



Formulario de verificación de dirección

Estimado Padre / Tutor:

El director de cada escuela tiene la responsabilidad de obtener y verificar la residencia legal de cada estudiante matriculado en el colegio. La verificación de la dirección debe ir acompañada de dos o más de los elementos de la lista que se muestra a continuación. Por favor, se asegúrese de que los documentos que proporcione tengan una dirección física. No habrá documentos con solo información de apartado postal aceptado.

Complete este formulario, proporcione los documentos que seleccionó a continuación y devuelva este formulario a la escuela.

- Registros de propiedad / impuestos
- tarjeta de Medicaid
- Tarjeta de registro de votante
- Documentos de la hipoteca o escritura de propiedad
- Factura telefónica
- Pasaporte estadounidense
- Contrato de arrendamiento
- Extracto bancario
- ID REAL
- Cuenta de servicios públicos actual
- Factura de cable / internet
- Registro de vehículos automotores
- Licencia de conducir actual
- Nómina / talón W-2
- Tarjeta de identificación militar
- Tarjeta de seguro de vehículos motorizados
- Correspondencia de la autoridad gubernamental con respecto a la recepción de beneficios
- Otros documentos (especifique) _____ (**Requiere revisión y aprobación de la Oficina Central**)

Escuela: _____ Grado del estudiante: _____

Nombre legal del estudiante (en letra de imprenta): _____

Nombre de pila

Segundo nombre

Apellido Nombre del Padre de Familia / Guardian: _____

Dirección actual _____ Número de apartamento? _____

Ciudad (*): Estado (*): Código postal: _____

Número de teléfono de casa: _____ Número de teléfono celular: _____

Dirección de correo electrónico: _____

¿Su dirección de correo es la misma que la mencionada anteriormente? _____

Si su dirección postal no es la misma que su dirección física, ingrese su dirección postal a continuación:

Dirección postal _____ Número de apartamento? _____

Ciudad (*): Estado (*): Código postal: _____

Este formulario será revisado dentro de los 30 días de la inscripción. Todos los documentos deben presentarse a la escuela.

Firma del padre / tutor: _____ Fecha: _____

Nombre impreso del padre / tutor: _____

Solo uso de oficina

VERIFICATION COMPLETED

Office use only

2 documents

Address matches school district

Home visit on date: _____ by _____ (Position) _____

Final verification on date: _____ by _____ (Position) _____

FECHA DE REVISIÓN: 3/1/2020

LAS ESCUELAS PÚBLICAS DEL CONDADO DE WAYNE

Formulario Escolar de Salud

Atención: Padres de los niños de kindergarten

La ley de Carolina del Norte requiere que todos los niños tengan una Evaluación de Salud y un certificado de inmunización/vacunas completo en los archivos de la escuela para todos los niños(as) empezando en el Kindergarten cada año. La evaluación de salud debe ser completada dentro de los 12 meses antes del primer día de kindergarten. Los directores escolares son requeridos de enviar a casa al estudiante si no ha obtenido una Evaluación de Salud y/o el certificado de inmunización/vacunas dentro de 30 días después del primer día de escuela.

Si su hijo(a) en kindergarten no ha tenido una evaluación médica desde el 24 de agosto del 2019, usted debe llamar a su médico o el departamento local de salud para hacer una cita. El primer día de clase para el próximo año escolar 2020-2021 será el 24 de agosto del 2020.

Si necesita una cita, usted debe llamar ahora para sacar la cita en el lugar de su preferencia. Esto evitara la probabilidad de que su hijo(a) sea enviado a casa de la escuela sin poder regresar hasta que sea obtenido un examen físico/medico.

Gracias por su rápida atención.

DATOS DE LA ENCUESTA DE KINDERGARTEN

¿Cuál es el NOMBRE LEGAL de su hijo? Por favor imprimir.

Primer nombre segundo nombre: _____

Apellido: _____

¿Actualmente llama a su hijo por su nombre o segundo nombre?

Lo llamo por su nombre que se muestra arriba.

Lo llamo por su segundo nombre que se muestra arriba.

¿En qué escuela primaria WCPS se inscribirá su hijo para el año escolar 2020-2021?

Por favor seleccione la casilla para la escuela apropiada a continuación:

Primaria Brogden Primaria Carver Elemental EasternWayne
Fremont Stars Primaria Grantham Meadow Lane Elementary
Primaria North Drive Elemental Northeast Elemental Northwest
Primaria Rosewood Primaria Spring Creek Primaria Tommy's Road

Asistió su hijo un ny el condado de Wayne programa de Pre-K durante el año escolar 2019-2020 (Jefe St arte / NC Pre K / otro) ? Por favor marque la casilla correspondiente a continuación.

