

St. Helen School

Living Virtue · Building Character

Estimados Padres de Familia de Preescolar,

¡De parte del personal de preescolar de St. Helen les doy la bienvenida! Esperamos tener una alianza productiva con usted para que los niños puedan lograr su más alto potencial. Reconocemos que para que ellos sean exitosos en el colegio, los niños necesitan del apoyo de ambos, casa y colegio. Sabemos que una fuerte alianza con usted va a hacer una gran diferencia en la educación de los niños. Como equipo productivo nosotros vamos a preparar a los estudiantes para ser confidentes de sus habilidades para Kindergarten.

Nuestras cinco estrellas del programa "Step up to Quality" nos permite enfocarnos en matemáticas, ciencias, estudios sociales, religión (formación espiritual), lenguaje, estándares sociales y emocionales que harán que estas enseñanzas sean memorables en un ambiente pleno de fe. Nuestro personal altamente calificado utiliza comunicación diaria a través de "Class Dojo" boletines semanales y proyectos de enriquecimiento enviados a casa. Las lecciones son creadas según las necesidades individuales de cada alumno.

Antes que las clases empiecen, sabes que usted debe tener algunas preguntas con respecto a nuestro programa. Usted podrá encontrar la respuesta a sus preguntas generales en el Manual de St. Helen (preescolar); sin embargo para preguntas más específicas lea la siguiente información:

Documentos necesarios para registración:

- Cuota de registración: \$120 por familia
- Paquete de Registración completo
- Acta de Nacimiento
- Cartilla de vacunación
- Certificado de Bautizo
- Documentos de custodia (Si aplica)

Horario del Preescolar y procedimiento para recoger a los niños:

Nuestro preescolar comienza a las 8:00am y termina a las 2:50pm, de lunes a viernes para el programa de cinco días tiempo completo. El programa de medio tiempo comienza a las 8:00am y la salida es a las 11am. Usted podrá dejar a su hijo en la escuela a las 7:35am. Si su hijo(a) llega después de las 8am, es considerado como tardanza y deberá ser llevado a la oficina de la escuela. Le pedimos que su hijo llegue a tiempo, ya que la tardanza afecta la clase y es una interrupción.

Información de contacto:

Es muy importante tener información actualizada en la forma de emergencia de su hijo, como nombres correctos, números telefónicos y direcciones. Si hay algún cambio en la información de contacto o en las personas autorizadas para recoger a su hijo por favor nos debe informar inmediatamente, de esta forma se actualizará la forma de emergencia de su hijo. También es importante que se nos informe si hay algún cambio en la rutina de su hijo en casa o algún cambio en la vida de su hijo que le pueda afectar. Por favor comuníquese con nosotros a través de "Class Dojo" o vía correo electrónico. Les pedimos que se conecte a "Class Dojo" inmediatamente. De esta manera tendrá acceso a nuestra clase, información de profesora/colegio y a comunicación específica de su hijo(a).

Orientación Preescolar:

Antes que empiece el año escolar va a tener una reunión de orientación para los padres de los preescolares. Trataremos información que es importante y procedimientos para el año escolar. Es importante que los padres de familia asistan. Todas las familias serán notificadas ni bien se tengan los detalles de la reunión.

Nos sentimos privilegiados de ser parte de esta familia escolar y gracias por su apoyo.

