

**FORMULARIO DE REGISTRO PARA LOS ESTUDIANTES EN LAS ESCUELAS DE ST. CLOUD**

**ST. CLOUD AREA SCHOOLS STUDENT ENROLLMENT FORM**

Si necesita ayuda completando este formulario, por favor llame al 320-370-8116

Fecha de hoy – <b>today's date</b> : _____ Grado a comenzar- <b>Grade entering</b> : _____		
Escuela- <b>School</b> : _____		
<b>INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE – STUDENT INFORMATION</b>		
<b>Nombre legal del estudiante- STUDENT'S LEGAL NAME</b>		
Apellido – <b>Last name</b>	Nombre- <b>Name</b>	Segundo nombre – <b>Middle name</b>
<b>Dirección del estudiante - Student's ADDRESS</b>		
_____		
Ciudad- <b>City</b>	Estado - <b>State</b>	Código postal – <b>Zip Code</b>
<b>Fecha de nacimiento-DOB</b>	<b>Género- GENDER</b>	Condado de residencia - <b>County</b>
_____	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	_____
País de nacimiento <b>Country of birth</b>	¿Están quedándose en un refugio o residencia temporaria? Si ___ No ___ <b>Are you staying at a temporary shelter?</b>	
_____	_____	
<b>¿Son una familia militar? ___ Si No ___</b>	<b>Servicio Activo ___</b>	<b>Reserva ___</b>
<b>Are you a military Family?</b>	<b>Active Service</b>	<b>Reserve</b>
<b>Etnicidad del estudiante (solo marque una)</b>	<b>Raza del estudiante</b>	
<b>Student's Ethnicity</b>	<b>Student's Race</b>	
___ 1. Indígena Americano/Nativo de Alaska	Se requiere por Ley Federal del año escolar 2008-2009 que se reporten ambas	
___ 2. Asiático/Isleño del Pacifico	1. ¿Es Latino o hispano el estudiante? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
___ 3. Hispano	¿Qué raza es el alumno? (marque todas las que apliquen)	
___ 4. Negro (no de origen Hispano)	2. Indígena Americano o Nativo de Alaska	
___ 5. Blanco (no de origen Hispano)	3. Asiático	
	4. Negro o Afroamericano	
	5. Nativo Hawaiano o Isleño Pacifico	
	6. Blanco	
<b>Previa Experiencia Escolar del Estudiante Student's Previous Shool Experience:</b>		
Fecha de matriculación en una escuela de los EE.UU. _____		
Fecha de matriculación en una escuela de Minnesota _____		

**INFORMACIÓN DEL PADRE/TUTOR PARENT/GUARDIAN INFORMATION****Nombre del padre/tutor – Parent/Guardian’s Name**

Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Relación al estudiante \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ # de apartamento \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_

Estado, Código postal \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_ Idioma que habla \_\_\_\_\_  
Número de teléfono del hogar \_\_\_\_\_  
Número de teléfono de celular \_\_\_\_\_  
Número de teléfono del trabajo \_\_\_\_\_**Nombre del padre/tutor – Parent/Guardian’s Name**

Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Relación al estudiante \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ # de apartamento \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_

Estado, Código postal \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_ Idioma que habla \_\_\_\_\_  
Número de teléfono del hogar \_\_\_\_\_  
Número de teléfono de celular \_\_\_\_\_  
Número de teléfono del trabajo \_\_\_\_\_**El alumno vive con: (escoja todas las opciones que apliquen) Student lives with:**

- Madre  Madre y \_\_\_\_\_  Tutor  Tutela de Estado  Solo
- Padre  Padre y \_\_\_\_\_  Padres sustitutos  Esposo (a)  Otro: \_\_\_\_\_

**HISTORIAL DE EDUCACIÓN/ESCUELA – EDUCATION/SCHOOL HISTORY**

Distrito escolar donde su niño recibió el Examen de Edad Temprana \_\_\_\_\_

Distrito Escolar de residencia \_\_\_\_\_

¿Tiene su niño necesidades especiales? (educación especial, salud, etc.)  Si  No

De ser así, por favor identifique \_\_\_\_\_

¿Ha asistido el estudiante alguna vez a una escuela pública en St. Cloud?  Si  No De ser así, ¿cual escuela(s)? \_\_\_\_\_**Escuela más reciente que asistió**, si fue diferente a una de las escuelas públicas de St. Cloud**Nombre de la escuela:** \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