Mi hijo no asistió a un programa de Pre-K.	Happy Days Childcare
Mi hijo asistió ...	Primaria Meadow Lane
Guardería Antioch	Primaria del noreste
Centro de Head Start de Belfast	North Drive Elementary
Comienzos brillantes	Rosewood Elementary
Comienzos brillantes II	Avenida Royall. Inicio
Brogden Primary NC Pre K	Avenida Royall. NC Pre-K
Bryan Sutton CDC Head S tart	SSELC NC Pre K
Carver Elementary	S SELC Creative Cubs
Carver Head Start	SSELC Colaborativo
Head Start Castaño	Small World Childcare
Academia Dillard	Spring Creek Elementary
Eastern Wayne Elementary	Tommy's Road Elementary
Fairview Community Ctr.	Wee Are the World
Fremont Stars	Otro: _____

THIS SECTION FOR SCHOOL USE ONLY

Assigned Kindergarten Teacher: _____ Homeroom Number: _____

Staggered Entry Dates: _____

Special Identifiers? Medical IEP Court Order Other

NOTES:



PUBLIC SCHOOLS OF NORTH CAROLINA

DEPARTMENT OF PUBLIC INSTRUCTION | Mark Johnson, Superintendent of Public Instruction

WWW.NCPUBLICSCHOOLS.ORG



Programa de Educación Para Estudiantes Migrantes Encuesta Ocupacional

El Programa de Educación para Estudiantes Migrantes, a través del Departamento de Instrucción Pública del Estado, provee servicios de apoyo a los niños y familias que se han mudado a Carolina del Norte durante los últimos 3 años. Para calificar, las familias deben de haberse mudado de un lugar a otro en busca de trabajo temporal en agricultura o pesca. El Programa registra a niños y jóvenes entre las edades de 3 a 21 años (asistan o no a la escuela). Agradecemos que nos ayude a determinar si su niño opariente califica para recibir servicios en este programa, pues pudieran calificar para nuestro servicios gratis.

Nombre de Padre/Guardián: _____

Dirección Actual: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono de la Casa: _____ Teléfono Celular: _____

¿Cuándo se mudo para el condado de Wayne NC? Mes _____ Año _____

Indicar previa dirección o vivienda _____

¿Su familia vino aquí a trabajar en la agricultura? Sí No

¿Su familia vino aquí a trabajar en plantas de proceso de alimento (cerdos, pollos, pavos, etc.)? Sí No

¿Ha hecho su familia este tipo de trabajo en los últimos 3 años? Sí No

¿Ha encontrado trabajo desde que usted vino aquí?

Firma de Padre/Guardián _____ Fecha _____

FEDERAL ROGRAM MONITORING & SUPPORT DIVISION

6351 Mail Service Center, Raleigh, North Carolina 27699-6351 | (919) 807-3957 | Fax (919) 807-3968

AN EQUAL OPPORTUNITY/AFFIRMATIVE ACTION EMPLOYER

GENERAL ENROLLMENT INFORMATION

STUDENT'S LEGAL NAME					
Last Name:		First Name:		Middle Name:	Suffix:
Parent/Guardian # 1 Name		Parent/Guardian # 2 Name		Student's Date of Birth	
Relationship to Student:		Relationship to Student:		MONTH Please enter 2-Digit Month	DAY Please enter 2-Digit Day
Parent/Guardian Contact Info:		Parent/Guardian Contact Info:		YEAR Please enter 4-Digit Year	Student Gender
Home:		Home:		<input type="checkbox"/> Male or <input type="checkbox"/> Female	Federal Ethnicity
Cell:		Cell:		Select the student's race: <input type="checkbox"/> American Indian or Alaskan Native <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> Black or African American <input type="checkbox"/> Native Hawaiian/ other Pacific Islander <input type="checkbox"/> White	
Email:		Email:			
Parent Guardian # 1 Workplace & Work Phone		Parent Guardian # 2 Workplace & Work Phone		Does this student have any serious medical conditions? If so, please provide a copy of the doctor's note.	
Workplace:		Workplace:		Has this student participated in the exceptional children's program? If so, please provide a copy of the student's IEP.	
Work Phone:		Work Phone:		Are there any custody matters concerning this student? If so, please provide a copy of the court order.	
STUDENT PHYSICAL ADDRESS					
House Number or Building Number:		Street Name:			Apartment Number:
Name of Housing Development or Apartment Complex:		What City do you live in?		Zip Code	
STUDENT MAILING ADDRESS					
<input type="checkbox"/> Check here mailing address is the same as above or enter info below if different					
P.O. Box, House Number or Building Number:		Street Name:			Apartment Number:
Name of Housing Development or Apartment Complex:		What City do you live in?		Zip Code	



NORTH CAROLINA HEALTH ASSESSMENT TRANSMITTAL FORM

This form and the information on this form will be maintained on file in the school attended by the student named herein and is confidential and not a public record.