Sinceramente,
El Personal del Preescolar
Updated 01/15/2024

Solicitud Preescolar

2024 – 2025 Forma de Registración nuevas familias

Cuota de registración \$120 por familia

	Estudiante 1 (el menor)	Estudiante 2	Estudiante 3
Nombre			
Segundo Nombre			
Apellido			
Sobrenombre			
Grado (24 - 25)			
Fecha de nacimiento			
Lugar de nacimiento			
Sexo	Hombre / Mujer	Hombre / Mujer	Hombre / Mujer
Últimos 4 dígitos del SS#			
Religión	Católico/No Católico	Católico/No Católico	Católico/No Católico
Estudiante vive con			
Hispano	Si o No	Si o No	Si o No
Raza (Marque una opción)	Nativo Americano / Nativo de Alaska Asiático Afroamericano Nativo de Hawái Blanco Multirracial	Nativo Americano / Nativo de Alaska Asiático Afroamericano Nativo de Hawái Blanco Multirracial	Nativo Americano / Nativo de Alaska Asiático Afroamericano Nativo de Hawái Blanco Multirracial
Beca EdChoice (Marque una opción)	He aplicado a EdChoice Recibo EdChoice Elijo no aplicar	He aplicado a EdChoice Recibo EdChoice Elijo no aplicar	He aplicado a EdChoice Recibo EdChoice Elijo no aplicar
Escuela que asistió anteriormente			
Mi hijo ha sido recomendado o esta actualmente en IEP, Plan 504, RIMP, Title 1	IEP Si / No Plan 504 Si / No RIMP (grado k-3) Si / No Title 1 Si / No	IEP Si / No Plan 504 Si / No RIMP (grado k-3) Si / No Title 1 Si / No	IEP Si / No Plan 504 Si / No RIMP (grado k-3) Si / No Title 1 Si / No
Estudiantes entrando al 4to grado: ¿Su hijo gano una puntuación de promoción en la prueba de lectura del 3rd grado?	Si / No N/A	Si / No N/A	Si / No N/A
Mi hijo ha repetido de año escolar	Si / No Grado:	Si / No Grado:	Si / No Grado:
Ha mi hijo lo expulsaron de escuela a la que iba	Si / No	Si / No	Si / No

Información de Sacramentos

Nombre del Estudiante: _____

Sacramentos	Recibido (Si o No)	Fecha	Iglesia	Ciudad/ Estado
Bautizo				
Primera Comunión				
Penitencia				
Confirmación				

Nombre del Estudiante: _____

Sacramentos	Recibido (Si o No)	Fecha	Iglesia	Ciudad/ Estado
Bautizo				
Primera Comunión				
Penitencia				
Confirmación				

Nombre del Estudiante: _____

Sacramentos	Recibido (Si o No)	Fecha	Iglesia	Ciudad/ Estado
Bautizo				
Primera Comunión				
Penitencia				
Confirmación				

PADRE/GUARDIAN

Nombre de Padre/ Guardián: _____ Padre Padrastra Guardián

Domicilio: _____

Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
 Igual que hijo(s) Diferente que hijo(s)

Teléfono de casa: _____ Celular: _____ Teléfono de trabajo: _____

Correo electrónico: _____

Estado Civil (Marque una opción): Soltero / Casado / Divorciado / Viudo

Empleador: _____ Ocupación: _____

Si es Militar (Marque una opción): Activo / Reserva / Retirado / Contratista

Religión: _____ ¿Es miembro de la Parroquia de St. Helen? Si No

¿En caso que hable otro idioma además de Ingles, que idioma habla? _____

MADRE/GUARDIAN

Nombre de Madre/Guardián: _____ Madre Madrastra Guardián

Domicilio: _____

Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
 Igual que hijo(s) Diferente que hijo(s)

Teléfono de casa: _____ Celular: _____ Teléfono de trabajo: _____

Correo electrónico: _____

Estado Civil (Marque una opción): Soltero / Casado / Divorciado / Viudo

Empleador: _____ Ocupación: _____

Si es Militar (Marque una opción): Activo / Reserva / Retirado / Contratista

Religión: _____ ¿Es miembro de la Parroquia de St. Helen? Si No

¿En caso que hable otro idioma además de Ingles, que idioma habla? _____

Preguntas adicionales:

1. ¿Tiene algún hermano(a) que vive en el mismo hogar que asista al colegio St. Helen?
 - a. Si, por favor escriba los nombres
 - 1.Nombre _____ Grado _____
 - 2.Nombre _____ Grado _____
 - 3.Nombre _____ Grado _____
2. Hay alguna restricción prohibiendo el acceso al padre/guardián a tener acceso la información del estudiante?
____ Si (Por favor entregar los documentos de custodia o de la corte)
____ No
3. La comunicación con las familias (boletines, etc.) son enviados vía correo electrónico, llamadas automáticas y ocasionalmente mensajes de texto. Esta información también se puede encontrar en la pagina web de la escuela www.sainthelenschool.org . seleccione "Current Families".
4. ¿Qué número de teléfono desea que sea el PRIMARIO para comunicarnos con usted? _____

