

Por favor  
escriba el año  
escolar aqui

## Formulario de Inscripción para Pre-K

2022-2023

**AÑO ESCOLAR**

NOMBRE LEGAL DEL PROVEEDOR: NEWTON COUNTY SCHOOL SYSTEM	(Esta sección la llena el Proveedor)
NOMBRE DE LA ESCUELA O PROGRAMA :	

INFORMACIÓN DEL NIÑO		(Por favor escriba el nombre tal como aparece en el certificado de nacimiento.)	
APPELLIDO:			
PRIMER NOMBRE:			
SEGUNDO NOMBRE :			
SUFIJO PARA EL APELLIDO (Por ejemplo : Jr., Sr., II, III) :			
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL:		FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AA):	
		SEXO : F M	
DIRECCIÓN DEL DOMICILIO(Favor no poner apartado postal):		CONDADO :	
CIUDAD:		ESTADO: GEORGIA	
		CÓDIGO POSTAL :	
		TELÉFONO DE CASA :	

**Si el estudiante viene de otro programa de Pre-K, por favor indique lo siguiente:**  
 El Nombre de la Escuela anterior: \_\_\_\_\_ El último día de Asistencia: \_\_\_\_\_

INFORMACIÓN DEL PADRE O DE LA MADRE/ o GUARDIÁN		
APELLIDO DE LA MADRE:	NOMBRE:	INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE:
DIRECCIÓN DEL DOMICILIO (SI ES DIFERENTE AL DEL NIÑO):		
CIUDAD:	ESTADO:	CÓDIGO POSTAL:
TELÉFONO DE LA CASA:	TELÉFONO DURANTE EL DÍA:	
LUGAR DE EMPLEO:	CORREO ELECTRÓNICO:	
DIRECCIÓN:		
CIUDAD:	ESTADO:	CÓDIGO POSTAL:
APELLIDO DEL PADRE:	PRIMER NOMBRE:	INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE:
DIRECCIÓN DE DOMICILIO (SI ES DIFERENTE AL DEL NIÑO):		
CIUDAD:	ESTADO:	CÓDIGO POSTAL:
TELÉFONO DE CASA:	TELÉFONO DE DÍA:	
LUGAR DE EMPLEO:	CORREO ELECTRÓNICO:	
DIRECCIÓN:		
CIUDAD:	ESTADO:	CÓDIGO POSTAL:
<b>Contacto de Emergencia (Persona a contactar en caso de que no se pueda contactar a ningún Padre/guardian)</b>		
Nombre:	Teléfono durante el día:	
Dirección durante el día:		
Cuidad:	Estado:	Codigo Postal:

Verifico que esta información es correcta y entiendo que el presentar este formulario no me garantiza cupo para mi niño(a) en una clase de Pre-Kinder. Si mi hijo(a) enrola en el programa de Georgia Pre-K, yo estoy de acuerdo con que asista el número de días y horas requeridos por el Departamento de Aprendizaje Temprano de Georgia, tal como lo especifica el centro donde está enrolado(a) mi hijo(a). Entiendo que si no me rijo por estos requisitos de asistencia, mi niño(a) puede ser retirado del programa. Entiendo que no puedo registrar a mi niño(a) sin la documentación apropiada de su edad. Adjunto una copia de la documentación apropiada de la edad de mi niño(a) con este formulario de inscripción.

FIRMA (PADRE/GUARDIÁN): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



### **PERMISO GENERAL**

Verifico que la antedicha información es correcta y cierta. Concedo por este medio el permiso para que la información proveída en esta forma de inscripción sea distribuida a los proveedores de Pre-K, al Departamento de Cuidado y Aprendizaje Tempranos (DECAL), y a ciertas agencias o entidades contratadas por los proveedores de Pre-K o DECAL, incluyendo, pero no limitándose al Departamento de Educación del Estado de Georgia, a colegios/universidades.

