



CHILDCARE LEARNING CENTERS



CHILDCARE LEARNING CENTERS LOCATIONS (LUGARES DE CHILDCARE LEARNING CENTERS)

Child's Name: _____

Date of Birth: ____/____/____

Nombre Del Niño

Fecha Nacimiento

Inquiry Date: ____/____/____

Sibling Priority Yes No

Fecha de solicitud:

Prioridad por hermano Si No

Child's School District (Distrito Escolar del Niño) : _____

This is for placement in school readiness classrooms (para ubicación en los salones).

Number in family _____

Number of adults _____

Número de personas en la familia

Número de adultos

Parent Preference: Please indicate your first, second and third choice

Preferencia de los Padres: Por favor indique su primera, segunda y tercera selección

School Readiness Program/Programa de Preparación Escolar

Child Development Program/Programa de Desarrollo Infantil

William Pitt Child Development Program
195 Hillandale Avenue, Stamford, CT 06902
full day & part day programs/día completo & parte del día

Childcare Learning Centers
64 Palmers Hill Road, Stamford, CT 06902
full day only/día completo solamente

Stillmeadow Elementary School
800 Stillwater Road, Stamford, CT 06905
full day only/día completo solamente

Westover Elementary School
412 Stillwater Road, Stamford, CT 06902
full day only/día completo solamente

CLC at Maple Avenue
90 Maple Avenue, Stamford, CT 06902
full day only/día completo solamente

Franklin Commons
141 Franklin Street, Stamford, CT 06902
full day only/día completo solamente

Yerwood Child Development Center
90 Fairfield Avenue, Stamford CT 06902
full day only/día completo solamente

Please note: Children will be placed at any of these locations based on age, school district and availability.

Note: Los niños serán ubicados en cualquiera de estos centros de acuerdo al distrito escolar y a la disponibilidad de espacio.

I prefer placement: As soon as possible Fall

Full Day Program Only (Para el programa de día completo solamente)

- Our programs maintain full enrollment throughout the year. Once your file is complete, your child is expected to start as soon as a slot becomes available. Nuestros programas mantienen matrícula a capacidad durante todo el año. Una vez su record es completado, esperamos que su niño comience tan pronto el espacio este disponible.
Some centers will be closed for the summer and all children will receive care in an alternate location. If your slot becomes available during the time that the center is closed, your child will be asked to attend the summer location. Algunos centros cierran durante el verano y los niños recibirán cuidado en una localización diferente. Si su espacio esta disponible mientras el centro esta cerrado, su niño deberá asistir a la localización de verano.

Part Day Program Only (Para el programa Parte del Día solamente)

Part Day Morning preferred (8:30-11:15a) OR Part Day Afternoon preferred (12:30-3:15p)
Prefiero Parte del Día en la mañana o Prefiero Parte del Día en la tarde

Childcare Learning Centers placement (ubicación en el Childcare Learning Centers)

WPCDC CLC/PH SMD WO/FRC Maple AVE YER FC



Student Registration Form
Formulario de Matricula del Estudiante
Today's Date (Fecha de hoy): ____ / ____ / ____



STUDENT INFORMATION (INFORMACION DEL ESTUDIANTE)

Last Name _____ **First Name** _____ **Middle Name** _____
 Apellido Nombre Segundo nombre

Birth Date: Month _____ Day _____ Year _____ **Gender:** Male Female **US Citizen:** Yes No
 Fecha de Nacimiento Mes Dia Año Género Masculino Femenino Ciudadano Americano Sí No

Birth Place: City _____ State _____ Country _____ **Date of Entry to USA** _____
 Lugar de Nacimiento Ciudad Estado País Fecha de entrada a USA

Home Address _____ **Apt. #** _____
 Dirección Apt. #

City _____ **State** _____ **Zip** _____ **Home Phone #** _____
 Ciudad Estado Código postal Teléfono de la casa

