

TIEGERMAN

Preschool at Far Rockaway, 264 Beach 19th Street, Far Rockaway, NY 11691 • (718) 868-2961

The student will not be allowed to attend school without proof of the below mentioned documents.

CHECKLIST FOR REGISTRATION

- Birth Certificate**
- Immunization Record**
Prepared by a physician or authorized person who administers the immunizing agent and shall specify the vaccines given and the dates of administration
- Health Examination Form**
To be completed by a licensed physician (See attached Health Examination form)
- Custody Papers**
Necessary if the child does not live with both biological parents
- Parent or Guardian Photo Identification**
Driver's license
- District Residency**
One of the following proofs of residency can be provided:
 - A. Owns Home**
 1. Most recent utility bill (one only) – electric, phone, water bill
*Must have name and property/residence address
 - B. Rents Home**
 1. Lease agreement - Must have name and property/residence address
 2. Parent's name must appear on lease
 3. Most recent utility bill (one only) – electric, phone, water bill
*Must have name and property/residence address
 - C. Landlord Verification form – Must be notarized**
 1. To be completed by the landlord in instances where there is no lease
 2. If you are living with a relative, that person must complete the form and also provide you with a bill (electric, phone, water) showing their name and property/residence address

NOTE: The following will not be accepted as proof of residency: driver's license, checkbook, rent receipt, car insurance cards, bank statement



TIEGERMAN

Preschool at Far Rockaway, 264 Beach 19th Street, Far Rockaway, NY 11691 • (718) 868-2961

PREKINDERGARTEN APPLICATION

DATE: _____

CHILD'S NAME: _____ DOB: _____ Sex: [] M [] F

PARENT/GUARDIAN NAME: _____

ADDRESS: _____ CITY: _____ ZIP: _____

MAILING ADDRESS (IF DIFFERENT): _____ EMAIL: _____

PHONE: (H) _____ (W) _____ (C) _____

Has your child had any previous school experience?: [] YES [] NO If Yes, what is the name and location of the School/Agency? _____

Do you feel your child has any special needs? If so, please explain: _____

Household Size:	
# of Adults	_____
# of Children	_____
Total in Household	_____

The Universal Prekindergarten program is a program which provides curriculum and activities, 5 days/week, 5 hours/day, which are appropriate to the age-level and individual needs of eligible children and which promote cognitive, linguistic, physical, cultural, emotional and social development. Activities are learner-centered and designed and provided in a way that promotes the child's total growth and development in all areas including English language development and literacy. Children are encouraged to be self-assured and independent.

Eligible children are those who are four years of age on or before December 1st of the year in which he or she is enrolled, or who will otherwise be first eligible to enter public school kindergarten commencing with the following school year. Selection is based on a lottery system.

Transportation is NOT provided and is the responsibility of the parent/caregiver.

If you are interested in applying for your child, please complete and return to:

Tiegerman Preschool at Far Rockaway
264 Beach 19th Street
Far Rockaway, NY 11691
Attention: Christine Poblete
Phone: (718) 868-2961 Ext. 1451
Fax: (718) 868-2015



TIEGERMAN

Preschool at Far Rockaway, 264 Beach 19th Street, Far Rockaway, NY 11691 • (718) 868-2961

Date: _____

Student's Name: _____ Sex: [] M [] F
(Last) (First) (Middle)

Hispanic or Latino: Yes No

Race: (choose all that apply) Asian Black Native American/Native Alaskan Pacific Islander White

Date of Birth: _____ Place of Birth (city, state): _____ Country (if not U.S.): _____

Custody Papers or Guardian Warnings?: Yes No

Parents/Guardians with whom child(ren) reside(s): _____

Home Phone #: _____ Unlisted: Yes No

Primary Contact Person: _____ Relationship to Student: _____

Address: _____ City: _____ State: _____ Zip: _____

Mailing Address, if different: _____

Dominant Home Language: _____

Resident Type: Lease Own Rent Trailer Park/Condo Unit Unknown

Proof of Residency: Mortgage Statement Property Tax Bill Real Estate Statement Utility Bill Lease

Landlord Verification Form Other: _____



TIEGERMAN

Preschool at Far Rockaway, 264 Beach 19th Street, Far Rockaway, NY 11691 • (718) 868-2961