**Fecha del último día que asistió:** \_\_\_\_\_

INFORMACIÓN DE LA FAMILIA (por favor, enliste a todos los niños que viven en el mismo hogar) <b>FAMILY INFORMATION</b>								
Apellido	Nombre y segundo nombre	Fecha de nacimiento	Género	Escuela	Etnicidad	Raza (lea en la parte de abajo)	Lenguaje que se habla en el hogar	País de nacimiento
<b>Etnicidad</b> (Solamente solo escoja una) 1. Indígena Americano/Nativo de Alaska 2. Asiático/Isleño Pacífico 3. Hispano    4. Negro (no Hispano)    5. Blanco (no Hispano)					<b>Raza</b> (Seleccione todas las que aplican) 1. Hispano o Latino    4. Negro o Afroamericano 2. Indígena Americano    5. Nativo Hawaiano o Isleño Pacífico 3. Asiático    6. Blanco			
INFORMACIÓN DE CONTACTOS DE EMERGENCIAS – <b>EMERGENCY CONTACT INFORMATION</b>								
Por favor, provea nombres y números de teléfonos de individuos que puedan ser contactados localmente por el propósito de emergencias si los padres no pueden ser contactados.								
<b>Contacto de emergencias #1: Nombre</b> _____								
<b>Relación al estudiante:</b> _____			<b>Número de teléfono</b> _____					
<b>Dirección</b> _____				<b>Ciudad, Estado, Código Postal</b> _____				
<b>Contacto de emergencias #2: Nombre</b> _____								
<b>Relación al estudiante:</b> _____			<b>Número de teléfono</b> _____					
<b>Dirección</b> _____				<b>Ciudad, Estado, Código Postal</b> _____				
INFORMACIÓN DE CONTACTO MEDICO – <b>MEDICAL CONTACT INFORMATION</b>								
<b>Oficina del médico:</b> _____					<b>Teléfono:</b> _____			
<b>Dentista:</b> _____					<b>Teléfono:</b> _____			
<b>Información de Trabajador Migrante:</b> ¿Se ha mudado alguno de los padres/estudiantes a este distrito escolar dentro de los últimos 3 años para conseguir empleo en la agricultura, pesca, productos lácteos, aves de carnes? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No								
<b>Firma de Padre/Tutor Legal:</b> _____					<b>Relación al estudiante:</b> _____			
<b>Para el uso de oficina solamente – FOR OFFICE USE ONLY</b>								

**Por favor note:** La información será utilizada por la administración y gerencia del programa de educación del estudiante. Se le anima, pero no es requerido legalmente a que complete la información en esta hoja. **Kindergarten:** Si algún niño es elegible para el kindergarten el cual es o tendrá 5 años de edad en o antes del 1º de septiembre, o cualquier niño que se transfiera a este sistema durante el año escolar, y ha atendido clases de kindergarten en otro distrito escolar. **Acta de Nacimiento:** Una acta de nacimiento legal, pasaporte, I-94, u otra identificación similar puede ser traída al distrito escolar a la hora de registrarse si está comenzando el kindergarten, o registrándose por primera vez en una escuela en MN. Estos certificados serán devueltos prontamente. **Certificado de Inmunización:** La Ley Estatal de Minnesota (Estatuto 121A.15) requiere que todos los niños al comienzo de la entrada inicial a una escuela pública a que presenten una declaración firmada por el médico, declarando que el niño ha sido vacunado en contra de Difteria, Tétano, Tos Ferina, Paperas, Sarampión Rubéola, Róbel - Sarampión Alemán, Polio, Varicela y Hepatitis B. Se provee excepción a un niño el cual puede estar en peligro por tales vacunas o uno que está siendo criado como adherente de una denominación religiosa cuyas enseñanzas esta opuestas a las vacunas. Este certificado debe de estar en el registro de la escuela de su niño (en cumplimiento con la Ley Estatal de Minnesota)

## Formulario de Publicación de Fotos y Medios de Comunicación 2018-19

### 2018 – 19 Photo and Media Release Form

Estimado Padre/Tutor:

El Distrito 742 de las Escuelas de las Zonas de St. Cloud no define una fotografía estudiantil como Información del Directorio del Estudiante (información pública). Por lo tanto, debemos recibir su permiso para compartir imágenes fotográficas o videos de un estudiante en uno anuario, publicaciones del distrito/escuela, páginas web del distrito/escuela administradas por una cuenta de medios sociales y junta escolar y otras publicaciones públicas.