Ethnicity: Hispanic or Latino Not Hispanic or Latino
 Etnicidad Hispano o Latino No Hispano o Latino

Race: American Indian/Alaskan Native Asian Black White Native Hawaiian/Other Pacific Islander Other
 Raza Indio Americano/Nativo de Alaska Asiático Raza de Color Raza Blanca Hawaiano Nativo/Isleño del Pacifico Otra

Primary Language: _____ **Home Language:** _____
 Idioma que su hijo habla principalmente Idioma que su hijo habla en la casa

PARENT INFORMATION (INFORMACION DE PADRE(S))

Mother's Name _____ **Mother's Birth Date** _____
 Nombre de la madre Fecha de nacimiento de la madre

Address _____ **City** _____ **State** _____ **Zip** _____
 Dirección Ciudad Estado Código Postal

Home Phone _____ **Cell Phone** _____ **Work Phone** _____
 Teléfono de la casa Teléfono celular Teléfono del trabajo

Father's Name _____ **Father's Birth Date** _____
 Nombre del padre Fecha de nacimiento del padre

Address _____ **City** _____ **State** _____ **Zip** _____
 Dirección Ciudad Estado Código Postal

Home Phone _____ **Cell Phone** _____ **Work Phone** _____
 Teléfono de la casa Teléfono celular Teléfono del trabajo

Custodial Parent(s) (Legal Parent child lives with) Both Parents Mother Father Legal Guardian Other
 Padre(s) custodial Padres Madre Padre Guardián Otro

Custodial Parent(s) Marital Status: married _____ single separated divorced widowed
 Padre(s) custodial estado marital casado(a) Name of Spouse/Nombre del Esposo soltero(a) separado(a) divorciado(a) viudo(a)

Do you receive: Child Support? Amount \$ _____ State of CT Informal None. **State Assistance?** Yes/No
 Recibe: Pensión para su niño? Cantidad Estado de CT Informal Ninguna Asistencia del Estado?

HOUSEHOLD EMPLOYMENT INFORMATION (INFORMACION DE EMPLEO)

Adult's Name: _____ Mother Father Legal Guardian Step Parent
 Nombre del adulto Madre Padre Guardián Padrastro

Employer's Name _____ **Work Address** _____
 Nombre del patrono Dirección del trabajo

Work schedule from _____ to _____ **# of hours per week** _____ **Do you attend school/training program?** Yes No
 Horario de trabajo Desde hasta # de horas a la semana Usted asiste a la escuela o algún programa de capacitación?

Adult's Name: _____ Mother Father Legal Guardian Step
 Nombre del adulto Madre Padre Guardián Padrastro

Employer's Name _____ **Work Address** _____
 Nombre del patrono Dirección del trabajo

Work schedule from _____ to _____ **# of hours per week** _____ **Do you attend school/training program?** Yes No
 Horario de trabajo Desde hasta # de horas a la semana Usted asiste a la escuela o algún programa de capacitación?



Child's Name: _____

Nombre del niño

Date of Birth: ____/____/____

Fecha de nacimiento



FAMILY INFORMATION (INFORMACION DE LA FAMILIA)

Are there any other adults living in the household? Yes No If yes, how many? _____ Number in family _____
Hay otros adultos viviendo en el hogar? Si No Si hay, cuantos? Número de personas en la familia

Please list other members in the household including siblings and other adults.

Por favor enumere todos los miembros que viven en el hogar incluyendo menores y adultos.

Name Nombre	DOB Fecha de nacimiento	Relationship to Child Relacion con el niño	School/Grade Escuela/Grado	Dependent Dependiente
				<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

WHAT PROGRAMS HAS YOUR CHILD ATTENDED IN THE PAST TWELVE MONTHS?

A qué programas ha asistido su hijo en los últimos doce meses?

