



KinderPrep

KinderPrep Summer School Program



KinderPrep Escuela de Verano

Un programa de verano de 6 semanas diseñado para preparar a su hijo para Kindergarten

18 DE JUNIO DE 2018 a 26 DE JULIO DE 2018

¿Que es KinderPrep?

- KinderPrep es un exclusivo programa de verano enfocado en habilidades académicos y sociales, que preparan su hijo para éxito en Kinder.
- Los niños deben estar entrando Kinder en Flossmoor School District otoño 2018, ya registrado, y tener prueba de residencia.
- KinderPrep se ofrece lunes a jueves, siguiendo el horario de verano típico de Flossmoor School District.
- No hay ningún costo para KinderPrep.
- Como un complemento a KinderPrep, participará en nuestros talleres de empoderamiento de padres, donde aprenderá como ser el primer maestro de su hijo. Recibirá compensación al final de cada taller.
- Inscripción a KinderPrep se basa en una lotería al azar despues que el proceso de evaluacio esta completo.
- Después de inscribirse en KinderPrep, será contactado para programar una evaluación para su hijo. Una evaluación completa es requerida para la lotería al azar. La evaluación lleva appoximadamente una hora y recibirá \$25 para agradecerle por su tiempo en venir a la evaluación.
- El puntaje de la evaluación de su hijo NO afecta su posibilidad de ser seleccionado para el KinderPrep Summer School.

Midiendo el Impacto

- KinderPrep es parte de un estudio de investigación a largo plazo a través de la Universidad de Chicago que está diseñado para medir el impacto de diferentes estrategias en la temprana educación sobre el éxito académico en el futuro. KinderPrep es una asociación de la Universidad de Chicago y el Distrito Escolar Flossmoor 161.

¡ES FÁCIL DE INSCRIBIRSE!

Envíe por correo o entregar este formulario:

Flossmoor School District 161

41 E. Elmwood Drive Chicago Heights, IL 60411

¿Preguntas?

Llame 708-647-7028

Referencias

¿CÓNOCE A OTRAS FAMILIAS DE FLOSSMOOR SCHOOL DISTRICT 161 CON HIJOS QUE ESTÁN ENTRANDO EN KINDER QUIEN ESTARÍAN INTERESADOS EN RECIBIR INFORMACIÓN?

Nombre Completo del Padre o Tutor

Apellido

Primer Nombre

Inicial del
Segundo Nombre

Número de teléfono: _____



THE UNIVERSITY OF
CHICAGO

Por favor completa la forma de registraci3n atr3s ↓

Forma de Registración

Nombre Completo del Niño:

Apellido *Primer Nombre* *Inicial del Segundo Nombre*

Sexo: Masculino Femenino Raza del Niño: Hispano Afroamericano Blanco Otro: _____

Dirección:

Nombre de la Calle *# de apt.*

Ciudad *Estado* *Código Postal*

Teléfono de la Casa: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Mes / Día / Año

¿Qué idioma se habla en su casa? Inglés Español Otro: _____

Información del Padre o Tutor

Nombre Completo de la Madre:

Apellido *Primer Nombre* *Inicial del Segundo Nombre*

¿Tiene la misma dirección que el niño? Sí No

de Celular: _____ Otro # de Teléfono: _____

Nombre Completo del Padre:

Apellido *Primer Nombre* *Inicial del Segundo Nombre*

¿Tiene la misma dirección que el niño? Sí No

de Celular: _____ Otro # de Teléfono: _____

Nombre Completo del Tutor o Guardián:

Apellido *Primer Nombre* *Inicial del Segundo Nombre*

Relación Familiar: _____ ¿Tiene la misma dirección que el niño? Sí No

Dirección (si es diferente a la del niño):

Nombre de la Calle *# de apt.*

Ciudad *Estado* *Código Postal*

Teléfono de Casa: _____ Correo Electrónico: _____

FLOSSMOOR SCHOOL DISTRICT 161
Summer Academy Health Information – 2018

School: _____ Grade in 2017-2018: _____

Student Name: _____ Birthdate: _____

Address: _____ Home Phone: _____

Name of Parent(s)/Guardian(s) Student Lives With:

Name: _____ Relationship: _____

Day Phone: _____ Cell Phone: _____

Name: _____ Relationship: _____

Day Phone: _____ Cell Phone: _____

Email address: _____

Emergency Contact (Available during school hours to pick up your child in case of an illness or emergency if we are unable to reach parent/guardian.)

Name: _____ Relationship: _____ Phone: _____

Doctor's Name: _____ Phone: _____

Dentist's Name: _____ Phone: _____

Health Concerns: No _____ Yes _____ (please list) _____

ALLERGIES: List all allergies that your child has and the treatment.

Allergy: _____ Treatment: _____

Allergy: _____ Treatment: _____

MEDICATION: List all prescription, over-the-counter, and herbal medication.

	Name of Medication	Used to Treat
1.	_____	_____
2.	_____	_____
3.	_____	_____

Emergency Medications Necessary for Summer Academy: No _____ Yes _____ (please list below:)

Parent Name (please print) _____

Parent Signature _____

Date _____