CONTACTO DE EMERGENCIA/INFORMACION PARA RECOGER
(Debe ser diferente a Padre/Guardián listados arriba)

Nombre	Teléfono	Relación con el alumno

5. ¿Como supo del colegio St Helen? _____

Declaración del proceso de inscripción de nuevos estudiantes: Entiendo que el completar esta aplicación NO está garantizada la inscripción. El estudiante deberá completar de forma exitosa el proceso de evaluación, completar todas las formas de registración y entregar los documentos requeridos. La cuota de registración NO-REEMBOLSABLE de \$120.00 deberá ser pagada al momento de entregar esta forma para ser considerado inscrito. Todos los estudiantes estarán en un periodo de prueba por las primeras siete semanas del año escolar. St. Helen le notificara al final del proceso de inscripción si es aceptado.

Manual: Padre/Guardián y estudiante están de acuerdo con acatar las políticas y procedimientos en el Manual de Padre/Estudiante. Una copia está disponible en www.sainthelenschool.org o una copia impresa se puede solicitar en la oficina del colegio.

Afirmo y certifico que la información y respuestas en esta aplicación han sido contestadas de forma correcta, verdadera y en a lo mejor de mi conocimiento. Entiendo que cualquier tergiversación, falsificación u omisión de cualquier hecho solicitado en la aplicación puede anular esta forma y será motivo de retiro del colegio St Helen cuando se descubra.

Firma: _____

Fecha: _____

Spanish | Apéndice A: Encuesta de uso del lenguaje

Padres y tutores: Sólo complete esta página de la encuesta. El reverso de este formulario lo completará la escuela. Se requiere una encuesta de uso del idioma completa para todos los alumnos al momento de la inscripción en las escuelas de Ohio. Esta información servirá para que el personal de la escuela sepa si necesitan verificar el dominio de inglés de su hijo/a. Las respuestas a estas preguntas aseguran que su hijo/a reciba los servicios educativos necesarios para tener éxito en la escuela. La información no se usa para identificar condición de inmigración.

Nombre del alumno: <i>(nombre y apellido)</i>		Fecha de nacimiento del alumno: <i>(mm/dd/aaaa)</i>	
Preferencias de comunicación Indique su preferencia de idioma para que podamos proveer un intérprete o documentos traducidos sin costo cuando los necesite. Todos los padres tienen derecho a obtener información sobre la educación de sus hijos en un idioma que entiendan.		1. ¿En qué idioma(s) preferiría su familia comunicarse con la escuela? _____	
Antecedentes del idioma La información sobre los antecedentes del idioma de su hijo/a nos ayuda a identificar a los alumnos que cumplen las condiciones para recibir apoyo para desarrollar las habilidades lingüísticas necesarias para tener éxito en la escuela. Puede ser necesario realizar pruebas para determinar si se necesitan apoyos para aprender el idioma.		2. ¿Qué idioma aprendió primero su hijo/a? _____ 3. ¿Qué idioma usa más su hijo en casa? _____ 4. ¿Qué idiomas se usan en su casa? _____	
Educación previa Las respuestas sobre el país de nacimiento de su hijo/a y la educación anterior nos brindan información sobre los conocimientos y habilidades que su hijo está trayendo a la escuela y pueden permitir que la escuela reciba fondos adicionales para apoyar a su hijo/a.		5. ¿En qué país nació su hijo/a? _____ 6. ¿Ha recibido su hijo/a educación formal fuera de los Estados Unidos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, ¿cuántos años/meses? _____ En caso afirmativo, ¿cuál fue el idioma de instrucción? _____ 7. ¿Ha asistido su hijo a la escuela en los Estados Unidos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, ¿cuándo asistió su hijo por primera vez a la escuela en los Estados Unidos? _____ / _____ / _____ Mes Día Año	
Información adicional Comparta información adicional para ayudarnos a comprender las experiencias de idioma y los antecedentes educativos de su hijo/a.			
Nombre del padre/tutor: _____		Apellido del padre/tutor: _____	
Firma del padre/tutor: _____		Fecha de hoy: <i>(mm/dd/aaaa)</i> _____	

