



Registración

Nombre legal del niño: Nombre _____ Segundo Nombre _____ Apellido _____

Fecha de nacimiento _____ / _____ / _____ País de nacimiento _____ Género _____
 Mes Día Año

Raza/Grupo Étnico			
1	¿Su estudiante es hispano ó latino? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
2	<table border="0"> <tr> <td style="vertical-align: top;"> Raza <i>(marque todo lo que corresponda)</i> </td> <td> <input type="checkbox"/> Indígena Americano ó Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro ó Afroamericano <input type="checkbox"/> Hawaiano Nativo ó de otra Isla del Pacífico </td> </tr> </table>	Raza <i>(marque todo lo que corresponda)</i>	<input type="checkbox"/> Indígena Americano ó Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro ó Afroamericano <input type="checkbox"/> Hawaiano Nativo ó de otra Isla del Pacífico
Raza <i>(marque todo lo que corresponda)</i>	<input type="checkbox"/> Indígena Americano ó Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro ó Afroamericano <input type="checkbox"/> Hawaiano Nativo ó de otra Isla del Pacífico		

Domicilio principal del niño:
 Domicilio: _____ Ciudad: _____ Código postal: _____

Padre/custodio legal n o. 1 - Información de contacto
 Comuníquese con esta persona en caso de emergencia: 1º 2º 3º 4º (marque solo una) Sexo: M F
 ¿Custodio legal? Sí No
 Nombre: _____ Parentesco con el estudiante: _____ Correo Electrónico: _____
 Domicilio: igual de estudiante _____ Número de teléfono: _____
 Numero de Trabajo: _____ Nombre y Direccion de Trabajo: _____
 Instrucciones Especiales: _____

Padre/custodio legal n o. 2 - Información de contacto
 Comuníquese con esta persona en caso de emergencia: 1º 2º 3º 4º (marque solo una) Sexo: M F
 ¿Custodio legal? Sí No
 Nombre: _____ Parentesco con el estudiante: _____ Correo Electrónico: _____
 Domicilio: igual de estudiante _____ Número de teléfono: _____
 Numero de Trabajo : _____ Nombre y Dirreccion de Trabajo: _____
 Instrucciones Especiales: _____

El estudiante vive principalmente con:			
Nombre	Parentesco con el estudiante <i>(padre, hermano, abuelo, amigo de la familia, etc.)</i>	Información de contacto <i>(Número de teléfono)</i>	¿Contacto de emergencia? <i>(si/no)</i>



Contacto de emergencia adicional

Comuníquese con esta persona en caso de emergencia: 1º 2º 3º 4º (marque solo una)

Nombre: _____ Parentesco con el estudiante: _____ Número de teléfono: _____

Domicilio: igual de estudiante _____

Comuníquese con esta persona en caso de emergencia: 1º 2º 3º 4º (marque solo una)

Nombre: _____ Parentesco con el estudiante: _____ Número de teléfono: _____

Domicilio: igual de estudiante _____

Comuníquese con esta persona en caso de emergencia: 1º 2º 3º 4º (marque solo una)

Nombre: _____ Parentesco con el estudiante: _____

Domicilio: igual de estudiante _____ Número de teléfono: _____

Doctor: _____ Direccion: _____ Numero: _____

Dentista: _____ Direccion: _____ Numero: _____

Hospital: _____ Direccion: _____ Numero: _____

¿Su hijo tiene algunas alergias? Si es así, por favor indíquelas: _____

Autorizo, con mi firma a continuación, que si no se puede contactar a las personas mencionadas anteriormente, el personal de la escuela puede usar su mejor criterio en una emergencia. **Early Excellence Program of Denver NO tiene seguro médico/dental para cubrir a los estudiantes.** Se entiende que todos los costos relacionados con el tratamiento médico/dental serán responsabilidad del padre/tutor. Siempre que el personal médico considere necesario el tratamiento médico, no impongo prohibiciones específicas con respecto al tratamiento a menos que se indique lo contrario: _____

¿Qué idioma se habla principalmente en el hogar, independientemente del idioma que habla el estudiante?