FIRMA (PADRE/GUARDIÁN): \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

### **AUTORIZACIÓN DE FOTOGRAFÍA/VIDEOGRABACIÓN**

Autorizo por este medio al proveedor de Pre-K especificado abajo, al Departamento de Cuidado y Aprendizaje Tempranos (DECAL), y a ciertas agencias o entidades contratadas por el proveedor de Pre-K o DECAL, incluyendo pero no limitándose al Departamento de Educación del Estado de Georgia, y colegios/universidades, a grabar la participación de mi niño(a), \_\_\_\_\_, por medio de la fotografía y/o la videograbación, en relación a las actividades diarias de Pre-K, para propósitos de medios de comunicación, informes y para la determinación del progreso de mi niño(a) y del programa. Autorizo a DECAL y a sus contratistas para exhibir o distribuir tales fotografías y/o videograbaciones en su totalidad o en parte, sin restricciones o limitaciones, para cualquier propósito educativo o promocional que DECAL juzgue apropiado. Tal fotografías y/o videograbaciones pueden, por ejemplo, aparecer en los materiales impresos o visuales para el sitio web de DECAL. El suscrito, en conjunto y separadamente, absuelve, libera, y exonera al proveedor de Pre-K y a DECAL, y a otras entidades contratadas por el proveedor de Pre-K o DECAL de cualesquiera acciones, acuerdos, demandas, controversias, enjuiciamientos, responsabilidades y procesos, ya sea que se presentan en equidad o en derecho, con respecto a la participación y apariencia del susodicho niño(a). Esta autorización seguirá en efecto sobre todos los sucesores en interés y los representantes personales de los interesados, hasta donde la ley permita.

El Nombre/la Dirección del Proveedor de Pre-K : \_\_\_\_\_

Firma (Padre/Guardián) : \_\_\_\_\_

Fecha : \_\_\_\_\_



## Formulario de Información para la Lista De Espera

Por favor, imprima claramente el nombre tal como aparece en el certificado de nacimiento

Apellido del niño			
Primer nombre del niño			
Segundo nombre		SUFIJO DEL APELLIDO (Jr, Sr, II, III)	
Ultimo 4 Dígitos de SSN <small>(si proporcionado)</small>	Fecha de Nacimiento <small>(M/D/A)</small>	Genero	
		M	F
Dirección de casa	Cuidad	Estado	Codigo Postal
Condado de residencia		GA	
		Fecha iniciada en la lista de espera (M / D / A)	
Nombre del padre / tutor	Número de teléfono		

\*\* La información del directorio en este formulario se puede compartir con Bright from the Start: Departamento de Cuidado y Aprendizaje Temprano de Georgia

---

Firma de Padre/ tutor

Fecha



**Newton County School System**  
**PAQUETE DE INSCRIPCION PARA PRE-K**

---

## Lista para Inscripción



Se requieren los siguientes documentos para que el paquete de inscripción para Pre-k sea considerado completa.

Dos pruebas de domicilio:

(Recibo de electricidad, gas, basura, o agua con el nombre de la persona inscribiendo el niño/a; Y contrato de casa, o arrendamiento.) \*Nota: Si el niño no vive con uno o ambos padres, el tutor o guardián legal tendrá que presentar los documentos de tutela o custodia.

Recibo de servicios públicos, Y

Contrato de casa Q arrendamiento

Acta de Nacimiento- **El niño tiene que tener 4 años en o antes del 1 de septiembre 2022.**

Copia de Acta de Vacunas en el formulario de Georgia #3231 (obtenga de su médico o departamento de salud)

Formulario de Georgia #3300 Revisión de los ojos, oídos, dental (EED) y nutricional (obtenga de su médico o departamento de salud). Solamente es necesario para estudiantes entrando a una escuela pública de Georgia por primera vez o regresando a una escuela de Georgia después de un año escolar entero.

Tarjeta de seguridad social del niño, o la solicitud de renuncia firmado

Paquete de Inscripción para Pre-K de *Bright from the Start*

Paquete de Inscripción para Pre-K de *Newton County*

Prueba de custodia (si es aplicable)



# Newton County School System

## PAQUETE DE INSCRIPCION PARA PRE-K

Nombre legal del estudiante: \_\_\_\_\_  
Apellido      Nombre      Segundo Nombre      Sufijo (Jr, Sr, II, III, etc.)