El Distrito 742 de las Escuelas de las Zonas de St. Cloud además pide su permiso para los siguientes propósitos:

- Durante el año escolar organizaciones de medios pudieran visitar la escuela de su hijo, para cubrir eventos especiales y pudieran entrevistar, grabar en video, o fotografiar su hijo.
- El Distrito 742 de las Escuelas de la Zonas de St. Cloud y sus asociados educacionales pudieran desear utilizar la foto de su hijo, grabación en video, o trabajo para propósitos promocionales y educacionales incluyendo, pero no limitados a: carteles, folletos, cable local de televisión, y o eventos locales tales como el Summertime by George (Tiempo de Verano en el George).

Por favor, indique si da permiso a que se comparta la imagen de su estudiante para estas clases de propósitos indicados en la parte inferior. Firme y escriba la fecha en este **Formulario de Publicación de Fotos y Medios de Comunicación 2018-19**, valido hasta a través de septiembre 2019. Este formulario debe de ser devuelto a la escuela de su hijo lo más antes posible, donde se mantendrá en su registro.

**Si, yo doy mi permiso** al Distrito Escolar 742 del Área de St. Cloud y sus asociados autorizados y medios de comunicación utilicen la foto, grabación de video, trabajo de estudiantil y/o referencia de mi hijo para propósitos escolares y/o eventos escolares como se describen anteriormente en este formulario.

**No, yo no doy mi permiso** al Distrito Escolar 742 del Área de St. Cloud y sus asociados autorizados y medios de comunicación utilicen la foto, grabación de video, trabajo estudiantil y/o referencia de mi hijo para propósitos escolares y/o eventos escolares como se describen anteriormente en este formulario.

Escuela: \_\_\_\_\_

School

Fecha: \_\_\_\_\_

Date

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_

Student's name

Firma del Padre/Tutor:

\_\_\_\_\_  
Parent/Guardian Teacher

**ANNUAL HEALTH INFORMATION**

**INFORMACIÓN ANUAL DE SALUD DEL ESTUDIANTE**

**POR FAVOR PROVEA UNA LISTA COMPLETA DEL REGISTRO DE VACUNAS DEL ESTUDIANTE CUANDO ESTE COMIENZE EL KINDERGARTEN Y GRADO 7, Y ESTUDIANTES NUEVOS AL DISTRITO.**

**Nombre del estudiante:** \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Año Escolar: \_\_\_\_\_

Género: \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_

Grado: \_\_\_\_\_

Otro ID: \_\_\_\_\_

Aula de Clases: \_\_\_\_\_

**CUIDADO DE SALUD**

Nombre de medico/clínica \_\_\_\_\_

Nombre de especialista de salud (neurología, comportamiento, ortopédico, etc.) \_\_\_\_\_

¿Ha tenido su hijo un examen físico durante el año?: Si No Fecha: \_\_/\_\_/\_\_

**1. Marque cualquier condición de salud actual enlistadas a continuación la cual la escuela debería estar al tanto:**

TDAH (ADHD por sus siglas en ingles)  Ansiedad  Depresión  Historial de varicelas: Si o No  
De ser así, mes/año: \_\_/\_\_/\_\_

Alergias:

Comidas \_\_\_\_\_ Síntomas \_\_\_\_\_  Diabetes: bomba de insulina\_\_ Inyector\_\_

Picaduras de abeja \_\_\_\_\_ Síntomas \_\_\_\_\_  Convulsiones/Epilepsia

Ambientales \_\_\_\_\_ Síntomas \_\_\_\_\_  Dolores de cabeza

Látex \_\_\_\_\_ Síntomas \_\_\_\_\_  Audición: Audífonos \_\_\_\_\_ Tubos \_\_\_\_\_