- Head Start** (Childcare Learning Centers/CLC)
- Stamford School Readiness Program** (CLC)
- Family Daycare**
Cuidado de niños en familia
- Private Nursery School** (Accredited Yes/No)
Jardín Infantil Privado (Acreditado Si/No)
- Licensed Day Care** (Accredited Yes/No)
Cuidado de niños diurno (Acreditado Si/No)
- No Pre-school**
No ha asistido a Pre-escolar

Name of Last Pre-school: _____
Nombre del último pre-escolar al que el estudiante asistió

Reason for leaving previous pre-school: _____
Razón por la cual dejó el anterior pre-escolar

Current Childcare situation _____
Quién cuida su niño actualmente

EDUCATION LEVEL OF MOTHER AND FATHER (NIVEL DE EDUCACION DE MADRE Y PADRE)

(Mark Highest Level/seleccione el nivel educativo más alto que estudió)

- | | |
|---|---|
| <p><u>Mother/Madre</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Not a High School Graduate (No terminó la secundaria)
Highest Grade Completed _____
Ultimo grado que terminó <input type="checkbox"/> High School Graduate
Graduado de secundaria <input type="checkbox"/> Trade School
Escuela vocacional <input type="checkbox"/> Some College
Algo de universidad <input type="checkbox"/> Two-year college graduate
Dos años de universidad – graduado <input type="checkbox"/> Four-year college graduate
Cuatro años de universidad – graduado <input type="checkbox"/> Graduate School
Más de cuatro años de universidad - graduado | <p><u>Father/Padre</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Not a High School Graduate (No terminó la secundaria)
Highest Grade Completed _____
Ultimo grado que terminó <input type="checkbox"/> High School Graduate
Graduado de secundaria <input type="checkbox"/> Trade School
Escuela vocacional <input type="checkbox"/> Some College
Algo de universidad <input type="checkbox"/> Two-year college graduate
Dos años de universidad – graduado <input type="checkbox"/> Four-year college graduate
Cuatro años de universidad – graduado <input type="checkbox"/> Graduate School
Más de cuatro años de universidad – graduado |
|---|---|



Child's Name: _____

Nombre del niño

Date of Birth: ____/____/____

Fecha de nacimiento



FAMILY SERVICE PLAN (PLAN DE SERVICIO FAMILIAR)

NAEYC (3.B.10)

■ **How did you hear about the Childcare Learning Centers of Stamford?**

Cómo se enteró del "Childcare Learning Centers de Stamford"?

- Internet Family or Friends Stamford Public Schools Packet in the Mail Other
 Internet Familiares o amigos Escuelas Públicas de Stamford Información por correo Otro

■ **Do you have any relatives employed by or enrolled in the Childcare Learning Centers of Stamford?**

Tiene algún familiar trabajando o estudiando en el "Childcare Learning Centres"?

- Yes/Si No/No If yes, list name(s): _____

En caso afirmativo quién (es)

■ **Do you have any siblings you would like to place on our mailing list at this time?**

¿Usted quisiera añadir algún otro niño en la lista de espera en este momento?

- Yes/Si No/No (If yes, please complete an *Inquiry Form* and return it to the reception desk.

(Si contestó sí, por favor llene la "Hoja de Información" y entréguela a la recepcionista.)

■ **Is your family involved with any Social Service or Community Agencies?**

¿Está su familia relacionada con cualquier otra agencia de Servicio Social o de la Comunidad?

- Yes/Si No/No

If yes, list name of agency: _____

En caso afirmativo, enumere las agencias

■ **Do you currently receive any of the following services?**

Su familia está recibiendo alguno de los siguientes servicios?

- WIC Energy Assistance Food Stamps Care 4 Kids Subsidy
 WIC Asistencia para Energía Cupones de alimentos Subsidio de Care 4 Kids

■ **Have there been any major changes in your household in the last six months?**

¿Ha tenido su hogar algún cambio notable en los últimos seis meses?