Gracias por brindar la información precedente. Comuníquese con su escuela u oficina del distrito si tiene preguntas sobre este formulario o sobre los servicios disponibles en la escuela de su hijo/a. Se puede encontrar información traducida sobre las obligaciones de derechos civiles de las escuelas con los estudiantes de inglés como segundo idioma y padres con dominio limitado del inglés en este enlace: <https://www2.ed.gov/about/offices/list/ocr/ellresources.html>



(Apéndice A, continuación)

*****COMPLETADO POR EMPLEADO DE LA ESCUELA*****

1. **Marque.** Confirme las siguientes afirmaciones relacionadas con la administración de la encuesta de uso del idioma de Ohio:

- El distrito o escuela presentó la encuesta de uso del idioma, en la medida de lo posible, en un idioma y forma que el padre/madre o tutor comprendió.
- El distrito o escuela informó a el(los) padre(s) o tutor(es) acerca del propósito del formulario. La encuesta de uso del idioma solo se usa para entender las experiencias lingüísticas y los antecedentes educativos del alumno.
- El distrito o escuela registra información de la encuesta de uso del idioma en los registros correspondientes del Sistema de Información sobre la Gestión de la Educación (EMIS).
- Para los alumnos que se inscriben de otras escuelas y distritos de los Estados Unidos, los funcionarios de la escuela solicitan datos de encuestas de idioma anteriores y consultan la información cuando identifican estudiantes de inglés como segundo idioma.
- Los resultados de la encuesta de uso del idioma se guardan con los registros acumulativos del alumno y siguen al alumno si se transfiere a otro distrito o escuela.

2. **Anote.** Registre información adicional para ayudar en la revisión de la encuesta de uso del idioma.

3. **Registre.** Indique las respuestas de la encuesta de uso del idioma en la siguiente tabla. Consulte las anotaciones de la encuesta de uso del idioma en la página 2 para obtener ayuda sobre temas específicos.

<p>Lengua materna del alumno Vea la pregunta 2 de la encuesta de uso del idioma. Informe para <u>todos</u> los alumnos en el EMIS.</p>	_____
<p>Idioma que se habla en la casa del alumno Vea la pregunta 3 de la encuesta de uso del idioma. Informe <u>solo</u> para los estudiantes de inglés como segundo idioma en el EMIS.</p>	_____
<p>Estudiante de inglés como segundo idioma potencial Vea las preguntas 2-4 de la encuesta de uso del idioma.</p>	<input type="checkbox"/> Sí. Evalúe el dominio del inglés del alumno. <input type="checkbox"/> No. No evalúe el dominio del inglés del alumno.
<p>Condición de inmigrante del alumno Vea las preguntas 5-7 de la encuesta de uso del idioma. Informe para <u>todos</u> los alumnos en el EMIS.</p>	<input type="checkbox"/> Sí, el alumno es inmigrante. <input type="checkbox"/> No, el niño no es inmigrante.

4. **Valide.** Complete la siguiente información.

 Firma del empleado de la escuela que valida

 Fecha (mm/dd/aaaa)

 Nombre en letra de molde del empleado de la escuela que valida

 Nombre de la escuela o distrito escolar

ST. HELEN SCHOOL

EMERGENCY MEDICAL AUTHORIZATION

Student Legal Name (Last-First-Middle) Birth Date

Address City Zip School District

Grade Home Room Teacher

Primary Contact Mother/Guardian Father/Guardian

Place of Employment

Cell #

Home #

Work #

Authorized persons to assume responsibility for school dismissal and provisions of care when a parent/guardian cannot be reached:

1. Phone Relationship

2. Phone Relationship

Insurance: Private - Name Medicaid/Medicare - Name None

PART I OR PART II MUST BE COMPLETED

PART I: TO GRANT CONSENT
I hereby give consent for the following medical care providers and local hospital to be called:
Doctor Phone
Dentist Phone
Hospital/Emergency Room
In the event reasonable attempts to contact me have been unsuccessful, I hereby give my consent for: 1) the administration of any treatment deemed necessary by above named doctors, or, in the event the designated practitioner is not available, by another licensed physician or dentist; and 2) the transfer of the child to any hospital reasonably accessible. This authorization does not cover major surgery unless the medical opinions of two other licensed physicians or dentists, concurring in the necessity for such surgery, are obtained prior to the performance of such surgery.
Signature of Parent/Guardian Date

PART II: REFUSAL TO CONSENT
I do NOT give my consent for emergency medical treatment of my child. In the event of illness or injury requiring emergency treatment, I wish the school authorities to take the following action:
Signature of Parent/Guardian Date

IMPORTANT NOTE:

STUDENTS WILL NOT BE ALLOWED TO ATTEND CLASS UNTIL ALL FORMS ARE COMPLETED, SIGNED, AND RETURNED TO THE SCHOOL OFFICE. ADDITIONALLY, IMMUNIZATION RECORDS MUST BE ON FILE PRIOR TO THE FIRST DAY OF SCHOOL.

COMPLETE BOTH SIDES

ST. HELEN SCHOOL
Health History (Parent Fills Out)

Student's Name	Sex	Date of birth
	<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	/ /

Student Health Conditions

<input type="checkbox"/> YES, my child receives regular medical/health care for the following conditions:	<input type="checkbox"/> NO medical conditions
<input type="checkbox"/> Allergies	<input type="checkbox"/> Seizure disorder
<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> Sickle cell anemia
<input type="checkbox"/> ADD/ADHD	<input type="checkbox"/> Skin conditions
<input type="checkbox"/> Autism	<input type="checkbox"/> Speech problems
<input type="checkbox"/> Behavior concerns	<input type="checkbox"/> Traumatic brain injury
<input type="checkbox"/> Birth/congenital malformations	<input type="checkbox"/> Vision problems (glasses, contacts)
<input type="checkbox"/> Bone/muscle/joint problems	<input type="checkbox"/> Other _____
<input type="checkbox"/> Blood problems	<input type="checkbox"/> Other _____
<input type="checkbox"/> Bowel/bladder problems	<input type="checkbox"/> Other _____
<input type="checkbox"/> Cancer	<input type="checkbox"/> Other _____
<input type="checkbox"/> Cystic fibrosis	<input type="checkbox"/> Other _____

DOES YOUR CHILD HAVE ANY **LIFE THREATENING ALLERGIES**? YES NO (If yes, please list and describe symptoms.)

DOES YOUR CHILD USE AN **EPI-PEN**? YES NO

Please list any prescription medication that your child takes on a regular basis.		
Medication and dose	Time	Reason

MEDICATION ADMINISTRATION
MEDICATION WILL NOT BE ADMINISTERED AT SCHOOL UNLESS FORM A AND FORM B HAVE
BEEN SIGNED AND DATED BY THE PROVIDER AND PARENT

I release and agree to hold the St. Helen School Board, its officials, and its employees harmless from any and all liability foreseeable and unforeseeable for damages or injury resulting directly or indirectly from this authorization.

Signature of Parent/Guardian: _____ Date: _____

Updated: 02/02/2024

preschool PROMISE

Preschool Promise
Application
2024-2025

Child's Name: _____ Date of Birth: _____

Gender: M / F Address: _____

Guardian Name: _____ Name of Preschool: _____

Phone Number: _____ Email: _____

The release below gives Preschool Promise permission to gather basic information about your family that you have already given to your Preschool Provider so you don't have to complete another application.