Medicamentos \_\_\_\_\_ Síntomas \_\_\_\_\_  Visión: Lentes \_\_\_\_\_ Contactos \_\_\_\_\_

Otras condiciones de salud (riñones, corazón, pulmones) \_\_\_\_\_

Mi hijo tiene un EpiPen Si o No ¿Es esto una emergencia? Si o No

Asma Inhalador Si o No Tipo \_\_\_\_\_

Autismo/Asperger

**2. ¿Tiene su hijo alguna discapacidad, limitaciones físicas o atraso del desarrollo? Si o No, de ser a si por favor explique:**

\_\_\_\_\_

**3. Enliste cualquier enfermedad seria o lesión seria que ocurrió durante el año:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Razón por la cual  
toma el**

4. Medicamentos	Dosis	Veces al día	medicamento	Tomado en hogar	Tomado en la escuela

**5. ¿Ha tenido su hijo alguna vacuna durante el año? Incluya mes/día/año**

Tdap \_\_/\_\_/\_\_ DTP \_\_/\_\_/\_\_ Polio \_\_/\_\_/\_\_ MMR \_\_/\_\_/\_\_ Refuerzo TD \_\_/\_\_/\_\_ Varicela \_\_/\_\_/\_\_

Menactra (Menegitis) \_\_/\_\_/\_\_/\_\_ Hep B \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_ Hep A \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_

Por favor, acuérdesse de informarle al chofer del autobús si su hijo tiene una condición que pudiera resultar en una situación de emergencia en el bus. NO medicamentos, prescritos o sin prescripción serán administrados a menos que estén prescripto por el medico de su hijo niño y proveídos por un padre. Consentimiento por escrito anualmente para dispensar el medicamento es requerido por un padre y medico. Los medicamentos deben de ser traídos a la escuela por un padre en un envase con etiqueta de la farmacia. Esta información es compartida con el personal.

Firma de padre/tutor \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Minnesota es el hogar de más de 100 diferentes idiomas. La capacidad de hablar y entender múltiples idiomas es valorizado. La información que usted provee será utilizada por el distrito escolar para ver si su estudiante es multilingüe. En Minnesota, los estudiantes que son multilingües pueden cualificar para un Sello Multilingüe después de más exámenes. Adicionalmente, la información que usted provee determinara si su estudiante debería tomar un examen de aptitud de inglés. Basado en los resultados de este examen, su estudiante puede ser elegible clases del desarrollo del idioma inglés. **Acceso a la enseñanza es requerido por ley federal y estatal. Como padre o tutor, usted tiene el derecho en cualquier momento de rechazar enseñanza para estudiantes que están aprendiendo inglés.**

<b>Información del estudiante – Student’s home language</b>	
Nombre completo del estudiante (apellido, nombre, 2º nombre)	Fecha de nacimiento o número de identificación estudiantil:

	<b>Marque todas las que mejor identifique a su estudiante:</b>	<b>Indique el idioma aparte del Inglés en el espacio proporcionado</b>
1. Mi estudiante primero aprendió:	<input type="checkbox"/> idioma (s) aparte del inglés <input type="checkbox"/> Inglés y el idioma (2) a parte del Inglés <input type="checkbox"/> Solo inglés	
2. Mi estudiante habla:	<input type="checkbox"/> idioma (s) aparte del inglés <input type="checkbox"/> Inglés y el idioma (2) a parte del Inglés <input type="checkbox"/> Solo inglés	
3. Mi estudiante comprende	<input type="checkbox"/> idioma (s) aparte del inglés <input type="checkbox"/> Inglés y el idioma (2) a parte del Inglés <input type="checkbox"/> Solo inglés	
Mi estudiante tiene interacción consistente en:	<input type="checkbox"/> idioma (s) aparte del inglés <input type="checkbox"/> Inglés y el idioma (2) a parte del Inglés <input type="checkbox"/> Solo inglés	

**El uso de idioma no identifica su estudiante como un estudiante del idioma de inglés. Si indica un idioma a parte del inglés, se le brindara un examen de competencia lingüística de inglés.**

<b>Información de Padre/Tutor Parent/Guardian Information</b>	
Nombre del padre/tutor (impreso)	
Firma de padre/tutor	Fecha

\*Toda la información es privada. Solamente será compartida con el personal del distrito que necesita la información para mejor servir a su estudiante y legalmente requiere reportar acerca del idioma hogareño y es elegible para el Departamento de Educación de Minnesota. En el distrito y Departamento de Educación, esta información no será compartida con otros individuos o identidades, excepto si ellos están autorizados por ley estatal o federal a acceder a la información. El cumplimiento de la petición de información es voluntario.