- Yes/Si No/No
 Birth of a sibling Divorce/Separation Death in the Family Moved Other _____
 Nacimiento Divorcio/Separación Fallecimiento Mudar Otro

If yes, please tell us about these changes (En caso afirmativo, cuáles han sido esos cambios):

■ **Would you like information on any of the following topics?**

¿Le gustaría tener información sobre los siguientes temas?

- Health Insurance Parenting Workshops Housing Food/Clothing Financial
 Seguro Médico Seminarios de Paternidad Vivienda Comida/Ropa Finanzas
 Legal Assistance Employment Counseling English as a Second Language classes
 Asistencia Legal Consejería de Empleo Clases de Inglés como Segundo Idioma

- Other Topics: _____
 Otros Temas

■ **Would you like to be contacted by e-mail?** YES NO **E-mail Address:** _____

¿Le gustaría ser contactado mediante e-mail? SI NO Dirección de e-mail

■ **Is there anything you would like to tell us about your family's background and traditions?** YES NO
Hay algo referente a su familia y sus tradiciones que quisiera compartimos? SI NO

If yes, please explain: _____

Si sí, por favor explíquelas

■ **Please let us know of any skills, interests or talents you may be able to teach or share:** _____

Quisiera compartir o enseñar algunos de sus talentos o habilidades?



Child's Name: _____

Nombre del niño



Date of Birth: ____/____/____

Fecha de nacimiento

NAEYC (3.B.10)

Describe your child's personality including strengths and challenges: _____
Describe la personalidad de su niño, incluyendo destrezas y desafíos

Share activities that you and your child enjoy doing together: _____
Comparta actividades que usted y su niño disfrutan hacienda juntos:

Please share any goals that you have for your child in the upcoming year: _____
Por favor comparta alguna de las metas que usted tiene para su hijo para el año escolar:

How can we work together to best support your family during the school year? _____
¿Como podríamos trabajar juntos para apoyar a su familia durante el año escolar?

How does your child react when meeting new adults and children? _____
¿Cómo reacciona su niño cuando conoce nuevos adultos y niños?

How does your child react when upset or angry? _____
¿Cómo reacciona su niño cuando está enojado?

How do you comfort your child when he or she is upset or angry? _____
¿Cómo consuela a su niño cuando está triste?

Has your child bit another child/adult when angry? Yes/Si No/No
¿Su niño ha mordido a otro niño o adulto cuando está enojado?

At what age did your child first: crawl _____ walk _____ talk _____
A que edad por primera vez su niño: gateó caminó habló

Do you have any concerns about your child's speech, language or development? Yes/Si No/No
¿Tiene alguna preocupación a cerca del habla, lenguaje o desarrollo de su niño?

If yes, please explain: _____
Si contestó sí, por favor explique:

Does your child receive any services for speech/ language/ development/behavior with any other agencies? Yes/Si No/No
¿Su niño recibe o ha recibido algún servicio para el habla/lenguaje/desarrollo/conducta en alguna otra agencia?
 Yes/Si No/No If yes, name of agency: _____
Si contestó si, indique el nombre de la agencia.

Can your child: dress him/herself? Yes/Si No/No Feed him/herself? Yes/Si No/No
¿Su niño puede vestirse por si solo? alimentarse por si solo?

Does your child drink from a: breastfed baby bottle sippy cup cup
¿Su niño toma de: pecho biberón vasito para bebé vaso

Does your child use a pacifier? Yes/Si No/No
¿Su niño usa chupete?

Does your child take a nap? Yes/Si No/No Bed time at night: from _____ to _____
¿Su niño toma siesta? En la noche duerme: desde hasta

Describe your child's bedtime routine: _____
Describe la rutina de su niño para ir a dormir:

Is your child toilet trained: No/No In Process/En Proceso Yes/Si If yes, from what age _____
¿Su niño va sólo al baño? Si contestó si, desde qué edad

Is your child still using a diaper or pull-up at naptime or at night? Yes/Si No/No
¿Su niño usa pañales a la hora de la siesta o en la noche?

