

For Office Use Only

# 2017-18 PRE-K REGISTRATION CHECKLIST

Student's Name \_\_\_\_\_ Birthdate \_\_\_\_\_

Address \_\_\_\_\_ Phone # \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Pre-K Application alt. # \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Home Language Survey \_\_\_\_\_ Schedule appointment for testing \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Registration Form (SR290)--must have numbers to contact a parent/relative during school hours

\_\_\_\_\_ Parent's Social Security Number (indicate "none" if unavailable)

## SCHOOL SHOULD MAKE COPIES OF THE FOLLOWING ORIGINALS

\_\_\_\_\_ **Current proof of income** (must list all income of household and have proof)--attach copy to pre-K application

Paid how often? \_\_\_\_\_ Weekly \_\_\_\_\_ Every two weeks \_\_\_\_\_ Twice a month \_\_\_\_\_ Monthly

Types of Proof (only one of the following is required)

\_\_\_\_\_ Current SNAP/Food Stamp Letter (Lone Star Card, Medicaid, or WIC not accepted)

\_\_\_\_\_ Most Recent Pay Stub (if stub has overtime, three recent consecutive stubs are needed)

\_\_\_\_\_ Income Tax Return (only if parent is self-employed)

\_\_\_\_\_ Signed and Dated Letter from Employer Stating Gross Income (to be used only if parent has started a new job)

\_\_\_\_\_ Decree Stating Amount of Child Support (if applicable)

\_\_\_\_\_ Legal (original) Birth Certificate (attach copy to pre-K application--Hospital or Baptismal Certificate may be used)

\_\_\_\_\_ Prekindergarten Income Verification Form (send original to Food Services, attach a copy to the PK application)

\_\_\_\_\_ Picture I.D. of parent/guardian

\_\_\_\_\_ Student's Social Security Card (if the child has one)-optional

\_\_\_\_\_ Proof of Address (Electric bill or copy of lease, driver's license not accepted)

\_\_\_\_\_ Immunization Record (Through 4 years)

\_\_\_\_\_ 4 doses DPT, DTaP, DT

\_\_\_\_\_ 3 doses Polio (OPV/IPV)

\_\_\_\_\_ 1 dose MMR on/after 1<sup>st</sup> birthday

\_\_\_\_\_ 1 dose HIB on/after 15 months OR 3 doses HIB with 3<sup>rd</sup> dose given on/after 1<sup>st</sup> birthday and at least two months since dose #2

\_\_\_\_\_ 3 doses Hepatitis B

\_\_\_\_\_ 1 dose Varicella vaccine on/after 1<sup>st</sup> birthday (if child has NOT had chickenpox)

\_\_\_\_\_ 2 doses Hepatitis A on/after 1<sup>st</sup> birthday (doses will be separated by 6 months to 18 months)

\_\_\_\_\_ 1 dose PCV on/after 24 months of age OR 4 doses PCV with one given after 1<sup>st</sup> birthday

\_\_\_\_\_ TB questionnaire

## For Office Use Only

Documentation of phone calls \_\_\_\_\_

Teacher \_\_\_\_\_ Student number \_\_\_\_\_ Date of entry \_\_\_\_\_

Staggered Start (7:45-11:30) Mon. Tues. Wed. Thurs. Fri.

Who will pick up child the week of staggered start? \_\_\_\_\_

Who will pick up child the rest of the school year? \_\_\_\_\_

Solo para uso de la oficina

**LISTA PARA MATRICULARSE EN PREKINDERGARTEN 2017-18**

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Números de teléfono # \_\_\_\_\_

\_\_\_\_ Solicitudo para Pre-K # \_\_\_\_\_

\_\_\_\_ Encuesta sobre el idioma que se habla en casa (Home Language Survey)

\_\_\_\_ Programe una cita para las pruebas \_\_\_\_\_

\_\_\_\_ Forma de Matricula (SR290) números de teléfono para contactar a padres/parientes durante el horario de clases

\_\_\_\_ Número de Seguro Social del padre/madre o si no es disponible, escriba ninguno

**LA ESCUELA DEBE HACER COPIAS DE LOS SIGUIENTES ORIGINALES:**

\_\_\_\_ Prueba de Ingresos (Se debe incluir el ingreso de todos los miembros de la familia y mostrar prueba— adjunte a la solicitud de Pre-K)

¿Cuándo le pagan? \_\_\_\_ Semanal \_\_\_\_ Cada dos semanas \_\_\_\_ Quincenal \_\_\_\_ Mensual

Tipo de prueba (Solo se requiere uno de los siguientes documentos)

\_\_\_\_ SNAP o Carta de Estampillas para comida (No se aceptan tarjetas de Lone Star o Medicaid o WIC)

\_\_\_\_ Recibo de pago más reciente (Si el recibo muestra tiempo extra, se necesitan tres recibos consecutivos de fecha reciente para calcular su sueldo promedio)

\_\_\_\_ Declaración fiscal (Solo si el padre/madre trabaja por su propia cuenta)

\_\_\_\_ Carta fechada y con firma del empleador indicando el salario inicial total (Para usarse solo cuando el padre/madre haya iniciado un nuevo empleo)

\_\_\_\_ Carta del juez especificando la cantidad de manutención infantil (Según el caso)

\_\_\_\_ Servicio militar activo: Identificación con foto, del Departamento de la Defensa

\_\_\_\_ Acta original legal de nacimiento (adjunte a la solicitud de Pre-K. Se aceptan certificados de bautismo o constancias de nacimiento de hospital)

\_\_\_\_ Identificación con foto del padre/custodio

\_\_\_\_ Verificación de Ingresos

\_\_\_\_ Tarjeta de Seguro Social del estudiante (Si lo tiene)

\_\_\_\_ Constancia de domicilio (Recibo de electricidad/copia del contrato de renta, no se acepta licencia de manejar)

\_\_\_\_ Cartilla de vacunación (Durante 4 años)

\_\_\_\_ 4 dosis DPT, DTaP, DT

\_\_\_\_ 3 dosis de vacuna contra la polio (OPV/IPV)

\_\_\_\_ 1 dosis de MMR al cumplir un año o después

\_\_\_\_ 1 dosis de HIB a los 15 meses o después, O 3 dosis de HIB la 3ª dosis dada al cumplir un año o después

\_\_\_\_ 3 dosis de hepatitis B

\_\_\_\_ 1 dosis de vacuna contra la varicela al cumplir 1 año o después (si el niño(a) NO ha tenido viruela loca

\_\_\_\_ 2 dosis de hepatitis A al cumplir 1 año o después (dosis separadas cada 6 meses hasta los 18 meses)

\_\_\_\_ 1 dosis de PCV a los 24 meses o después, O 4 dosis de PCV una dada después de cumplir 1 año

\_\_\_\_ TB cuestionario

**Solo para uso de la oficina**

Documentation of phone calls \_\_\_\_\_

Teacher \_\_\_\_\_ Student number \_\_\_\_\_ Date of entry \_\_\_\_\_

Staggered Start (7.45-11:30) Mon. Tues. Wed. Thurs. Fri.

Who will pick up child the week of staggered start? \_\_\_\_\_

Who will pick up child the rest of the school year? \_\_\_\_\_