**Solicitud de Transporte y Requerido de Cambio (Incluyendo Solicitud a Transporte a la Guardería)**

**Transportation Request and Change Form (Including Daycare)**

- Por favor complete este formulario
  - si su hijo es un **nuevo estudiante** quien utilizara servicios del bus escolar o
  - por **cambios con respecto al uso de guardería, dirección de hogar, o número de teléfono.**
- Cualquier cambio a la localización donde se recoge o trae de vueltas a su hijo requiere: **firma del padre/tutor y fecha requerida para cuando este deba tomar acción.**
- Cada estudiante es permitido una parada de bus en el a.m. y una en el p.m. **Los padres son responsables por sus arreglos temporarios.**
  - por favor, permita hasta (3) días de negocios para la que la solicitud de transporte sea completada.

**RAZÓN POR LA SOLICITUD – Reason for request**

Estudiante nuevo - **New student**

Guardería (nueva o cambio) **Day care (new or change)**     Padre prefiere proveer propio transporte en  a.m.  p.m.

Cambio de dirección/teléfono **Change of address/phone**                      **Parent chooses to - self transport**

Nombre del estudiante – **Student’s name:** \_\_\_\_\_ #ID \_\_\_\_\_

Nombre de padre/tutor – **Parent/Guardian Name:** \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Dirección de su hogar- **Home Address :** \_\_\_\_\_

Teléfono – **Home phone:** \_\_\_\_\_ Tel. de emergencia – **Emergency phone** \_\_\_\_\_

**ESCUELA/PROGRAMA – SCHOOL/PROGRAM**

Escuela – **School** \_\_\_\_\_

Grado – **Grade** \_\_\_\_\_

Programa de Inmersión – **Immersion Programs:**

Inmersión al idioma chino (Madison) **Chinese Immersion (Madison)**

Inmersión al idioma español (Clearview) **Spanish Immersion (Clearview)**

**INFORMACIÓN PARA RECOGER/DEVOLVER – PICK UP/DROP-OFF INFORMATION**

Se recoge al estudiante en – **Pick up Student by:**

La dirección de la casa     La dirección de la guardería

**Home address**

**Daycare address**

Se recoge al estudiante en – **Pick up Student by:**

La dirección de la casa     La dirección de la guardería

**Home address**

**Daycare address**

**INFORMACIÓN DE LA GUARDERÍA – DAYCARE INFORMATION**

Nombre del proveedor – **Provider’s name** \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Dirección- **Address:** \_\_\_\_\_

Fecha que comienza el servicio – **Requested start date:** \_\_\_\_\_ Año escolar – **School year** \_\_\_\_\_

**FIRMA – SIGNATURE**

Firma de padre/tutor – **Parent/Guardian signature** \_\_\_\_\_ Fecha-**Date** \_\_\_\_\_

DEVUÉLVALO A – RETURN TO: DISTRICT TRANSPORTATION: 737 OSSEO AVE. SO., ST. CLOUD, MN 56301 O EMAIL

[DBS@ISD742.ORG](mailto:DBS@ISD742.ORG)

TEL: 320-253-9370

FAX: 320-529-434

**Office use only: Copleted by:** \_\_\_\_\_ **Date** \_\_\_\_\_

Solicitud de Registros

La ley de Minnesota requiere que todos los niños que comienzan el Kindergarten en una de sus escuelas públicas reciban un examen de detección para niños de edad temprana. **Early Childhood Screening**

**INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE – STUDENT INFORMATION**

Nombre del niño (a) \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
**Child's name** **DOB**