(Approved by North Carolina Department of Public Instruction and Department of Health and Human Services)

PARENT to COMPLETE THIS SECTION

Student Name:

(Last)

(First)

(Middle)

Birthdate (M/D/YYYY):

School Name:

Home Address:

City:

State:

County:

Parent Information: Name of Parent, Guardian, or person standing in loco parentis:

Telephone(s)

Home:

Work:

Cell Phone:

Health Concerns to be shared with authorized persons (school administrators, teachers, and other school personnel who require such information to perform their assigned duties):

HEALTH CARE PROVIDER TO COMPLETE THIS SECTION

Medications prescribed for student:

Student's allergies, type, and response required:

Special diet instructions:

Health-related recommendations to enhance the student's school performance:

Vision screening information:

Passed vision screening: Yes No

Concerns related to student's vision:





January 2016rev

Hearing screening information:

Passed hearing screening: Yes No

Concerns related to student's hearing:

Recommendations, concerns, or needs related to student's health and required school follow-up:

School follow-up needed: Yes No

Medical Provider Comments:

Please attach other applicable school health forms:

- Immunization record attached:
- School medication authorization form attached:
- Diabetes care plan attached:
- Asthma action plan attached:
- Health care plans for other conditions attached:

Health Care Professional's Certification

I certify that I performed, on the student named above, a health assessment in accordance with G.S. 130A-440(b) that included a medical history and physical examination with screening for vision and hearing, and if appropriate, testing for anemia and tuberculosis. I certify that the information on this form is accurate and complete to the best of my knowledge.

Name:

Title:

Signature: _____

Date (m/d/yyyy):

Date of Exam (if Different):

Practice/Clinic Name:

Practice/Clinic Address:

Practice/Clinic City:

State:

Zip:

Phone:

Fax:

Provider Stamp Here:



Picture Box

Please paste or staple child's picture here.

Pre K Teacher Perception Survey for students entering WCPS 2020-2021

Child's Name: _____ Date of Birth: _____

Pre-K Teacher or childcare provider's name: _____

School or childcare facility name: _____

Name of school child plans to attend: _____

SECTION I

Based on your personal observations and experience, please mark the column that best describes the child's abilities at this time:

	Most of the time	Some of the time	Not yet
Attitude Toward Learning			
Shows enthusiasm about learning			
Shows curiosity about learning			
Makes own choice in activity selection			
Completes most tasks			
Language and Literacy Development			
Communicates needs and wants verbally			
Communicates thoughts verbally			
Listens with interest to stories read aloud			
Familiar with nursery rhymes/rhyming			
Recognizes some beginning sounds in words			
Recognizes/identifies some letters of alphabet			
Follows two-step directions			
Can say first and last name			
Can print first name			
Mathematical Thinking Development			
Knows the names of some colors			
Knows the names of some shapes			
Sorts by like properties (color, shape, etc.)			

Attempts to count			
Can count up to _____			
Points to objects while counting			
	Most of the time	Some of the time	Not yet
Social and Emotional Development			
Shares toys or objects with other children			
Takes turns with other children			
Expresses feeling with appropriate words			
Keeps hands and feet to self			
Follows classroom routines			
Follows classroom rules			
Physical Development			
Has experience using scissors			
Has experience using glue			
Enjoys writing and coloring			
Zips own clothing			
Snaps and buttons own clothing			
Pedals and steers a tricycle or wagon avoiding obstacles			

Additional Comments About This Child's Abilities:

SECTION II

Please check the appropriate response:

1.) Average length of child's attention span:

- Less than 5 minutes
 5 -- 10 minutes
 More than 10 minutes

2.) Child's overall attendance (coming regularly and following set arrival and departure times):

- Most of the time
 Some of the time
 Rarely

SECTION III

Please circle answers and write responses in the spaces provided:

3.) To the best of your knowledge, has the child been referred to or evaluated by an outside source for special needs or services?

Yes No Do Not Know

4.) If the answer is yes, please explain and give dates (if available), describe any placements either made or in-process, and identify a contact person for further information.

Explanation	Dates of Evaluation or Referral	Describe Any Placements (Made or In-Process)	Contact Person(s) for Further Information

5.) If the answer is no, do you have any academic or social concerns about this child?

Yes No Do Not Know

6.) If the answer is yes, please explain why:

7.) Please use the following space to describe any needs or circumstances in this child's life and hints that would be helpful for a future teacher to know.

Examples: "Has unusual fear of dogs because he was bitten as a toddler."
"Settles down for a rest much faster if she has a stuffed animal to hold."

Needs or Circumstances in this Child's Life	Helpful Hints for Future Teachers

Thank you for completing this **All About Me!** Form.
Your responses will help support this child's smooth transition into Kindergarten.

_____ Signature of person completing this form

_____ Date

_____ Title

_____ Phone Number