



at St. Alphonsus
Catholic School

___Voyagers (must be 3 by 12/1/21)

___Explorers (must be 3 by 9/1/21)

___Lil Crusaders(must be 4 by 9/1/21)

Nombre completo : _____

Fecha de Nacimiento:_____ Apodo:_____ El niño ha sido bautizado? Si No

Sexo: Masculino Femenino Religion:_____

El estudiante reside en: Un hogar
 múltiples hogares

Niño vive con: Ambos padres, Mother, Father
Otro:_____

*Por favor describa arreglos de vivienda:

Etnicidad:

Opcional sólo con fines estadísticos

- Blanco / caucásico Asiatico
- Nativo Americano/Nativo de Alaska Africano/
Afro-Americano
- Hispano/Latino Multirracial

Información del tutor n. ° 2: segundo en ser contactado

Padre Madre Otro: _____
Nombre: _____

Información del tutor n. ° 1: primero en ser contactado

Padre Madre Otro: _____
Nombre: _____

Direccion: _____

Direccion: _____

Ciudad/Código Postal/Condado: _____

Ciudad/Código Postal/Condado: _____

Telefono:(____) _____ - _____
 Casa Celular

Telefono:(____) _____ - _____
 Casa Celular

Teléfono Secundario:(____) _____ - _____
 Casa Celular

Teléfono Secundario:(____) _____ - _____
 Casa Celular

Correo Electrónico: _____

Correo Electrónico: _____

Soltero Casado Separado Viudo

Soltero Casado Separado Viudo

Empleador/Ocupación: _____

Empleador/Ocupación: _____

For Office Use Only:

Fee \$50 Ck#/Cash: _____ Think Small: _____ Date Received: _____
Tuition Contract _____ SMART Form _____ Think Small or other grant documents _____
Early Childhood Screening Consent _____ Health Care Summary _____ Immunization Record _____

Me gustaría registrar a mi hijo para lo siguiente: (Marque uno)

Número de días Por semana	7:15am-11:45am <i>Bocadillo Incluido</i> Por mes	7:15am-1:50pm <i>Bocadillo Incluido</i> Por Mes	7:15am-6:00pm <i>Bocadillo Incluido</i> Por mes
2 días			
3 días			
4 días			
5 días			

Elija los días en los que le gustaría que asista su hijo:

___ Lunes ___ Martes ___ Miércoles ___ Jueves ___ Viernes

_____ He recibido la información sobre el precio de la matrícula y aceptó pagar toda la matrícula y las cuotas adeudadas por el programa que he seleccionado. (Por favor inicial)

_____ Entiendo que se me pedirá que siga la política de voluntariado de la escuela. La cantidad de horas requeridas por año dependerá de las horas inscritas. (Por favor inicial)

¿Quién está autorizado a proporcionar transporte hacia y desde la escuela (aparte de los padres)?

Nombre: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____

¿Hay alguien NO permitido recoger a su hijo/a? _____

¿Hay situaciones en el hogar de las que debemos estar al tanto? _____

¿Qué idioma habla principalmente su hijo? _____

¿Ha tenido su hijo experiencia grupal previa? _____

¿Cómo expresa su hijo su enojo o frustración? _____

Cuando su hijo/a está molesto, ¿qué lo ayuda a consolarlo? _____

¿Cuál es su expectativa para una experiencia de la primera infancia? _____

¿Qué mano prefiere usar su hijo/a? _____

¿Su hijo/a duerme la siesta? Si es así, ¿cuánto tiempo? _____

¿Cuáles son 3 palabras para describir a tu hijo/a? _____

¿Cómo nos hará saber su hijo que necesita usar el baño? _____

¿Qué más le gustaría que supiéramos sobre su hijo/a? _____

¿Ha completado su hijo la Evaluación de la primera infancia? _____

¿Cómo se enteró del Programa de la primera infancia de St. Al? _____

CUOTA DE INSCRIPCIÓN: Para reservar un lugar para su hijo, se debe enviar un depósito no reembolsable de \$50 con este formulario de inscripción.

Todos los estudiantes que ingresan a "Lil Crusaders" DEBEN tener una Evaluación de la primera infancia GRATUITA completada por su distrito escolar dentro de los 30 días posteriores al comienzo de la escuela. Se recomienda la Evaluación de la primera infancia para los estudiantes que ingresan a Explorers.