Nombre de Padre(s) \_\_\_\_\_  
**Parent's Name (s)**

Dirección del padre \_\_\_\_\_  
**Parent's Address**

\_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
**Phone**

Correo electrónico \_\_\_\_\_  
**Email**

**INFORMACIÓN DEL EXAMEN – SCREENING INFORMATION**

¿Ha tenido su niño un Examen de Detección para Niños de Edad Temprana?  
**Has your child gone through Early Childhood Screening?**

**NO** De no ser así, por favor complete la siguiente información:  
**No if no, please complete the following information**

**SI** De ser así, por favor complete la siguiente información:  
**Yes, if yes, please complete the following information**

¿Dónde fue examinado su hijo? **Where was your child screened?**

\_\_\_ Colt's Academy/Roosevelt Education Center – Distrito 742

\_\_\_ Educación Especial – Examen de Detección de Edad Temprana – Distrito 742  
**Special Education – Early Childhood Screening**

\_\_\_ Head Start – St Cloud

\_\_\_ Otro Distrito Escolar de Minnesota:

Nombre (name) \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado \_\_\_\_\_

\_\_\_ Otro programa de Head Start: **City/State**

Nombre (name) \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE PADRE/TUTOR – PARENT/GUARDIAN INFORMATION**

Por este medio autorizo a que se faciliten los registros de Exámenes de Detección de Edad Temprana de mi hijo. Entiendo que este registro contiene información de identificación, registros ECS, registro de vacunas y otra información pertinente con respecto a mi hijo. (Los padres pueden ver el registro bajo petición.)

\_\_\_\_\_  
(Firma de padre/tutor) **Parent/Guardian Signature**

\_\_\_\_\_  
( Fecha) **Date**





**Información de Antecedentes de Educación de Edad Temprana**  
**Early Childhood Background Information**

**Gracia por tomar el tiempo por completar esta información. Utilizamos esta información recopilada para mejor apoyar las necesidades educativas de su hijo.**

\*1. Por favor, complete la siguiente información.

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_  
**Student's first name**

Apellido del estudiante \_\_\_\_\_  
**Student's last name**

\*2. Fecha de nacimiento del estudiante - **DOB**

Fecha \_\_\_\_\_ MM/DD/AAAA  
**Date**

\*3. Por favor, seleccione el distrito donde su hijo asistió al Kindergarten.

Sartell – St. Stephen Distrito Escolar 748

Sauk Rapids – Rice Distrito Escolar 47

Distrito Escolar 742 de las Zona de St. Cloud

\*4. ¿Participó su hijo en cualquier experiencia escolar autorizada para niños de edad temprana antes de comenzar el kindergarten?

Si

No

Experiencias Escolares Autorizadas para Niños de Edad Temprana

Licensed Early Childhood Experiences

Por favor, continúe de contestar solamente las preguntas que aplican a su hijo. Si su respuesta es no, usted no necesita responder a esta pregunta.

Please continue to answer only the questions that apply to your child. If your answer is no, you do not need to respond to the question.

5. Si su hijo asistió a un Hogar Autorizado de Cuidado Infantil, desde el nacimiento y por más de seis meses, seleccione todas las edades que apliquen. If your child attended a Licensed In-Home Family Child Care since birth for more than six months, select all ages that apply.

Nacimiento hasta 1	1 año	2 años	3 años	4 años	5 años
Birth to 1	Age 1	Age 2	Age 3	Age 4	Age 5

¿Cuál era el nombre del programa del hogar autorizado de cuidado infantil más reciente que su niño asistió?  
What was the name of the most recent primary licensed in-home family child care provider?

6. Si su hijo asistió a un Centro Basado de Cuidado Infantil, desde su nacimiento y por más de seis meses, seleccione las edades que apliquen. If your child attended Center –Based Child Care for more than six months, select all that apply

Nacimiento hasta 1	1 año	2 años	3 años	4 años	5 años
Birth to 1	Age 1	Age 2	Age 3	Age 4	Age 5

¿Cuál era el nombre del programa de Centro Basado en Cuidado Infantil más reciente que su niño asistió?  
What was the name of the most recent primary center-based child care program that your child attended?

