



APLICACIÓN PARA EL PROGRAMA EARLY START

Nombre del Estudiante: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Nombre del Padre o tutor legal: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Código Postal: _____

Dirección de Correo (si es diferente): _____

Teléfono (casa): _____ Teléfono (trabajo): _____

Otro Contacto (información): _____

Su hijo está inscrito o ha recibido servicios de Preescolar de las Escuelas Públicas del Condado de Wake este año? Sí _____ No _____

Si respondió sí, por favor explique: _____

Estoy aplicando para que mi hijo sea evaluado para el Programa de Early Start. He leído y entiendo la información y requisitos en la descripción del programa. También entiendo que esta aplicación no garantiza la participación de mi hijo en el programa. Esta aplicación deberá ser recibida por la escuela el viernes 4 de mayo del 2018 para que mi hijo sea considerado en el programa.

Cuando que su aplicación ha sido procesada, recibirá una llamada para hacer una cita de evaluación para su niño.

Firma del Padre o tutor legal: _____

Fecha de Aplicación: _____

To be filled in by school personnel

Date received _____ *Screening date scheduled:* _____