Preschool Promise and School District Release (once child enters kindergarten): I hereby allow Preschool Promise, Inc. and other associated and sponsoring agencies to collect and share data about my child's preschool assessment scores, including but not limited to, school attendance, K-3 reading intervention/special needs participation, and any other state standardized achievement assessment scores now and in the future. Additionally, I hereby authorize my child's school district to release Preschool Promise, Inc. any data regarding the kindergarten screening and assessment scores relating to body awareness, spatial concepts, memory of sentences, phonemic awareness, vocabulary, letter id/letter sounds/number awareness, visual motor, and speech/vision/hearing. This data will only be used for research, education, and/or funding purposes. Preschool Promise shall comply with the Family Educational Rights and Privacy Act, 20 U.S.C. Section 1232g, as applicable. I also understand that my child will receive one free book/month in the mail.

Preschool Provider and County Job and Family Service Release: Further, in order to help with the completion of this application, I hereby authorize my child's school district, Preschool Provider, and/or the Montgomery County Job and Family Services to release to Preschool Promise, Inc. certain information regarding my family and/or my child that it may have on file or in its databases, including but not limited to the child's date of birth, household size, household income, residency, custody information, and child care authorization stating weekly co-payment (if requesting tuition assistance) and any other family and demographic information outlined and requested in this application. I hereby consent to such disclosure of my family and my child's information by my child's school district, preschool provider and/or the Montgomery County Dept. of Job and Family Services to Preschool Promise, Inc. I, as the parent/legal guardian of the child, authorize Preschool Promise, Inc. to release any information in the application to individual preschool providers for the purpose of record keeping, audits and improving access to quality preschool education.

Text Release: By participating in Preschool Promise, you agree to receive Preschool Promise information and Kindergarten Readiness Tip messages via text platform One Call Now. You agree to receive multiple messages from both providers, including up to four messages per week from Preschool Promise. You also agree to One Call Now's terms and conditions, available at <https://www.onecallnow.com/service-agreements/> and Privacy Policy available at <https://www.onsolve.com/privacy-statement/>. Data & message rates may apply. You may cancel your receipt of One Call Now text messages at any time by "opting out" when prompted or following the instructions provided in the terms and conditions information referenced above.

Tuition Assistance Policy (if receiving): If receiving tuition assistance, I understand that if my child attends less than 60% of his/her scheduled service days for two months, not necessarily consecutively, I will no longer be eligible for tuition assistance. If your child attends fewer than 60% of his or her scheduled days/month, you and your provider will receive a letter stating that the child is on an "Attendance Inquiry" list. **If your child misses more than 60% of his or her scheduled days a second month (not necessarily consecutively), you will lose all future tuition assistance.** Families that experience extreme hardships that cause their children to fall below the attendance requirement may request special consideration and, if their appeal is granted, they may not lose their eligibility and tuition assistance. Those exceptions will be considered on a case-by-case basis. If your child changes providers in the middle of a month, tuition assistance will not be awarded to the new program until the following month, unless the family can prove an immediate transfer was required. You will be responsible for the difference in payment to the provider. The exception to this policy is for school districts where there is a Preschool start date in the middle of the month to follow the school year. Payment for that month will be prorated.

Guardian's Signature _____ Date _____

- 1) Allow Preschool Promise to use photos/videos of my child in the promotion of Preschool Promise? Yes No
- 2) Total number of people in your household (*do not include children over 18 or non-guardian adults*)? _____
- 3) Child's primary language: English Spanish Turkish Arabic Swahili Mandarin Kinyarwanda
 Other, please specify: _____
- 4) Child's ethnicity: Asian-American African American Hispanic Multi-Racial Native American White
 Other, please specify: _____
- 5) Primary guardian's highest level of education: Less than high school High school or GED Some college
 Associate degree Bachelor degree Master degree Ph.D.
- 6) Child's T-Shirt Size: Youth XS (2-4) Youth S (6-8) Youth M (10-12) Youth L (14-16)
- 7) Primary Guardian's T-Shirt Size: S M L XL 2XL 3XL 4XL 5X
- 8) Are you currently receiving PFCC/Title20: Yes – Case#: _____ No