EMERGENCY CONTACT INFORMATION – OTHER THAN PARENT/GUARDIAN

Name of Child: _____
(Last) (First) (Middle)

Name of Emergency Contact: _____

Relationship to Student: _____

Resides in Same Household?: Yes No

If different household:

Address: _____ City: _____ State: _____ Zip _____

Phone 1: _____ Cell Home Office

Phone 2: _____ Cell Home Office

Name of Emergency Contact: _____

Relationship to Student: _____

Resides in Same Household?: Yes No

If different household:

Address: _____ City: _____ State: _____ Zip _____

Phone 1: _____ Cell Home Office

Phone 2: _____ Cell Home Office

OTHER CHILDREN RESIDING IN THE HOUSEHOLD

Name of Child: _____ DOB: _____ Enrolled in School?: Yes No

Name of School (if enrolled): _____

Name of Child: _____ DOB: _____ Enrolled in School?: Yes No

Name of School (if enrolled): _____

Name of Child: _____ DOB: _____ Enrolled in School?: Yes No

Name of School (if enrolled): _____

Guardian Warnings?: No Yes (please explain): _____

Custody Papers?: No Yes (please explain): _____



TIEGERMAN

Preschool at Far Rockaway, 264 Beach 19th Street, Far Rockaway, NY 11691 • (718) 868-2961

EMERGENCY CONTACT INFORMATION – PARENTS/GUARDIANS WHO LIVE IN THE SAME HOUSEHOLD AS THE CHILD(REN)

Name of Child: _____
(Last) (First) (Middle)

Name of Parent/Guardian: _____

Relationship to Student: _____ Legal Custody?: Yes No

Phone 1: _____ Cell Home Office

Phone 2: _____ Cell Home Office

Email Address: _____

Employer's Name: _____

Employer's Address: _____
(City) (State) (Zip)

Name of Parent/Guardian: _____

Relationship to Student: _____ Legal Custody?: Yes No

Phone 1: _____ Cell Home Office

Phone 2: _____ Cell Home Office

Email Address: _____

Employer's Name: _____

Employer's Address: _____
(City) (State) (Zip)

INFORMATION TO BE COMPLETED FOR A PARENT/GUARDIAN WHO DOES NOT LIVE IN THE SAME HOUSEHOLD AS THE CHILD(REN)

Name of Parent/Guardian: _____

Relationship to Student: _____ Legal Custody?: Yes No

Address: _____

Phone 1: _____ Cell Home Office

Phone 2: _____ Cell Home Office

Email Address: _____



TIEGERMAN

Preschool at Far Rockaway, 264 Beach 19th Street, Far Rockaway, NY 11691 • (718) 868-2961

LANDLORD VERIFICATION FORM

Date: _____

RE: Student's Name: _____ DOB: _____

This is to verify that _____
(Name of Tenant)

is a month to month tenant residing at the following location:

Landlord's Signature: _____

Name and Address: _____

Phone Number: _____

Sworn to before me this _____ day
of _____ 20 _____

State of:

County of:

Notary Public



TIEGERMAN

Preschool at Far Rockaway, 264 Beach 19th Street, Far Rockaway, NY 11691 • (718) 868-2961

STUDENT HEALTH INVENTORY (PAGE 1)

For New, Prekindergarten Students

Date: _____

Student's Name: _____

Date of Birth: _____ Weight at Birth: ____ lbs. ____ oz.

School: _____ Grade: _____

If this child has no known health problems, SIGN HERE and do not complete the rest of this form.

(Parent/Guardian Signature)

If this child has known health problems, please continue.

If the answer is "YES" to any of the questions below, please provide details, including dates on Page 2 of this form.

At birth, did the baby stay in the hospital longer than the mother? ___ Yes ___ No

Does your child have any of the following health concerns?

