

Confidencial

El Condado de Clark la Educación Temprana
Preescolar Programa
Coordinado por Condado de Clark Escuelas Públicas
& Kentucky River Foothills Head Start

La Aplicación Inicial/Forma de STI

La Fecha del Contacto: _____ La Referencia de Hacer de Persona: _____

El Completo Nombre del Niño: _____ Masculino Femenino

La Fecha del Nacimiento del Niño: _____

Social Seguridad del Niño: _____ La Edad: _____

La Raza/Etnico: Blanco (No Hispano) Negro (No Hispano)

Hispano Asiático/ Pacífico Otro: _____

El Estudiante Vive Con: Ambos Padres Madre Padre

Guardián Otro: _____

El Nombre del Padre: _____ La Dirección del Padre: _____

El Teléfono del Padre: (Hogar) _____ (Trabajo) _____ (Célula) _____ (Ocupación): _____

El Nombre del Madre: _____ La Dirección del Madre: _____

El Teléfono del Madre: (Hogar) _____ (Trabajo) _____ (Célula) _____ (Ocupación): _____

El Nombre del Guardián: _____ La Dirección de Guardián: _____

El Teléfono del Guardián: (Hogar) _____ (Trabajo) _____ (Célula) _____ (Ocupación): _____

El Número de Personas que Viven en la Casa (incluye todos adultos & niños que viven en el hogar) : _____

¿Ha tenido jamás el niño un IEP (El Plan Educativo Individualizado) o los servicios

especiales (la terapia del habla, la demora de desarrollo, cetera de etcetera)?

No Sí La Escuela: _____

¿Tomó parte en el niño Primero Pasos Programas?

No Sí El Condado/La Ubicación: _____

___ Marque por favor las áreas apropiadas abajo:

___Apreciaría información acerca del Programa Preescolar

___La demora sospechada en habilidades de habla o idioma

___La salud sospechada/los asuntos médicos

___La demora sospechada en habilidades de desarrollo

___La demora sospechada en el motor/el desarrollo físico

___La demora sospechada en social/las habilidades de manera

___ Otro conciernes: _____

Marque por favor médico y/o psicológico diagnostica al niño tiene actualmente y proporciona la explicación abajo:

___Asma/Alergias ___ Problemas de Oír ___Problemas de Visión

___Ataques/Epilepsia ___ Herida Prematura del Nacimiento

___Herida de Nacimiento ___ Problemas de Corazón

___Traumático Defecto de Cerebro ___Autismo/PDD

___Diagnóstico de la Conducta ___Deterioro Físico ___ Desorden Genético

Desorden del Habla Otro: _____

La explicación de artículos marcados: _____

VUELVA LA APLICACION A: PRESCHOOL OFFICE, 100 VAUGHT ROAD,
WINCHESTER, KY 40391

(Para el Uso de la Oficina Sólo)

La Fecha Recibió:

_____ Persona de Toma: _____ El Plan de

Continuación: _____ La Selección de Cita

Planificada: Fecha _____: Tiempo: _____