

Distrito Escolar de Little Rock
SOLICITUD ESCOLAR PARA PRE-KINDERGARTEN PARA NIÑOS DE 4 AÑOS (P4)

Su hijo(a) debe tener cuatro años de edad en o antes del 1 de agosto de 2018 para poder inscribirse al programa P4.

Nombre del niño(a): _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Dirección: _____ Código postal: _____ Raza: _____

Teléfono (Casa): _____ Teléfono (Trabajo): _____ Teléfono (Celular): _____

Criterios de asignación:

- Primera preferencia: Niños que viven EN la zona de asistencia, y que tienen hermanos mayores que asisten a la misma escuela.
 - Segunda preferencia: Niños que viven EN la zona de asistencia y no tienen hermanos que asisten a la misma escuela.
 - Tercera preferencia: Hijos de empleados en la escuela.
 - Cuarta preferencia: Niños que NO viven EN la zona de asistencia y tienen hermanos que asisten a la misma escuela.
 - Quinta preferencia: Niños que NO viven EN la zona de asistencia y NO tienen hermanos que asisten a la misma escuela.
- Si la demanda excede la cantidad de vacantes disponibles, los estudiantes serán colocados utilizando un proceso de selección computarizado. Cualquier estudiante que no reciba una asignación se colocará en un grupo de espera para la(s) escuela(s) solicitada(s).

ENTIENDO QUE LAS TRANSFERENCIAS NO SE OTORGARÁN PARA HERMANOS MAYORES EN BASE A LA COLOCACIÓN EN P4.

INICIALES DEL PADRE

SI MI HIJO(A) ES ACEPTADO EN EL PROGRAMA, Y MIS OPCIONES YA NO SE OFRECEN, MI HIJO(A) SERÁ COLOCADO EN LA ESCUELA O CENTRO DE LA INFANCIA TEMPRANA MÁS CERCANO.

INICIALES DEL PADRE

Si su hijo asistió a P3 en una escuela de LRSD el año pasado, ¿a qué escuela fue? _____.

Si desea que asista a la misma escuela para el programa de P4, indique que esta es la 1ª opción.

Puede hacer dos elecciones. Por favor, clasifique sus elecciones en orden numérico (1º y 2º).

- | | | |
|-------------------------------|-----------------------------------|-------------------|
| ___ BOOKER | ___ FULBRIGHT | ___ ROMINE |
| ___ BRADY | ___ GEYER SPRINGS Early Childhood | ___ STEPHENS |
| ___ CARVER | ___ GIBBS | ___ TERRY |
| ___ CHICOT Early Childhood | ___ JEFFERSON | ___ WASHINGTON |
| ___ DODD | ___ ML KING | ___ WESTERN HILLS |
| ___ FAIR PARK Early Childhood | ___ McDERMOTT | |
| ___ FOREST PARK | ___ ROCKEFELLER Early Childhood | |

NOMBRE / Fecha de nacimiento del hermano(s):

_____	_____	_____	_____
Nombre	Fecha de nacimiento	Nombre	Fecha de nacimiento
_____	_____	_____	_____
Nombre	Fecha de nacimiento	Nombre	Fecha de nacimiento

NO SE PROPORCIONARÁ TRANSPORTE PARA LOS ESTUDIANTES EN EL PROGRAMA DE CUATRO AÑOS DE LRSD.

Firma del Padre/Tutor

Copia blanca – Oficina de la Infancia Temprana

Fecha

Copia amarilla - Padre