- | | | |
|--|---------|--------|
| Allergy to Bee Sting | ___ Yes | ___ No |
| Allergy to Food | ___ Yes | ___ No |
| Allergy to Medication | ___ Yes | ___ No |
| Allergy to Other (please indicate) | ___ Yes | ___ No |
| Asthma or Breathing Problems | ___ Yes | ___ No |
| Diabetes | ___ Yes | ___ No |
| Difficulty Hearing | ___ Yes | ___ No |
| Difficulty Seeing | ___ Yes | ___ No |
| Seizures (convulsions) | ___ Yes | ___ No |
| Heart Problems | ___ Yes | ___ No |
| Other Health Problems (describe on page 2) | ___ Yes | ___ No |

Does your child take daily medication? ___ Yes ___ No

Does your child take emergency medication? ___ Yes ___ No

Has your child ever been hospitalized? ___ Yes ___ No

Has your child had frequent or chronic ear infections? ___ Yes ___ No

Has your child had frequent or chronic Strep throat? ___ Yes ___ No

(Print Name of Parent/Guardian)

(Relationship to Student)

(Signature of Parent/Guardian)

If you answered "Yes" to any of the above questions, COMPLETE PAGE 2



TIEGERMAN

Preschool at Far Rockaway, 264 Beach 19th Street, Far Rockaway, NY 11691 • (718) 868-2961

STUDENT HEALTH INVENTORY (PAGE 2)

Complete this page if applicable

Name of Student: _____

List below any known allergies to insect bites, food, medicines or other substances.
Describe how your child's allergic reactions are handled.

List below any medications your child takes and the reasons for the medication. Include daily and/or emergency medications as well as the frequency and dosage.

Describe any hospitalizations your child has had. Include reasons, outcomes and dates.

Provide any other information about your child's health that is pertinent to his/her well-being in school.



Department of Health and Mental Hygiene

Department of Education

CHILD & ADOLESCENT HEALTH EXAMINATION FORM

Please Print Clearly

NYC ID (OSIS)

TO BE COMPLETED BY THE PARENT OR GUARDIAN

Child's Last Name, First Name, Middle Name, Sex, Date of Birth, Child's Address, City/Borough, State, Zip Code, School/Center/Camp Name, District Number, Phone Numbers, Health insurance, Parent/Guardian Last Name, First Name, Email

TO BE COMPLETED BY THE HEALTH CARE PRACTITIONER

Birth history, Allergies, Attach MAF if in-school medications needed, Does the child/adolescent have a past or present medical history of the following?, Medications

PHYSICAL EXAM, Date of Exam, General Appearance, Describe abnormalities

DEVELOPMENTAL, Nutrition, Hearing, Vision, Screening Tests, Blood Lead Level (BLL), Lead Risk Assessment, Hemoglobin or Hematocrit

IMMUNIZATIONS - DATES, CIR Number, Physician Confirmed History of Varicella Infection, Report only positive immunity: Hepatitis B, Measles, Mumps, Rubella, Varicella, Polio 1, Polio 2, Polio 3

ASSESSMENT, Well Child (Z00.129), Diagnoses/Problems, ICD-10 Code, RECOMMENDATIONS, Full physical activity, Restrictions, Follow-up Needed, Referral(s)

Health Care Practitioner Signature, Date Form Completed, DOHMH ONLY PRACTITIONER I.D., Health Care Practitioner Name and Degree, Practitioner License No. and State, TYPE OF EXAM, Facility Name, National Provider Identifier (NPI), Date Reviewed, I.D. NUMBER, Address, City, State, Zip, Telephone, Fax, Email, REVIEWER, FORM ID#

TIEGERMAN Forma de liberación información de Salud (HIPPA)

Este formulario permite a los proveedores designados abajo para compartir la información médica relativa a su hijo con TIEGERMAN. Esta información será utilizada para permitir la colaboración de la salud para mantener la seguridad de los estudiantes, la asistencia, o crear/ modificar la programación. Por favor firme y devuelva este formulario a la enfermera de la escuela.

AUTHORIZACION PARA EL USO O LA DIVULGACION DE INFORMACION DE SALUDO PROTEGIDA

Yo, _____ autorizó el proveedor de atención medica de mi hijo(a)
(Nombre de padre/tutor/Guardián)
se enumeran a continuación para compartir la información médica de mi hijo(a), _____

_____, con el medico del distrito, la enfermera escolar, terapeuta ocupacional (TO), Fisioterapeuta (PT), terapeuta del habla (ST), el consejero escolar, psicólogo, o las siguientes personas:

Lista de Proveedores de cuidado de la salud (Medico, Dentista, Proveedor de salud mental

Nombre _____	Telefono _____	FAX _____
Nombre _____	Telefono _____	FAX _____
Nombre _____	Telefono _____	FAX _____

El doctor/medico puede revelar la siguiente información, protegida de salud:(por favor marque lo que corresponda)