Is your child having toileting accidents during the day? Yes/Si No/No
¿Su niño tiene accidentes de ir al baño durante el día?

Does your child need to be reminded to use the bathroom? Yes/Si No/No
Su niño necesita que se le recuerde ir al baño?

Is there anything else you would like to share with us about your child? Hay algo más que quiera compartimos acerca de su niño?



Child's Name: _____

Nombre del niño

Date of Birth: ____/____/____

Fecha de nacimiento



BIRTH HISTORY (HISTORIA DE NACIMIENTO)

- Natural Delivery** Parto natural
- C-Section (please explain why)** _____
Cesárea (por qué)
- **Did you see a doctor regularly for prenatal care?** no/no yes/si
Visitó regularmente al médico para cuidado prenatal?
- **Did you take any medication during your pregnancy?** no/no yes/si
Tomó algún medicamento durante su embarazo?
- **Did you use any street drugs or alcohol during your pregnancy?** no/no yes/si
Usó algún medicamento para el estrés o tomó alcohol durante el embarazo?
- **Were there any medical problems during pregnancy?** no/no yes/si
Tuvo problemas durante su embarazo?
- **Was your child born before the expected due date?** no/no yes/si
Nació su niño antes de la fecha esperada?
- **What was the baby's birth weight?** _____
Cuál fue el peso de su niño al nacer?
- **If you answered 'yes' to any of the above questions, please explain:**
Si contestó sí a alguna de las preguntas anteriores, por favor explique: _____

MEDICAL HISTORY (HISTORIAL MEDICO)

- **Has your child ever been hospitalized?** no/no yes/si
Ha estado su niño alguna vez hospitalizado?
- **Has your child had any serious accidents or illnesses?** no/no yes/si
Ha tenido su niño algún accidente/enfermedad grave?
- **Does your child have any birth marks or scars?** no/no yes/si
Tiene su niño alguna marca/cicatriz de nacimiento?
- **Does your child have frequent ear infections?** no/no yes/si
Tiene su niño infección de oído frecuentemente?
- **Is your child currently taking medication?** no/no yes/si
Su niño está tomando algún medicamento actualmente?
- **Are there any problems with hearing or eyesight?** no/no yes/si
Tiene su niño algún problema de visión o audición?
- **Does your child have any of the following medical problems?**
Padece su niño alguno de los siguientes problemas médicos?

<input type="checkbox"/> Eczema Eczema	<input type="checkbox"/> Scarlet Fever Escarlatina	<input type="checkbox"/> Measles Sarampión	<input type="checkbox"/> Mumps Paperas	<input type="checkbox"/> Chicken Pox Varicela	<input type="checkbox"/> Seizures Ataques
<input type="checkbox"/> Diabetes Diabetes	<input type="checkbox"/> Asthma Asma	<input type="checkbox"/> High Lead Count Cuenta alta de plomo	<input type="checkbox"/> Epilepsy Epilepsia	<input type="checkbox"/> Internal Organ Problems Problemas en los órganos internos	
<input type="checkbox"/> Hepatitis Hepatitis	<input type="checkbox"/> Obesity Obesidad	<input type="checkbox"/> Sickle cell disease Leucemia	<input type="checkbox"/> Dental Dental	<input type="checkbox"/> Other: _____ Otro	
- **Does any other family member have a medical concern or problem?** no/no yes/si
Algún miembro de la familia tiene problemas médico?
- **If you answered 'yes' to any of the above questions, please explain:**
Si respondió sí a alguna pregunta anterior, por favor explique: _____



Child's Name: _____

Nombre del niño



Date of Birth: ____/____/____

Fecha de nacimiento

MEDICAL INFORMATION (INFORMACION MEDICA)