7. Si su hijo asistió a clases de Educación Familiar en La Edad Temprana (ECFE por sus siglas en inglés) desde el nacimiento por más de seis meses, seleccione todas las edades que apliquen. If your child attended Early Childhood Family Education (ECFE) classes since birth for more than six months, select all ages that apply.

Nacimiento hasta 1	1 año	2 años	3 años	4 años	5 años
Birth to 1	Age 1	Age 2	Age 3	Age 4	Age 5

8. Si su hijo asistió a clases de Educación Familiar en La Edad Temprana (ECFE por sus siglas en inglés,) ¿A dónde él/ella asistió? Seleccione todas opciones que apliquen. **If your child attended Early Childhood Education (ECFE) classes, where did he/she attend? Select that applies.**

- Sartell – St. Stephen Distrito Escolar 748
- Sauk Rapids – Rice Distrito Escolar 47
- Distrito Escolar 742 de las Zona de St. Cloud
- Otro (especifique)

9. Si su hijo asistió a una escuela preescolar en una escuela pública del distrito, seleccione todas las edades que apliquen. **If your child attended preschool through through a public school district, select all the ages that apply.**

- 3 años      4 años      5 años
- Age 3      Age 4      Age 5

10. Si su hijo asistió a una escuela preescolar en una escuela pública del distrito, seleccione todas las escuelas que apliquen. **If your child attended preschool through through a public school district, select all that apply.**

- Sartell – St. Stephen Distrito Escolar 748
- Sauk Rapids – Rice Distrito Escolar 47
- Distrito Escolar 742 de las Zona de St. Cloud
- Otro (especifique)

11. Si su hijo asistió a una escuela preescolar en una escuela privada/basada en la fe, seleccione todas las edades que apliquen. **If your child attended preschool through through a private/faith-based, select all the ages that apply.**

- 2 años      3 años      4 años      5 años
- Age 2      Age 3      Age 4      Age 5

¿Cuál era el nombre de la escuela(s) preescolar privada/basada en la fe que su hijo asistió?  
**What was the name of the private/faith-based Preschool(s) your child attend?**

12. Si su hijo asistió al Head Start de Edad Temprana/programa basado en un centro de Head Start, seleccione todas las edades que apliquen. **If your child attended a Head Start Center Based, select all the ages that apply.**

- 3 años –Age 3      4 años-Age 4      5 años –Age 5

13. Si su hijo asistió al Head Start de Edad Temprana/programa basado en el hogar de Head Start, seleccione todas las edades que apliquen. **If your child attended an Early Head Start/Head Start Home Based program, select all ages that apply.**

Nacimiento hasta 1	1 año	2 años	3 años	4 años	5 años
<b>Birth to 1</b>	<b>Age 1</b>	<b>Age 2</b>	<b>Age 3</b>	<b>Age 4</b>	<b>Age 5</b>

United Way Imagination Library (Biblioteca de la Imaginación del United Way)

14. ¿Participó su hijo en el programa de Biblioteca de la Imaginación del United Way?

**Did your child participate in the United Way Imagination Library Book Program?**

Si - **Yes**

No - **No**

15. ¿A qué edad recibió los libros sus hijos de la Biblioteca de la Imaginación del United Way?

**At what ages did your child receive books from the United Way Imagination Library Program?**

Nacimiento hasta 1	1 año	2 años	3 años	4 años	5 años
<b>Birth to 1</b>	<b>Age 1</b>	<b>Age 2</b>	<b>Age 3</b>	<b>Age 4</b>	<b>Age 5</b>

**Gracias por tomar de su tiempo para completar esta encuesta. Nosotros utilizaremos esta encuesta para apoyar mejor las necesidades educacionales de su hijo. Si usted tiene una pregunta, por favor contacte al Coordinador o Director de Educación de Edad Temprana de su Distrito:**

**Thank you for taking the time to complete this Survey. We will utilize the date from this survey to best support your child's educational needs. If you have questions, please contact the Early Childhood Coordinator of Director in your District:**

**Sartell – St. Stephen: Sarah Funk, 320-656-3763**

**Sauk Rapids-Rice: Megan Rogholt, 320-258-1101**

**Zona de St. Cloud: Julie Midas, 320-253-5828**