- Inmunizaciones
- Evaluaciones de Salud
- Pasado/Actual Condición Médica e impacto en la asistencia, atención en la programación de la escuela
- Todo lo anterior
- Otros _____

La información de salud protegida puede ser usada, revelada o recibida para lo siguiente propósito(s): (marque lo que corresponda)

- Desarrollar los planes de atención o el tratamiento de rutina y la gestión escolar de emergencia
- Para evaluar el impacto de la enfermedad medica(s) en la programación de la escuela y/o asistencia con el fin de diseñar programas educativos apropiados.
- Para compartir observaciones y preocupaciones de la escuela relacionados con el comportamiento
- Para evaluar una base medica para la modificación de transporte y/o enseñanza en su casa
- Administración de medicamentos o recetas de terapia
- Todo lo anterior
- Otro _____

Por favor, tenga en cuenta:

Esta autorización expirara el ultimo día de matricula de mi hijo en _____ **TIEGERMAN**

- Reconozco que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento enviando una notificación por escrito al Oficial de Privacidad en la oficina de mi proveedor de atención médica y para el Edificio de Administración del Distrito.
- Entiendo que la revocación de esta autorización no es efectiva si el proveedor de atención medica o el Distrito ha utilizado la autorización para la divulgación de la información de salud protegida antes de recibir mi notificación por escrito de revocación.
- Entiendo que cualquier información de salud protegida a conocer como resultado de esta autorización a cualquier persona no este cubierto por las leyes de privacidad estatales y federales pueden estar sujetos a una nueva divulgación y ya no puede ser protegido para la ley federal o estatal.
- Entiendo que el tratamiento de mi hijo no depende de mi acuerdo para liberar o retener información.

Firma del paciente (sobre 18), Padre o Tutor/Guardián

Fecha _____ Relación _____

PUEDE NEGARSE A FIRMAR ESTA AUTORIZACIÓN

TIEGERMAN EMERGENCY PHONE LIST

Please identify 3 people who would be able to pick up your child during school hours in the event of an EMERGENCY. These individuals would be called if the school is **unable to reach the parent/guardian**. If an Emergency Contact person is called to pick up the child, that person must present identification before the school can release your child into their care.

In the event you must request an unauthorized(not listed) individual to pick up your child, the request must be in writing, and presented to the school before the individual can pick up your child. Photo I.D. must be presented upon arrival at Tiegerman. All information is kept on file in the nurse's office, the business office and in the computer system.

Parents/Guardians are required to update all contact/emergency information yearly, or if there is a change of contact information.

Date _____ Signed _____

Student Name: _____ DOB: _____ CLASS: _____

Address: _____ Home Phone: _____

PARENT/GUARDIAN INFO: Main Contact

Father/Guardian: _____	Address if different from Child: _____ _____ _____
Home Phone: _____	
Work Phone: _____	
Cell Phone: _____	
E-mail address: _____	

PARENT/GUARDIAN INFO: Main Contact

Mother/Guardian: _____	Address if different from Child: _____ _____ _____
Home Phone: _____	
Work Phone: _____	
Cell Phone: _____	
E-mail address: _____	

TO BE CALLED IN EMERGENCY ONLY (please print):

Relationship: _____ **Name:** _____ **Address:** _____ **Contact Phone #:** _____

1: _____

2: _____

3: _____

Doctor: _____ Phone: _____



TIEGERMAN

TEACHING THE EXTRAORDINARY

EXPERTS IN LANGUAGE AND COMMUNICATION DEVELOPMENT

To Be Completed By Parent/Guardian

Student Name: _____

I request the school nurse give the medication listed on this plan; or after the nurse determines my child can take their own medications; trained staff may assist my child to take their own medications. I will provide the medication in the original pharmacy or over the counter container. This plan will be shared with school staff caring for my child.

X _____
Parent/Guardian Name

X _____
Parent/Guardian Signature

X _____
Date

To Be Completed By Health Care Provider-Valid for 1 Year

Diagnosis _____

Medication _____

Dose _____ Route _____ Time(s) _____

Note: Medication will be given as close to the prescribed time as possible, but may be given up to one hour before or after the prescribed time. Please advise if there is a time-specific concern regarding administration.

As per New York State Law, all medication, including **Over-the-Counter medication, needs parental and physician authorization to be administered at school.** The following standard Over-the-Counter Medications will be available in the Health Office. Only medications that are checked yes and determined to be necessary will be administered at the discretion of a registered nurse. Administration of these medications will be as per label instructions unless otherwise indicated by your physician.