Género:      Masculino      Femenino      Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
mes      día      año

Número de Seguro Social del estudiante: \_\_\_\_\_

Ultima escuela asistida: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Servicios recibidos (marque si es aplicable):  EL     Gifted     SPED     EBIS     RTI     504

### **Escuela del Condado de Newton Anterior**

Sí     No    ¿El niño ha sido inscrito en una escuela del Condado de Newton anteriormente?

Si es sí: \_\_\_\_\_  
Nombre de la escuela      Grado      Año

**Información de etnicidad y raza** – Nuevas preguntas encomendadas por el gobierno federal. Por favor responda a ambas partes.

**Parte A - Etnicidad:** ¿Es el estudiante hispano o latino? (Seleccione solo una)

No, no es hispano/latino

Sí, es hispano/latino: (Una persona de cultura u origen cubano, mexicano, puertorriqueño, de América Central o del Sur, o de cualquier grupo de cultura hispana, sin importar su raza).

*La parte anterior de la pregunta es sobre el origen étnico, no de raza. No importa lo que ha seleccionado anteriormente, por favor, sigan para responder a las siguientes opciones, marque una o varias para indicar lo que se considera ser la raza del estudiante.*

**Parte B - Raza:** ¿Qué es la raza del estudiante? (Seleccione todas las que correspondan)

Indio Americano o Nativo de Alaska (Una persona con orígenes en cualquier de los pueblos originales de Norte y Sudamérica (incluyendo Centroamérica), y que mantiene afiliación tribal o conexión con la comunidad.)

Asiático (Una persona con orígenes en cualquier de los pueblos originales del Lejano Oriente, Sudeste de Asia, o del subcontinente indio incluyendo por ejemplo, Camboya, China, India, Japón, Corea, Malasia, Pakistán, las Islas Filipinas, Tailandia y Vietnam.)

Negro o Americano Africano (Una persona con orígenes en cualquier de los grupos raciales negros de África.)

Hawaiano nativo o Isleño del Pacífico (Una persona con orígenes en cualquier de los pueblos originales de Hawái, Guam, Samoa u otras Islas Pacíficas.)

Blanco (Una persona con orígenes en cualquiera de los pueblos originales de Europa, del Medio Oriente, o África del Norte.)





# Newton County School System

## PAQUETE DE INSCRIPCION PARA PRE-K

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_

**INFORMACION SECUNDARIA DEL HOGAR** – Lugar donde el estudiante duerma tiempo parcial. Deje en blanco si esto no se aplica a su situación familiar.

**Padre/Guardián:** \_\_\_\_\_  
Apellido
Nombre
Segundo Nombre

Fecha de nacimiento de Padre/Guardián: \_\_\_\_\_  
mes
día
año

Relación con el estudiante: (Madre, Padre, Abuelo, Guardián, etc.) \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Dirección **residencial**: \_\_\_\_\_  
Número
Nombre de la calle
# de Apt

---

Ciudad Estado Código postal

Teléfono del hogar: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

Teléfono celular: \_\_\_\_\_ Lugar del trabajo: \_\_\_\_\_

**Miembros adicional del la familia y sus hermanos**- Por favor, apunta todos los nombres de miembros adicionales del hogar y hermanos (menores de 21 años de edad).

Apellido	Nombre	Fecha de nacimiento	Relación al estudiante	Escuela
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____







**Newton County School System**  
**PAQUETE DE INSCRIPCION PARA PRE-K**



**Georgia Department of Education**  
**ESOL Unit**

**Encuesta obligatoria en el idioma nativo**

Estimado padre o tutor:

Para proporcionarle a su hijo la mejor educación posible, debemos determinar qué tan bien habla y entiende el inglés. Esta encuesta ayuda al personal de la escuela a determinar si su hijo puede ser un candidato para recibir apoyo adicional en inglés. La calificación final para el apoyo idiomático está basada en los resultados de una prueba en inglés.

Gracias.

**Nombre del estudiante (información obligatoria):**

---

**Antecedentes idiomáticos (preguntas obligatorias):**

1. ¿Qué idioma su hijo entiende y habla mejor?

