



Pre – Enrollment Form

Today's Date: _____

Student's Name: _____

Date of Birth: _____ Current Age: _____ Last Completed Grade: _____

Current Grade (2023 – 2024): _____ Next Grade (2024 – 2025): _____

School Currently Attending: _____

Home Address: _____

City: _____ State: _____ Zip Code: _____

Cell Phone: _____ Email: _____

Is the Student currently receiving **Special Education Services**? Yes No

If you answered Yes, please specify if your child receives Speech Therapy Physical Therapy Occupational Therapy

If you answered Yes, please provide Special Education Documents (Psychological Evaluation, IEP, etc.)

Does the Student currently have a **504b Plan**? Yes No

Is the Student in **English as a Second Language Program (ESL)**? Yes No

Do you have a **brother** or **sister** currently attending our school Yes No

If you answered yes above,

Name of sibling(s): _____

Do you have siblings that would like to attend our school? Yes No

If you answered yes above, Name of sibling(s): (You must fill out an individual form for each child)

_____ Grade: _____

_____ Grade: _____

Parent/Guardian Signature _____

Note: _____

***Please note that this pre-enrollment form is only valid for the current school year.**

***To be considered for the following school year you must complete a new pre-enrollment form and submit it on the first Monday in April or later.**

***The waiting list order is established in the order forms are received.**

***Students must be 5 no later than September 1st to be considered for kindergarten.**



Formulario de Pre-Inscripción

Fecha de hoy: _____

Nombre del Estudiante: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad Actual: _____ Ultimo Grado Completado: _____

Grado Actual (2023 – 2024): _____ Proximo Grado (2024 – 2025): _____

Escuela que atiende actualmente: _____

Dirección de Casa: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Numero de Celular: _____ Correo Electrónico: _____

¿El estudiante está recibiendo **Servicios de Educación Especial**? Sí No

Si su respuesta es sí, favor de especificar si su hijo (a) recibe Terapia del habla Terapia Física Terapia Ocupacional

Si respondió Sí, por favor proporcione documentos de educación especial (evaluación psicológica, IEP, etc.)

¿El estudiante está recibiendo servicios del **Plan 504b**? Sí No

¿El estudiante está en el programa de **inglés como Segundo Lenguaje**? Sí No

Tiene a un **hermano/a** que atiende nuestra escuela actualmente? Sí No

Si respondió sí,

Nombre de hermano/a(s): _____

El estudiante tiene un hermano/a que desea asistir a nuestra escuela? Sí No

Si respondió sí, Nombre de hermano/a(s) (Debe llenar un formulario individual por cada estudiante)

Grado: _____

Grado: _____

Firma de Padre/Tutor _____

Nota: _____

***Tenga en cuenta que este formulario de preinscripción solo es válido para el año escolar en curso.**

***Para ser considerado para el siguiente año escolar debe completar un nuevo formulario de preinscripción y enviarlo el primer lunes de abril o más tarde.**

***El orden de la lista de espera se establece en los en orden que se reciben los formularios.**

***Los estudiantes deben tener 5 años a más tardar el 1 de septiembre para ser considerados para Kinder.**