Preschool Promise Research Consent

Preschool Promise is helping Preschools in Montgomery County keep improving. The University of Dayton's Richard Stock and Mary Fuhs are doing research to learn what instruction benefits children the most. We would like your child to be part of our research. If you agree, we will collect information regarding your child during Preschool and the K – 3rd grade years, including your child's school assessments, surveys about your child's Kindergarten experience, attendance and demographic information, and their state student ID number. Also, we will randomly select Preschools for more in-depth individual assessments. If your child's school is selected, your child will be asked to do short assessments at their school in the Fall and again in the Spring. One assessment is a card game played on an iPad that is similar to the game Simon Says (5-7 minutes). Others involve picture books and asking questions about literacy, math, and language (15-20 minutes). Children typically enjoy doing these assessments but may stop participating at any time without any consequences. These assessments will be done in the classroom or hallway at school. All of this information is routinely collected by schools as part of their normal procedures and will be treated confidentially and securely stored. Your child's name will be kept separate from all assessment data we collect. Your name and your child's name will not be shown or published anywhere. Preschools may be given results from our assessments to improve their teaching, but all scores will be classroom or center/school averages. No child's individual score will be shared.

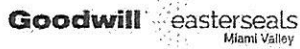
Please feel free to contact us at any time: Richard Stock, (937) 229-2453, rstock1@udayton.edu, Mary Wagner, (937) 229-2775, mfuhs1@udayton.edu. You also may contact the chair of the University of Dayton Research Review and Ethics Committee, Benjamin Kunz, Ph.D., at (937) 229-2678 or rrec@udayton.edu.

I voluntarily agree to allow my child to participate in this study. The researchers have answered all my questions about procedures and my participation. I understand that the research team will be available to answer any questions I have in the future. I also understand that I may end my participation in this research at any time without penalty and that the research team may end my participation as well. Leaving the study or choosing not to participate will in no way affect our family's participation in Preschool Promise. I am 18 (eighteen) years of age or older.

Signature of Parent/Date

Parent's Name (printed)

The University of Dayton supports researchers' academic freedom to study topics of their choice. The topic and/or content of each study are those of the principal investigator(s) and do not necessarily represent the mission or positions of the University of Dayton.



Child Screening Program
 Sarah Wrazen , Child Screening Specialist
 660 South Main Street
 Dayton, Ohio 45402
 937.528.6460 Email: s.wrazen@gesmv.org

For Office Use:
CHILD CARE:
 Date of Admission:
 0-3 3-6
 County: _____
 Typical
 Referral: _____
 Rescreen ___/___/___ ASQ +SE ITC
 Rescreen Results: _____

PERMISSION TO SCREEN

Goodwill Easter Seals Miami Valley (GESMV) Child Screening Team has permission to perform an onsite developmental screening on my child and/or review my child's parent-completed Ages and Stages Questionnaires (ASQ). My child's early childhood program has permission to submit a screening for my child into the secure GESMV ASQ Online Enterprise System for review and follow-up on screening results. GESMV may release screening results and exchange information with my child's early childhood program. In the event of a suspected delay or concern, GESMV has permission to make a referral and exchange information with Help Me Grow (applicable to children 0-36 months only), your child's home school district (children ages 3-5 years), and/or your child's physician (if physician contact information is listed below). Intervention services are voluntary programs and parents may accept or refuse participation once a Help Me Grow or school district professional contacts the family. If concerns are present on your child's screening, GESMV will attempt to contact you by phone or email to discuss these assessment options and gather additional developmental information. At times, GESMV may run general data reports to share with community stakeholders to determine the effectiveness and scope of the online screening partnership. This shared data will **NOT** include identifiable child information including names or family contact information.

_____ Male / Female (please circle)

Child's Name (First) (Middle) (Last)

Date of Birth ___/___/___ Number of Weeks Premature _____ (if under 2 yr.)

