **ONE OR MORE** of the following races regardless of how you answered question one. *(TODOS deben seleccionar UNA O MAS de las siguientes razas sin importar cómo haya contestado la primera pregunta.)*

Is your child:

a. **White** – A person having origins in any of the original peoples of Europe, the Middle East, or North Africa. *(Blanco – Una persona que tiene orígenes en los pueblos provenientes de Europa, el Medio Oriente, o África del Norte.)*

b. **Asian** – A person having origins in any of the original peoples of the Far East, Southeast Asia, or the Indian subcontinent including Cambodia, China, India, Japan, Korea, Malaysia, Pakistan, the Philippine Islands, Thailand, and Vietnam. *(Asiática – Una persona con orígenes en los pueblos provenientes del Lejano Oriente, Suroeste de Asia, o el subcontinente Hindú incluyendo, a Cambodia, China, India, Japón, Corea, Malasia, Pakistán, Las Filipinas, Tailandia, y Vietnam.)*

c. **Native Hawaiian or Other Pacific Islander** – A person having origins in any of the original peoples of Hawaii, Guam, Samoa, or other Pacific Islands. *(Nativo de Hawaii u Otra Isla del Pacífico – Una persona con orígenes en los pueblos provenientes de Hawaii, Guam, Samoa, u otra Isla del Pacífico.)*

d. **Black or African American** – A person having origins in any of the Black racial groups of Africa. *(Negro o Afro Americano – Una persona con orígenes en los pueblos provenientes de África o en grupo racial Negro.)*

e. **American Indian or Alaskan Native** – A person having origins in any of the original peoples of North and South America including Central America, who maintains a tribal affiliation or community attachment. *(Indio Americano o Nativo de Alaska – Una persona con orígenes en los pueblos provenientes de América Del Norte y del Sur, incluyendo América Central, que mantiene una afiliación tribal o comunitaria.)*

3. What is your child's primary language? *(¿Cuál es el idioma primario de su hijo(a)?)*

- English *(Inglés)*
- A language other than English *(Un idioma diferente al Inglés)*

4. Was your child born as a: *(El parto en que Ud. tuvo a su hijo(a) fue de:)*

- Single Birth (1) *(Un sólo niño)*
- Twin (2) *(De mellizos)*
- Triplet (3) *(De trillizos)*
- Quadruplet (4) *(De cuatrillizos)*
- Quintuplet (5) *(De quintuples)*

5. Does your child have an Individualized Education Plan (IEP)? *(¿Tiene su hijo(a) un Plan de Educación Individualizada (IEP)?)*

Yes (Si) No (No)

6. Does your child receive any of the following services? *(¿Recibe su hijo(a) alguno de estos servicios?)*

- Childcare and Parent Services (CAPS) (child care subsidy program)
- Food Stamps *(Cupones de Alimentos)*
- SSI
- Medicaid
- Temporary Assistance for Needy Families (TANF)

7. Will the Pre-K center be providing transportation for your child? *(¿Recibirá su hijo(a) transporte en el Centro donde va a asistir a Pre-K?)*

Yes (Si) No (No)

Pre-K Parental Agreement

Before any medication is dispensed to my child, I will provide a written authorization, which includes: Date, Name of Child, Name of Medication, Prescription Number (if any), Dosages, and Date and Time of Day to be given to child. Medicine will be in the original container with my child's name marked on it.

My child will not be allowed to enter or leave the facility without being escorted by the parent(s), person(s) authorized by parent(s), or facility personnel.

I acknowledge it is my responsibility to keep my child's records current to reflect any significant changes as they occur, e.g., telephone numbers, work location, emergency contacts, child's physician, child's health status, infant feeding plans, and immunization records, etc.

The facility agrees to keep me informed of any incidents, including illnesses, injuries, adverse reactions to medications, etc., which include my child.

_____ agrees to obtain written authorization from me before my child participates in routine transportation, field trips, special activities away from the facility, and water-related activities occurring in water that is more than two (2) feet deep.

I authorize the child care facility to obtain emergency medical care for my child when I'm not available.

I have received a copy and agree to abide by the policies and procedures for the above-named facility.

SIGNED: _____ (Parent/Guardian)

Date _____

SIGNED: _____ (Facility Administrator / Authorized Person)

Date _____

Student Release Form 2016-2017



Student's Name: _____
Teacher's Name: _____ Grade: _____

Field Trips:

I give my child permission to go on field trips during the 2016-2017 school year.

Parent's Signature: _____

Website:

During the year events will take place where staff will be taking pictures. These pictures are sometimes posted on the school website. Please check if you give permission for your child to appear on the school website.

Yes, I give permission for my child to appear on the school website.

No, I do not give permission for my child to appear on the school website.

Parent's Signature: _____

Internet Use:

Your child will be using the computers and tablets while at school. Please sign below if you give permission for your child to use the internet with teacher supervision.