Acetaminophen	_____yes	_____no	Ibuprofen	_____yes	_____no
Benadryl/Zyrtec	_____yes	_____no	Cortisone cream	_____yes	_____no
Antibiotic cream	_____yes	_____no	Vaseline	_____yes	_____no

X _____
Name/Title of Prescriber (Please Print)

X _____
Prescriber's Signature

X _____
Date

X _____
Prescriber's Email

X _____
Prescriber's Phone

X _____
Date



TIEGERMAN

TEACHING THE EXTRAORDINARY

EXPERTS IN LANGUAGE AND COMMUNICATION DEVELOPMENT

FORMULARIO DE PROCEDIMIENTO MÉDICO MEDICAL PROCEDURE FORM

SI SE DECIDE QUE UN NIÑO QUE ASISTE A TIEGERMAN NECESITA TRATAMIENTO DE EMERGENCIA EN UN HOSPITAL, SE SEGUIRÁ EL SIGUIENTE PROCEDIMIENTO:

- LOS PADRES / TUTORES SERÁN NOTIFICADOS DE INMEDIATO. SI NO SE PUEDE CONTACTAR A LOS PADRES / TUTORES LEGALES, SE NOTIFICARÁ A UN CONTACTO DE EMERGENCIA. EN CASO DE QUE NO SE PUEDA CONTACTAR A LOS PADRES / TUTORES LEGALES Y A LOS CONTACTOS DE EMERGENCIA, SU HIJO, CUANDO SEA NECESARIO, SERÁ TRANSPORTADO AL CENTRO MÉDICO MÁS CERCANO. UN PADRE DE ENLACE Y / O ADMINISTRADOR ACOMPAÑARÁ AL ESTUDIANTE.
- SI SU HIJO ASISTE A GLEN COVE **ESCUELA PREESCOLAR / PRIMARIA**, SE LLAMARÁ A GLEN COVE POLICIA / EMS. EL 1ER RECINTO HA DECLARADO QUE LA AMBULANCIA LLEVARÁ AL NIÑO AL HOSPITAL MÁS CERCANO, QUE ES EL HOSPITAL NORTHWELL EN GLEN COVE.
- SI SU HIJO ASISTE A LA ESCUELA **SECUNDARIA GLEN COVE**, SE LLAMARÁ A GLEN COVE POLICIA / EMS. EL 1ER RECINTO HA DECLARADO QUE LA AMBULANCIA LLEVARÁ AL NIÑO AL HOSPITAL MÁS CERCANO, QUE ES EL HOSPITAL NORTHWELL EN GLEN COVE.
- SI SU HIJO ASISTE A LA ESCUELA **RICHMOND HILL**, SE LLAMARÁ AL 911. LA AMBULANCIA LLEVARÁ AL NIÑO AL HOSPITAL MÁS CERCANO, QUE PARA ESTA UBICACIÓN ES JAMAICA MEDICAL CENTER.
- SI SU HIJO ASISTE A LA ESCUELA **WOODSIDE**, SE LLAMARÁ AL 911. LA AMBULANCIA LLEVARÁ AL NIÑO AL HOSPITAL MÁS CERCANO, QUE PARA ESTA UBICACIÓN ES EL HOSPITAL ELMHURST.
- SI SU HIJO ASISTE A LA ESCUELA **FAR ROCKAWAY**, SE LLAMARÁ AL 911. LA AMBULANCIA LLEVARÁ AL NIÑO AL HOSPITAL MÁS CERCANO, QUE PARA ESTA UBICACIÓN ES EL HOSPITAL ST. JOHN'S EPISCOPAL.
- SI SU HIJO ASISTE A LA ESCUELA **FRANKLIN SQUARE**, SE LLAMARÁ AL 911. LA AMBULANCIA LLEVARÁ AL NIÑO AL HOSPITAL MÁS CERCANO, QUE PARA ESTA UBICACIÓN ES EL HOSPITAL DE LONG ISLAND JEWISH VALLEY STREAM.

