



**RAPPAHANNOCK COUNTY  
PRESCHOOL PROGRAMS APPLICATION**  
RCES – Preschool – 4 year olds



**CHILD INFORMATION**

Attach a copy of Birth Certificate

Apellido estudiante:	Nombre:	Segundo nombre:
Raza:	Cumpleaños:	Edad:
<input type="checkbox"/> Nino <input type="checkbox"/> Nina		

**PARENT/GUARDIAN INFORMATION**

Apellido madre:	Nombre:	Segundo nombre:
Vive con el hijo/a? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Estado civil: (check one) <input type="checkbox"/> Soltera <input type="checkbox"/> Casada <input type="checkbox"/> Divorciada <input type="checkbox"/> Separada <input type="checkbox"/> Viuda	Relacion con el nino/a?

Direccion:	Ciudad:	Estado:	Codigo postal:
------------	---------	---------	----------------

Telefono hogar: (    )	Celular: (    )	Correo electronico:
---------------------------	--------------------	---------------------

Ocupacion:	nombre del empleador:	Telefono del trabajo (    )
------------	-----------------------	--------------------------------

Apellido padre (primer nombre):	Segundo nombre :
---------------------------------	------------------

Vive con el nino/a?: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Estado civil: (check one) <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo	Relacion con el nino/a?
--	---	-------------------------

Direccion:	Ciudad:	Estado:	Codigo postal:
------------	---------	---------	----------------

Telefono hogar: (    )	Celular: (    )	Correo electronico:
---------------------------	--------------------	---------------------

Ocupacion:	Empleador:	Telefono empleador: (    )
------------	------------	-------------------------------

**HOUSEHOLD INFORMATION**

Total number of people living in the household: \_\_\_\_\_ *Please list the names of all people living in the household below. Cuantos viven en la casa. escriba el nombre de todos*

Nombre	Relacion	Cumpleaños	Educacion

Primer idioma que hablan _____ Segundo idioma que hablan _____
--

## INFORMACION MEDICA

Please answer the following questions as honestly as possible. This portion must be filled out.

Tiene su hijo alergias: \_\_\_\_\_

Doctor:	Telefono ( )	Seguro salud:
		Numero:
Dentista:	Telefono ( )	Persona que lo provee:
		Insurance #: numero del seguro
Tiene las Vacunas? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Examen fisico menos de 1 ano atrás? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

## VERIFICACION DE SU SALARIO

Household Salario (gross): por mes \$\_\_\_\_\_ or por ano \$\_\_\_\_\_.  
(Por favor, mandar una copia de su salario).

Chequear las ayudas que recibe el nino/nina:

Child Support  WIC  TANF  SSI  FAMIS  VEC  Food stamps

## INFORMACION ACERCA DE LA FAMILIA

Es la familia  sin casa  Viven con amigos o familiares  Casa superpoblada .  
 Se han mudado 2 o mas veces en 6 meses

## CARACTERISTICAS DE LA FAMILIA

<input type="checkbox"/> Nacimiento prematuro	<input type="checkbox"/> Bajo peso	<input type="checkbox"/> Nino/a en orfanato o al cuidado de otras familias	<input type="checkbox"/> Nino/a estuvo en un orfanato o al cuidado de otras familias
<input type="checkbox"/> Enfermedades cronicas en la familia(mentales,fisicas,emocionales)		<input type="checkbox"/> Reporte de abuso	
<input type="checkbox"/> Preocupacion de crecimiento tardio	Padres en prision <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Nino/a va al bano solo( no require contestar)	
<input type="checkbox"/> Nino/a ha sido examinado por: _____		<input type="checkbox"/> abuso de sustancias reportado en la familia	

Recomendado por  Doctor  Dentista  DSS  Otras personas:

Por favor describa porque su nino/a les ayudaria a que su hijo entre al pre jardin infantas

## EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre de amigo,familiar que no vivan con ustedes:	Relacion con el nino/a:	Telefono: ( )	Telefono trabajo: ( )
Nombre de amigo,familiar que no vivan con ustedes:	Relacion con el nino/a:	Telefono: ( )	Telefono trabajo: ( )

Toda la informacion es verdadera. Yo autorizo que la escuela Rappahannock use esta informacion para determinar la elegibilidad a preschool. Yo entiendo que la informacion sera mantenida en estricta confidencia por staff, y entiendo que es mi responsibility dad notificar laescuela si ha habido algun cambio (uno de los padres deben firmar).

Firma padres \_\_\_\_\_ Dia \_\_\_\_\_

Firma padres \_\_\_\_\_ Dia \_\_\_\_\_

Please return this application by **May 1<sup>st</sup>** to:

Fran Moore Krebsler, Pupil Services  
Rappahannock County Public Schools  
6 Schoolhouse Rd., Washington, VA 22747

Phone: 540-227-0023, ext. 3210  
FAX: 540.987.8896