Parent's Signature: _____

Meriwether County School District HOME LANGUAGE SURVEY

Student Name: _____ Birth Date: _____ Sex: Male Female
 Parent/Guardian Name: _____
 Address: _____
 Home Telephone: _____ Work Telephone: _____
 School: _____ Grade: _____ Date: _____

1. Was your child born in the United States? Yes No
 If yes, in which state? _____
 If no, in what other country? _____
2. Has your child attended any school in the United States for any three years during their lifetime? Yes No
 If yes, please provide school name(s), state, and dates attended:
 Name of School _____ State _____ Dates Attended _____
 Name of School _____ State _____ Dates Attended _____
 Name of School _____ State _____ Dates Attended _____
3. What language is spoken by you and your family most of the time at home? _____
4. If available, in what language would you prefer to receive communication from the school? _____
5. Please check if your child is:
 A. Native American Indian C. Native Pacific Islander
 B. Alaska Native D. Native U.S. Virgin Islander
6. Is your child's first-learned or home language anything other than English? Yes No

If you responded "Yes" to question number 6 above, please answer the following questions:

7. What language did your child learn when he/she first began to talk? _____
8. What language does your child most frequently speak at home? _____
9. What language do you most frequently speak to your child? (Father) _____
 (Mother) _____
10. Please describe the language understood by your child. (Check only one)
 A. Understands only the home language and no English.
 B. Understands mostly the home language and some English.
 C. Understands the home language and English equally.
 D. Understands mostly English and some of the home language.
 E. Understands only English.

 Parent or Guardian's Signature Date

OFFICE USE ONLY			
Student ID #	Date Distributed	Date Received	



School System: _____

Parent Occupational Survey

Please complete this form to determine if your children qualify to receive additional services under Title I, Part C

Has your family moved in order to work in another city, county, or state, in the last three (3) years? Yes No

If so, what is the date your family arrived in the city/town you reside? _____

Has anyone in your immediate family been involved in one of the following occupations, either full or part-time or temporarily during the last three (3) years? (Check all that apply)

- 1) Agriculture; planting/picking vegetables or fruits such as tomatoes, squash, grapes, onions, strawberries, blueberries, etc
- 2) Planting, growing, or cutting trees (pulpwood)/raking pine straw
- 3) Processing/packing agricultural products
- 4) Dairy/Poultry/Livestock
- 5) Meatpacking/Meat processing/Seafood
- 6) Fishing or fish farms
- 7) Other (Please specify occupation): _____

Name of Students	Name of School	Grade
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Names of Parent(s) or Legal Guardian(s) _____

Current Address: _____

City: _____ State: _____ Zip Code: _____ Phone: _____

Thank You!
Please return this form to the school

The answers to this survey will help determine if your children are eligible to receive supplemental services from the Title I, Part C Program.

Note for the school/district: when both "yes" and one or more of the boxes from 1 to 7 is/are checked, please give this form to the migrant liaison or migrant contact for your school/district. Please file original in student's records. Non-funded (consortium) systems should fax occupational parent surveys to Migrant Education Agency (MEA) serving your district

For additional questions regarding this form, please call the MEA serving your district:
 Region 1 – Live Oak MEA (Brooklet) 1-800-621-5217; Fax (912) 842-5440
 Region 2 – Southern Pine MEA (Lenox and Bainbridge) 1-866-505-3182; Fax (229) 546-3251
 Region 3 – Piedmont MEA (Clarksville) 1-800-648-0892; Fax (706) 754-3594



Sistema Escolar: _____

Encuesta Ocupacional para Padres
Por favor llene este formulario para determinar si sus hijos califican para recibir servicios a través del Programa de Título I, Parte C

¿Ustedes se han movido para trabajar en otra ciudad, condado, o estado, en los últimos tres (3) años? Sí No

Si su respuesta es "Sí", ¿en qué fecha llegaron a la ciudad/pueblo donde viven actualmente? _____

¿Alguien de su familia trabaja, ha trabajado, o tiene la intención de trabajar, en una de las siguientes actividades en forma permanente o temporal o ha hecho este tipo de trabajo en los últimos tres años? (Marque todos los que apliquen)

- 1) Agricultura; plantando/cosechando vegetales o frutas como tomates, calabazas, uvas, cebollas, fresas, arándanos, etc.
- 2) Plantando o cortando árboles/juntando agujas de pino (*pine straw*)
- 3) Procesando /empacando productos agrícolas
- 4) Lechería o ganadería
- 5) Empacadoras o procesadoras de carne/pollo o mariscos
- 6) Pescando o criando pescado
- 7) Otra actividad. Por Favor especifique en cuál: _____

Nombre de los Estudiantes	Nombre de la Escuela	Grado
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Nombre de los padres o guardianes legales: _____

Dirección donde vive: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Teléfono: _____

¡Muchas Gracias!
Por favor regrese este formulario a la escuela

Las respuestas a este formulario van a ayudar a determinar si sus hijos califican para recibir servicios a través del programa de Título I, Parte C.

Note for the school/district: when both (Yes) "Sí" and one or more of the boxes from 1 to 7 is/are checked, please give this form to the migrant liaison or migrant contact for your school/district. Please file original in student's records. Non-funded (consortium) systems should fax occupational parent surveys to Migrant Education Agency (MEA) serving your district
For additional questions regarding this form, please call the MEA serving your district:

- Region 1 – Live Oak MEA (Brooklet) 1- 800-621-5217; Fax (912) 842-5440
- Region 2 – Southern Pine MEA (Lenox and Bainbridge) 1-866-505-3182; Fax (229) 546-3251
- Region 3 – Piedmont MEA (Clarksville) 1-800-648-0892; Fax (706) 754-3594