Nombre del Niño

Fecha

Firma del Padre o Tutor

* Atención, este formulario debe ser presentado anualmente y estará en efecto mientras que su hijo/a este en Tiegerman. 2026-2027



TIEGERMAN

TEACHING THE EXTRAORDINARY

EXPERTS IN LANGUAGE AND COMMUNICATION DEVELOPMENT

FOTO/VIDEO/COMUNICADO DE PRENSA

De vez en cuando, Tiegerman (FKA School for Language and Communication Development) toma fotos o graba videos de estudiantes y sus familias que participan en los programas de Tiegerman, usan sus instalaciones o asisten a uno de sus eventos especiales. Además, Tiegerman puede permitir que los miembros de los medios de comunicación (los "Medios") tomen dichas fotos o graben dichos videos para promover la misión de Tiegerman y para otros fines periodísticos. La persona nombrada a continuación firmando este comunicado con el fin de permitir que Tiegerman y los medios de comunicación utilicen una o más de dichas fotografías, grabaciones de video y / o grabaciones de sonido (colectivamente, "Grabaciones") de dicha persona para cualquier propósito consistente con la misión de Tiegerman, que incluye, pero no se limita a, Tiegerman o los medios de comunicación que publican dichas grabaciones en periódicos, en sitios o web, en canales de redes sociales y en cualquier publicación impresa o electrónica, televisión o en la radio. Al firmar esta autorización, la persona en cuestión reconoce haber consentido libremente ser fotografiada, filmada o grabada de cualquier otra forma, y la firma por su propia voluntad. Si la persona mencionada a continuación es menor de 18 años, su padre, madre o tutor legal deberá firmar

1. Acepto que estoy dispuesto a que Tiegerman, sus contratistas y los medios de comunicación me fotografíen, filmen o graben a mi hijo, ya sea individualmente o como parte de una grabación grupal, que pueda incluir la imagen, semejanza y / o voz de mi hijo. Además, acepto que el nombre de mi hijo se pueda usar para identificarme a mi / mi hijo como sujeto de cualquier grabación que muestre la imagen, semejanza y / o voz de mi hijo.
2. Entiendo que los Medios de Comunicación poseerán todos los derechos sobre las grabaciones mías / de mi hijo que los Medios tomen o graben ("Grabaciones de Medios"), y que los Medios tendrán derecho exclusivo de usar, o permitir que otros usen, dichas Grabaciones de Medios en cualquier medio para cualquier propósito legal.
3. Entiendo que estoy renunciando a todos y cada uno de los derechos que puedan impedir el uso de las grabaciones por parte de Tiegerman o de los Medios de Comunicación como se describe anteriormente.
4. Reconozco que ni Tiegerman ni los Medios de Comunicación tienen ninguna obligación de usar ninguna Grabación mía o de usar dichas grabaciones para ningún propósito en particular.
5. Entiendo que no recibiré ningún pago monetario u otra compensación a cambio de los derechos de uso de las Grabaciones de mi / mi hijo.

Nombre del Niño (imprimido)	Firma del Padre/Guardian
Nombre del Padre/ Guardian (Imprimido)	Fecha

***Este acuerdo permanecerá vigente durante la duración de la inscripción de este estudiante en Tiegerman.**



TIEGERMAN

TEACHING THE EXTRAORDINARY

EXPERTS IN LANGUAGE AND COMMUNICATION DEVELOPMENT

2026-2027 ALERGIAS & MEDICAMENTOS FORMA *
(Allergy medication form)

Nombre: _____ Sexo: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Mi hijo, _____ Grupo # _____
(nombre completo)

Tiene las siguientes alergias (medicamentos, alimentos, etc.), restricción de dieta, etc.:

Mi hijo NO tiene ninguna alergia _____ (marque aquí y firme abajo).

Diario medicamento
tomada en la escuela: _____

Diario medicamento
tomada en el hogar: _____

PRN med: _____

Por favor, proporcionar un suministro de 3 días de medicamento en caso de una emergencia generalizada.

Gracias.