---

2. ¿Qué idioma su hijo habla con mayor frecuencia en el hogar?

---

3. ¿Qué idioma usan con mayor frecuencia los adultos del hogar cuando hablan con el niño?

---

**Idioma para la comunicación con la escuela (pregunta recomendada):**

4. ¿En qué idioma prefiere recibir toda la información escolar?

---

**¿Nació en los Estados Unidos el estudiante?: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_**

¿Si no, en qué país nació este estudiante? \_\_\_\_\_

Fecha que este estudiante entro a EE. UU. (si es aplicable): \_\_\_\_\_

Fecha que este estudiante empezó la escuela en EE. UU.: \_\_\_\_\_

---

**Firma del padre/tutor/otro**

---

**Fecha**

**PLACE IN PERMANENT RECORD FOLDER**

If the answer to any of the above questions is a language other than English, send a copy of this form to the designated ESOL contact at the school for student screening.



**Newton County School System**  
**PAQUETE DE INSCRIPCION PARA PRE-K**

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_

***Cuestionario Para Padres***  
***De Kindergarten Y Pre-Kinder***

**(Llene está sección SOLAMENTE si está registrando un estudiante de Pre-kinder o Kindergarten para el año escolar 2021-2022). Esta forma DEBE DE ESTAR LLENADA SOLO UNA VEZ- AL PRINCIPIO DE PRE-KINDER O AL COMIENZO DE KINDER (si el niño no asistió a Pre-K en el Sistema Escolar del Condado de Newton)**

¿Cuál de los siguientes servicios usted está recibiendo? Marque todos que aplica.

\_\_\_ Medicaid \_\_\_ TANF \_\_\_ Food Stamps \_\_\_ SSI \_\_\_ PeachCare \_\_\_ CAPS

¿Ha aplicado para pre-kínder en otro lugar? \_\_\_\_\_ Si es así, ¿dónde? \_\_\_\_\_

¿Usted tiene custodia del niño/a quien está inscribiendo para pre-kínder? \_\_\_\_\_

Si es así, ¿cómo este niño es relacionado a usted? \_\_\_\_\_

¿Usted consigue las vacunas del niño en el Departamento de Salud del Condado de Newton? \_\_\_\_\_

Si no es así, ¿dónde usted consigue las vacunas del niño? \_\_\_\_\_

¿Tuvo problemas durante el embarazo o el parto? \_\_\_\_\_

Al nacer el niño fue \_\_\_\_\_ a término \_\_\_\_\_ prematuro      Peso de nacimiento \_\_\_\_\_ libras \_\_\_\_\_ oz

¿Tiene preocupaciones especiales acerca de este niño? \_\_\_\_\_

**CONDUCTA E INTERACCIÓN DE FAMILIA**

¿Cómo disciplina al niño? \_\_\_\_\_ ¿Para qué le disciplina? \_\_\_\_\_

¿Hay problemas en la familia que tal vez afectara el excite de su niño en la escuela? \_\_\_\_\_

¿Su niño/a ha asistido la preescolar? \_\_\_\_\_ ¿Head Start? \_\_\_\_\_ ¿Guardería? \_\_\_\_\_

¿Dónde? \_\_\_\_\_



**Newton County School System**  
**PAQUETE DE INSCRIPCION PARA PRE-K**

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_

***Cuestionario Para Padres***  
***De Kindergarten Y Pre-Kinder*** (continuado)

**HISTORIA DE DESARROLLO**  
**(SI ESTA ESTIMANDO, ANOTA ASÍ)**

Apunta la edad:

¿Cuándo su niño/a pudo: Sentar?\_\_\_\_\_ Gatear?\_\_\_\_\_ Caminar?\_\_\_\_\_ Usar palabras?\_\_\_\_\_

Hablar en oraciones?\_\_\_\_\_ Comer solo?\_\_\_\_\_ Vestirse solo?\_\_\_\_\_ Cuándo dejo de tomar biberón? \_\_\_\_\_

¿Su niño/a puede usar el baño solo? \_\_\_\_\_ ¿Cuándo aprendió a usar el baño solo? \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

ENTIENDO QUE ESTE APLICACION NO ES UNA GARANTEA DE QUE MI NINO TENDRA PLAZA EN EL PROGRAMA DE PRE-KINDER.

¿Su niño/a puede hacer lo siguiente? Marque la repuesta mejor con "X":

FECHA: \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_  
Frecuente      A veces      Raramente

1. ¿Habla mucho?
2. ¿Parece que habla igual que otros niños de su edad?
3. ¿Usted puede entender lo que dice?
4. ¿Otros adultos pueden entender lo que dice?
5. ¿Otros niños pueden entender lo que dice?

Si el niño/a no habla él/ella puede (marque uno):

1. ¿Hacer ruidos o sonidos?
2. ¿Usar señales para comunicar?

¿Qué idioma se usa más frecuentemente en la casa? \_\_\_\_\_



**Newton County School System**  
**PAQUETE DE INSCRIPCION PARA PRE-K**

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_

***Cuestionario Para Padres***  
***De Kindergarten Y Pre-Kinder*** (continuado)

**Información medico**

Asma	Sinusitis	Chupando el dedo	Problemas del corazón
Indigestión	Alergias	Comiendo las uñas	Fiebres frecuente
Diarrea	Vomitando	Dolores de cabeza	Pesadillas
Estreñimiento	Orinando en la cama		Dificultad ver
Epilepsia/convulsiones		Sangra la nariz	
Siempre cansado		Dificultad oír	

Otros problemas de salud (Explica): \_\_\_\_\_

Problemas de oír: \_\_\_\_\_

Problemas de visión: \_\_\_\_\_

Enfermedades de niñez: \_\_\_\_\_

Interno en el hospital: \_\_\_\_\_

Heridas graves: \_\_\_\_\_

Alergias: \_\_\_\_\_

Doctor de familia: \_\_\_\_\_

(Nombre)

(Número de teléfono)

(Dirección)

¿Este niño está tomando medicamentos? \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Si (Si es si, explica) \_\_\_\_\_

**ENTIENDO QUE DENTRO DE 30 DIAS DE ALISTAMIENTO, TENGO QUE ENTREGAR LA DOCUMENTACION DE SALUD DE MI NINO.**

**FECHA:** \_\_\_\_\_ **FIRMA** \_\_\_\_\_

**ENTIENDO QUE ESTE APLICACION NO ES UNA GARANTEA DE QUE MI NINO TENDRA PLAZA EN EL PROGRAMA DE PRE-KINDER.**

**FECHA:** \_\_\_\_\_ **FIRMA** \_\_\_\_\_



**Newton County School System**  
**PAQUETE DE INSCRIPCION PARA PRE-K**

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_

***INSTRUCCIONES DE CIERRE PARA EMERGENCIA***

Si hay necesidad de cerrar la escuela temprano, necesitamos saber si su niño va a montar el autobús, ir a la guardería, o usted lo va a recoger. Clima, problemas de plomería, problemas electrónicos u otras emergencias podrían causar un cierre temprano. Es importante que arreglos estén hechos en caso de estos eventos imprevistos. A veces nuestras líneas telefónicas están ocupadas, por eso no podemos confiar en una llamada de teléfono de última hora para instrucciones. Si la necesidad de cerrar temprano ocurre, llamaríamos a todas las guarderías que recogen en nuestra escuela.

Nombre del niño \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

**MARQUE UNO:**

\_\_\_\_\_ Montar el autobús regular

\_\_\_\_\_ Montar autobús a vecino/amigo/pariente

Nombre: \_\_\_\_\_ Número de autobús: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Guarderías:

Nombre: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Recogido por padres

\_\_\_\_\_ Otro (por favor explica): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma de padre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Gracias. Esperamos que no necesitemos esta información. Por favor, habla de este plan con su niño.



**Newton County School System**  
**PAQUETE DE INSCRIPCION PARA PRE-K**

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_

**OPCION DE CORREO ELECTRONICO PARA TODO EL SISTEMA ESCOLAR**

Estimados Padres,

En un ambiente de preocupación económica y ante inminentes recortes financieros, queremos ser responsable fiscalmente como sea posible. Una cosa que podemos hacer es reducir el número de copias de información que enviamos a casa. En todo el condado, escuelas están tratando de ahorrar costos de tóner y papel usando correo electrónico cuando sea posible.

Realizamos que no todo el mundo tiene acceso al correo electrónico pero muchas familias sí lo tienen. Una escuela informó de ahorro de 75% cuando actualizaron su directorio de correo electrónico y usando correo electrónico en lugar de copias de documentos.

Por favor, complete la parte apropiada del formulario a continuación y devolverlo a la escuela tan pronto como sea posible. Si tiene una dirección de correo electrónico donde podemos enviar información de la escuela, por favor da esta dirección. Si tiene que continuar recibiendo copias, por favor indica con cuál de sus niños (para familias de más que un niño) debemos enviar la información a la casa.

Gracias por su ayuda y comprensión en estos tiempos difíciles.

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_

Maestra principal \_\_\_\_\_

**Por favor escriba claramente y caso sensible.**

Correo electrónico preferido: \_\_\_\_\_

Lo de arriba es para el nombre de Padre/guardián: \_\_\_\_\_

Correo electrónico secundario: \_\_\_\_\_

Lo de arriba es para el nombre de Padre/guardián: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Quiero seguir recibiendo "copias de documentos". Por favor mándalos con **(Elija un solo niño)**.

Nombre de estudiante \_\_\_\_\_

Maestra principal \_\_\_\_\_

# de teléfono de casa \_\_\_\_\_





Distrito Escolar: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**Encuesta Ocupacional para Padres**

**Favor de completar este formulario para ayudarnos a determinar si su(s) hijo(s) califica(n) para recibir servicios suplementarios de parte del Programa de Título I, Parte C**

Nombre del/los Estudiante(s)	Nombre de la Escuela	Grado
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

1. ¿Alguien en su casa se ha mudado para trabajar en otra ciudad, condado, o estado, en los últimos tres (3) años?  Sí  No

2. ¿Alguien en su casa trabaja o ha trabajado en una de las siguientes ocupaciones de forma permanente o temporaria en los últimos tres años?  Sí  No

**Si la respuesta es "sí", marque todo trabajo que aplique:**

- 1. Sembrando/Cosechando vegetales (tomates, calabazas, cebollas, etc.) o frutas (uvas, fresas, arándanos, etc.)
- 2. Sembrando, cortando, procesando árboles, o juntando paja de pino (*pine straw*)
- 3. Procesando/Empacando productos agrícolas
- 4. Trabajo en lechería, polleras o ganadería
- 5. Empacando/Procesando carnes (res, pollo, o mariscos)
- 6. Trabajos relacionados con la pesca (pesca comercial, o criadero de pescados)
- 7. Otra actividad. Por favor especifique en cuál: \_\_\_\_\_

Nombre de los padres o guardianes legales: \_\_\_\_\_

Dirección donde vive: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**¡Muchas Gracias! Por favor regrese éste formulario a la escuela**

Please maintain original copy in your files.

MEP funded school/district: Please give this form to the migrant liaison or migrant contact for your school/district.

Non-MEP funded (consortium) school/districts: When at least one "yes" and one or more of the boxes from 1 to 7 is/are checked, districts should fax occupational surveys to the Regional Migrant Education Program Office serving your district. For additional questions regarding this form, please call the MEP office serving your district:

GaDOE Region 1 MEP, 201 West Lee Street, Brooklet, GA 30415  
Toll Free (800) 621-5217 Fax (912) 842-5440

GaDOE Region 2 MEP, 221 N. Robinson Street, Lenox, GA 31637  
Toll Free (866) 505-3182 Fax (229) 546-3251

Family Contacted/Attempt Date: \_\_\_\_\_

Sent to Regional Office on: \_\_\_\_\_

1854 Twin Towers East • 205 Jesse Hill Jr. Drive • Atlanta, GA 30334 • [www.gadoe.org](http://www.gadoe.org)

Richard Woods, Georgia's School Superintendent

An Equal Opportunity Employer

