**Заявление на участие в летней программе раннего ознакомления с детским садом (Early Kindergarten Transition – EKT) при программе «Школы объединяют соседей» (SUN)**

**School Name**

**Dates, 2016**

**Дети: Days of the Week, Times**

**Совершеннолетние опекуны: Days of the Week, Times**

**ИНФОРМАЦИЯ О СЕМЬЕ**

**Имя ребёнка**

Фамилия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Имя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Инициал отчества \_\_\_\_\_\_\_\_

**Пол**  (обведите 1 ответ) Мужской Женский

**Дата рождения ребенка** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Возраст ребенка**\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Я записал своего ребенка в детский сад. Да Нет

Мне требуется помощь в том, чтобы записать своего ребенка в детский сад. Да Нет

**Имя (-ена) родителя (-ей)/опекуна (-ов)** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Мой ребенок проживает с** (обведите все подходящие варианты):

Матерью Отцом Приемным родителем Законным опекуном Прочее\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Домашний адрес \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Город \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Почтовый индекс\_\_\_\_\_\_\_ Электронная почта \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Номер домашнего телефона \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Мобильный телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Основной язык общения в семье** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Имя и фамилия совершеннолетнего (-их) опекуна (-ов), который (-е) будет (-ут) посещать семейные групповые собрания программы EKT** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Присмотр за детьми, как правило, предоставляется детям от 2 до 12 лет на время проведения семейных групповых собраний программы EKT
Имена и возраст детей, за которыми потребуется присмотр \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ЗА ПОСЛЕДНИЙ ГОД принимал ли ваш ребенок участие в какой-либо из нижеперечисленных программ?**  | **Да** | **Нет** | **Мне не известно** |
| Мой ребенок посещал программу «Head Start». Если да, ниже укажите название программы «Head Start»:  |  |  |  |
| Мой ребенок посещал дошкольное учреждение. Если да, ниже укажите название дошкольного учреждения:  |  |  |  |
| Мой ребенок получает услуги специального образования. |  |  |  |

**Пожалуйста, заполните данный бланк и сдайте его в школьную администрацию** как можно скорее. Если ваша семья будет зачислена в программу EKT, вам сообщат об этом по почте или по телефону в июне.

**Вопросы?** Пожалуйста, звоните Name of SUN Site Manager по телефону SUN Site Manager # или поговорите с секретарем школы.