LANGUAGES OTHER THAN ENGLISH SPOKEN IN THE HOME: _____

 Signature of Legal Guardian

 Phone (Best)

 Legal Guardian's Name (Please Print)

 Email

 Relationship to Child

 Ethnicity/Race (optional)

Address _____ City _____ State _____ Zip Code _____

County _____ Home School District _____

In the event of a suspected developmental concern, a copy can be sent to your child's doctor/clinic:

Child's Doctor/Clinic Name _____ Street Name (Doctor) _____

- YES NO (please circle) Does your child receive any current intervention services?
- YES NO (please circle) Does your child have a current IFSP (Help Me Grow)
- YES NO (please circle) Does your child have a current IEP for special needs preschool (school district)?
- YES NO (please circle) Does your child receive private therapy?

**Información de la familia preescolar
2024-2025**

Al proporcionar información completa sobre su hijo, está ayudando al personal a crear una experiencia positiva para él/ella en el preescolar. Enumere cualquier información sobre los hábitos, habilidades o personalidad de su hijo que considere que será útil para el personal mientras cuida y educa a su hijo.

Nombre del niño (apellido, nombre):
Miembros de la familia inmediata:
¿Quién vive en casa con su hijo?
¿Cuál es el idioma principal que se habla en casa?
Comparta cualquier arreglo familiar especial (paternidad compartida, vivir en dos casas, detalles específicos de custodia).
Comparta cualquier cambio/transición que su hijo haya experimentado o esté experimentando recientemente (divorcio, nuevo hogar, muerte de un familiar, amigo o mascota).
Comparta cualquier práctica cultural o religiosa de su familia que debamos conocer (alimentación, vestimenta, etc.)
¿Qué mascotas tienes en casa y cómo se llaman?
¿Su hijo ha asistido previamente al preescolar o a la guardería? Si es así, por favor escriba dónde y cuándo.
Mi hijo bebe (leche, jugo, agua, otros). Encierre en un círculo y escriba cuánto/cuándo.
¿Cuáles son las comidas favoritas de su hijo?
¿Qué comida/s no le gusta a su hijo/a?
Si hay alimentos que su hijo no debe comer, enumere:
**Las alergias alimentarias/restricciones dietéticas se indican en la Declaración médica de Ohio y en el formulario de emergencia del estudiante.

¿Hay características adicionales de personalidad o comportamiento que sería útil saber?

Encierre en un círculo todas las palabras que mejor describan la personalidad y el comportamiento de su hijo:

activo aventurero cariñoso ansioso mandón brillante ocupado tranquilo cauteloso alegre contenido creativo curioso que se enfada fácilmente emocional enérgico excitable amistoso cede fácilmente feliz vacilante inseguro celoso le gusta estructura/rutina ruidoso amoroso suave extrovertido prefiere la atención de un adulto tranquilo sensible serio comparte-bueno social espontáneo terco tentativo otro:

¿Qué asusta a su hijo? ¿Cómo reacciona y cómo lo consuela?

¿Qué rutinas/acciones o elementos utiliza para consolar a su hijo?

¿Qué hace que su hijo se sienta enojado o frustrado?

¿Qué métodos utiliza para responder al comportamiento negativo de su hijo?

Comparta lo que su hijo puede usar para una comodidad/apoyo especial a la hora de la siesta/dormir.

¿Describa el estado de ánimo de su hijo al despertarse?

¿Qué tipo de silla usa su hijo en casa? (elevador, silla para niños, silla para adultos)

¿En qué etapa se encuentra su hijo para aprender a usar el baño? ¿Tu hijo necesita ayuda?

¿Qué palabras, gestos o señas usa su hijo si necesita ir al baño?

¿A qué hora se acuesta normalmente su hijo? ¿Despertar?

¿A qué hora/s suele dormir la siesta su hijo y por cuánto tiempo?

Si su hijo tiene problemas para dormir por la noche, descríbalos (ir a dormir, terrores nocturnos, etc.).

¿Qué les emociona a usted y a su hijo cuando comienza el preescolar?

¿Cuáles son sus expectativas para el preescolar?

¿Anticipa que su hijo continúe su educación en la Escuela St. Helen (jardín de infantes)?

Escriba cualquier otra información que sea útil para que el personal conozca a su hijo y lo cuide.

Firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____