Fecha

Firma del Padre o Tutor

*** Tenga en cuenta, que este formulario debe ser presentado cada año.**



DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN DEL ESTADO DE NUEVA YORK
Perfil de idioma de estudiantes multilingües emergentes
para alumnos de preescolar¹

*Estimado padre, madre o tutor:
 Gracias por completar el Perfil de idioma de estudiantes multilingües emergentes. Esta encuesta aportará a su escuela nueva información valiosa sobre la experiencia de su hijo con los idiomas. La información reunida servirá para que los educadores de preescolar puedan brindar un nivel de instrucción relevante desde el punto de vista lingüístico y académico, que afiance el idioma y la alfabetización de todos los alumnos.*

ESTA SECCIÓN SOLO SERÁ COMPLETADA POR PERSONAL ESCOLAR O A CARGO DE LA INSCRIPCIÓN Y SE ARCHIVARÁ
Fecha en que se completó el perfil:
Nombre del estudiante:
Sexo:
Fecha de nacimiento:
Nombre de la organización con base en el distrito o la comunidad:
Nro. de identificación del estudiante (si corresponde):
Nombre de la persona que administra el perfil:
Puesto:

Información del padre, la madre o la persona que desempeña un rol parental
Nombre del padre, la madre o la persona que se desempeña un rol parental:
Relación (con el estudiante) de la persona que brinda la información para este perfil: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Otro
¿En qué idiomas desea recibir información de la escuela? <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Otro idioma que se habla en el hogar:
Idioma que se habla en el hogar
1. ¿En qué idiomas le hablan ustedes (los padres o tutores) a su hijo en el hogar?
2. ¿Cuáles son los idiomas principales del padre/madre/tutor en su hogar individualmente? (Enumere todos los que correspondan.)
3. ¿Hay un cuidador en el hogar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, ¿qué idiomas habla el cuidador con más frecuencia?
4. ¿Qué idiomas entiende su hijo?
5. ¿En qué idiomas habla su hijo con otras personas?
6. ¿Su hijo tiene hermanos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, ¿qué idiomas hablan los niños entre ellos la mayor parte del tiempo?

7a. ¿A qué edad comenzó su hijo a hablar con oraciones cortas?

¿En qué idioma?

7b. ¿A qué edad comenzó su hijo a hablar con oraciones completas?

¿En qué idioma?

8. ¿Qué idioma utiliza su hijo en los juegos de simulación?

9. ¿Cómo ha aprendido inglés su hijo hasta este momento (programas de televisión, hermanos, personas a cargo del cuidado, etc.)?

Idioma fuera del hogar/de la familia

10. ¿Su hijo ha asistido a algún programa de guardería, Head Start o de cuidado infantil? Sí No

En caso afirmativo, ¿qué idioma se hablaba en el programa?

¿En qué idiomas interactúa su hijo con otras personas en el entorno de guardería o cuidado infantil?

11. ¿Cómo describiría el uso del idioma que hace su hijo con los amigos?

Objetivos de idioma

12. ¿Cuáles son sus objetivos de idioma para su hijo? Por ejemplo, ¿quiere que su hijo aprenda a hablar bien más de un idioma?

13. ¿Ha expuesto a su hijo a más de un idioma para asegurarse de que sea bilingüe o multilingüe? Sí No

14. ¿Su hijo necesita hablar un idioma distinto del inglés para comunicarse con sus parientes o familia extendida?
 Sí No

En caso afirmativo, ¿qué idioma?

Alfabetización emergente

15. ¿Su hijo tiene libros en el hogar, o lee libros de la biblioteca?

¿En qué idioma le leen estos libros?

16a. ¿Su hijo puede decir algunas letras o sonidos en inglés? Sí No

16b. ¿Su hijo puede reconocer letras o símbolos en otro idioma? Sí No

En caso afirmativo, ¿en qué idioma?
17a. ¿Su hijo simula leer? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No está seguro
En caso afirmativo, ¿en qué idioma?
17b. ¿Su hijo simula escribir? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No está seguro
En caso afirmativo, ¿en qué idioma?
18. ¿Su hijo cuenta historias de sus libros o videos favoritos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
En caso afirmativo, ¿en qué idioma?
19. ¿El programa de cuidado infantil o guardería de su hijo describe objetivos para su aprendizaje? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
De ser así, ¿qué objetivos describe?
20. Describa algo especial que haya hecho para preparar a su hijo para comenzar el preescolar.

ⁱ Para más información, comuníquese con la Oficina de Educación Infantil del Departamento de Educación del Estado de Nueva York al (518) 474-5807, o por correo electrónico a OEL@nysed.gov, o la Oficina de Educación Bilingüe e Idiomas del Mundo del Departamento de Educación del Estado de Nueva York al (518) 474-8775 o (718) 722-2445, o por correo electrónico a OBEWL@nysed.gov.