

PRESCHOOL REFERRAL FORM (Parent-~~Padre~~)

Ages: 3-5 Years

Edades de 3-5 años

Child's Name: _____ Birthdate: _____ Sex: (M) (F)
Nombre del Niño/a *Fecha de Nacimiento* *Sexo*

Parent/Guardian Information (Person to whom correspondence should be directed)

Información del Padre/Guardián (La persona a quien se le tiene que dirigir la correspondencia)

Parent/Guardian Name: _____
Nombre del Padre/Guardian

Home Phone: _____ Cell #: _____
Teléfono de la casa *current telephone number* *celular* *current telephone numbers*
Numero de teléfono actual *Numero de teléfono actual*

Street Address: _____
Dirección *Number and Street, Including Apartment Number*
Numero de la calle, Incluyendo el Numero del Apartamento

City *state* *Zip Code* *County*
Ciudad *Estado* *Zona postal* *Condado*

Language Spoken by Child/Parent: English Spanish Other: _____
El lenguaje que habla el Niño/Padre *Inglés* *Español* *Otro*

Name of Program child attends: _____
Nombre del programa donde asiste su niño *Preschool Attending* *Private Day care* *Pediatrician Office*
pediatra *Programa preescolar donde asiste* *Jardín infantil* *nombre de la oficina del*

Reason for Referral:
Razón por la cual esta hacienda el Referente:

****PLEASE SEND YOUR REFERRAL FORM TO****

****Por favor de Mandar su Referente a****

Kay Walker – Preschool Coordinator
Telephone Number: 770-536-5275 (Ext 5130)
Fax Number: 770-287-2019
Email: kay.walker@gcssk12.net