■ **Doctor's Name** _____ **Phone** _____
Nombre del doctor Teléfono

Address _____
Dirección

- Primary Care Physician (PCP) Clinic None
- Médico General Clínica Ninguno

■ **Dentist's Name** _____ **Phone** _____
Nombre del dentista Teléfono

Address _____
Dirección

■ **Eye Doctor's Name** _____ **Phone** _____
Nombre del oculista Teléfono

Address _____
Dirección

■ **Medical Insurance Information**

Información del seguro médico

- private Medicaid HUSKY No Medical Insurance
- privado Medicaid HUSKY No tiene Seguro Médico
- Applied HUSKY Not eligible HUSKY Interested in information on HUSKY
- Aplicó HUSKY No es elegible para HUSKY Interesado en información de HUSKY

■ **Is your child allergic to any of the following:**

Es su niño alérgico a:

Medication: _____ no yes Reaction _____ Treatment _____
Algún medicamento no si Reacción Tratamiento

Bee Stings/bites: _____ no yes Reaction _____ Treatment _____
Algún insecto no si Reacción Tratamiento

Food: _____ no yes Reaction _____ Treatment _____
Alguna comida no si Reacción Tratamiento

Other: _____ no yes Reaction _____ Treatment _____
Otro no si Reacción Tratamiento

■ **Are there any special dietary requirements?** no/no yes/si _____
Tiene su niño alguna dieta especial?

■ **If yes, why?** Food Allergy Other: _____
Por que? Alergia a la comida Otro

■ **For any food allergies or restrictions, additional paperwork will need to be completed by your child's doctor.**
Si tiene alguna alergia a la comida o alguna restricción, el doctor del niño deberá llenar documentos adicionales

■ **If your child needs medication administered to them during the school day or if medication is needed in regards to treatment of an allergic reaction, additional paperwork will need to be completed by your child's doctor.**
Si su niño necesita tomar medicina durante las horas de la escuela o debe tomar medicamentos debido a un tratamiento, se requiere que el doctor de su niño llene algunos documentos adicionales.



CHILDCARE LEARNING CENTERS

STAMFORD SCHOOL READINESS PROGRAM

William Pitt Child Development Center
Stillmeadow School Readiness Program
CLC at Maple Avenue

Alternate Care Plan/Plan de Cuidado Alterno

- The Childcare Learning Centers (CLC) is planning to close all of their facilities for maintenance the last week of December. For exact dates we will be closed, please consult your *Parent Manual*.
El "Childcare Learning Centers" cierra sus instalaciones la última semana de diciembre para darles mantenimiento. Para saber las fechas exactas en que la escuela estará cerrada, consulte su *Manual de Padres*.
- Alternate care is offered only to children in the CLC's Full Day School Readiness Program.
El cuidado alternativo se ofrece para niños que atienden día completo en el CLC's programa de "School Readiness".
- Alternate care will be offered with another childcare agency, not with the Childcare Learning Centers. Placement will be done on a random basis.
El cuidado alternativo se ofrecerá con otro centro, no con el "Childcare Learning Centers". La ubicación, será para quienes lo hayan solicitado.
- Please check off the appropriate box that applies to your situation. Further details will be provided in early December.
Por favor seleccione la casilla apropiada para su caso. A comienzos de Diciembre le daremos más detalles.

Child's Name: _____
Nombre del niño

DOB: ____/____/____
Fecha de nacimiento

- I **do** need alternate care during the Winter Break. I understand I will be charged my weekly fee for alternate care.
Yo **necesito** cuidado alternativo durante el receso de otoño. Yo entiendo que me cobrarán el cargo semanal por el cuidado alternativo.
- I **do not** need alternate care during the Winter Break.
Yo **no necesito** cuidado alternativo durante el receso de otoño.

Parent(s)/Guardian(s) Name: _____
Nombre del padre/madre

Parent(s)/Guardian(s) Signature: _____
Firma del padre/madre

Date Signed: ____/____/____
Fecha

Phone #: _____
Teléfono