Inglés Español Vietnamita Otro - indique cuál: _____

Las evaluaciones cumplidas

La evaluación	La fecha, aproximadamente:	¿El niño fue enviado a recibir más evaluaciones?
La vista		
La audición		
Los exámenes dentales		
Las funciones cognitivas		
Otro:		

Firma de la persona que llena el formulario: _____ Fecha: _____



Permisos

Doy permiso firmando a continuación, para lo siguiente: (circule cada uno)

- 1) ¿Usted, su hijo y otros miembros de la familia participarán en las actividades de evaluación necesarias?
 Si No
- 2) ¿Usted, su hijo y otros miembros de la familia serán fotografiados o grabados con fines relacionados con la escuela, incluida la aplicación Brightwheel, publicidad escolar a través de la web o en material impreso?
 Si No
- 3) ¿Su hijo va a caminar por la naturaleza hacia el patio de recreo al aire libre y en excursiones a pie en los días que el clima lo permite?
 Si No
- 4) ¿Que su hijo mire medios educativos apropiados para su edad y aprobados por la escuela y películas, videos o programas de televisión clasificados como G, si se muestran en el salón de clases?
 Yes No
- 5) Permiso a Early Excellence para aplicarle Protector Solar, Lociones/Cremas, Pomada para Pañales? EEP no proporciona lociones/pomadas para pañales. Los padres lo deben proporcionar. (Circule cada uno)

Protector Solar Si No

Lociones/Cremas Si No

Pomada para Pañales Si No

Ingresos familiares y costos

Tamaño de la familia: _____ Ingreso bruto mensual antes de deducciones y gastos: \$: _____

Completado por el personal de EEP

Tarifa Mensual:	Tiempo completo: \$2,310	Tiempo parcial: \$1,386
Antes/después de la escuela (plano/mensual):	<u>Tiempo completo: \$200</u>	<u>Tiempo completo: \$200</u>
	TOTAL: _____	_____

Costos del desayuno, el almuerzo y la merienda diarios: sin cargo al completar el formulario en línea de comidas de DPS: <http://foodservices.dpsk12.org/free-reduced.ph>

Descuento de beca de EEP: _____
 Descuento de matrícula de DPP: _____
 Descuento de matrícula de CCAP: _____
 Descuento de matrícula de UPK: _____
 Descuento militar activo/DPS/segundo hermano: _____

Total Mensual: _____

Entiendo que la matrícula de mi hijo vence el primer día hábil de cada mes y si no se paga antes del día 15 del mes, incurriré en un cargo por pago atrasado de \$ 15.00

Polizas y Procedimientos – Declaración Escrita

Al firmar a continuación, confirmo que he recibido una copia del Manual, polizas y procedimientos familiares para el Programa de Early Excellence de Denver. Una copia está disponible en el sitio web de Early Excellence en <http://eepdenver.org/enrollment-application/>

Firma de la persona que llena el formulario: _____ **Fecha:** _____



Estudiante: _____

Apellido

Nombre

Segundo Nombre

Fecha de Inicio: ____/____/____

Ultima fecha de Inscripción: ____/____/____

Por favor de regresar las siguientes formas a EEP

Documents	Documentos	Inicial Recibida Por EEP	Notas de EEP
Estudiante Hogar Emergencia	Permisos		
Acta de nacimiento (copia oficial)			
Comprobante de domicilio (es decir. Hipoteca, alquiler, Xcel, agua, o cuenta del cable)			
Forma de la valoración de la salud (estampada y firmada por el doctor del niño)			
Expedientes de la inmunización			
Escuela pública de Denver - uso del programa del almuerzo			
Programa de la ayuda del cuidado de niño de Colorado (CCAP)			
Uso del programa de DPP Denver			
Programa de Universal Preschool de Colorado (UPK)			
Documentación de ingresos por un período de 1 mes (incluya la ayuda pública, si fuera aplicable)			

Referred by *Referido por:* _____

Is the child potty trained?: _____

Notas del persona de EEP:
