



SOUTH SUMMIT ELEMENTARY

PRE-K QUESTIONNAIRE

2026-2027 REQUIRED DOCUMENT TO COMPLETE REGISTRATION

INFORMACIÓN DEL NIÑO/A

- NOMBRE COMPLETO DEL NIÑO/A: _____
- FECHA DE NACIMIENTO: _____
- NOMBRE O APODO PREFERIDO: _____
- IDIOMA PRINCIPAL QUE SE HABLA EN EL HOGAR: _____

INFORMACIÓN DEL PADRE O TUTOR:

- NOMBRE DEL PADRE O TUTOR: _____
- NÚMERO DE TELÉFONO: _____
- DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO: _____
- NOMBRE DE LA MADRE O TUTORA: _____
- NÚMERO DE TELÉFONO: _____
- DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO: _____

¿SU HIJO/A TIENE ALGUNA ALERGIA O CONDICIÓN MÉDICA?

- ☐ SÍ (EXPLIQUE): _____
- ☐ NO

ENUMERE LAS TERAPIAS Y/O SERVICIOS FÍSICOS O EMOCIONALES QUE SU HIJO/A HAYA RECIBIDO:

SELECCIONE UN (1) DÍA PREFERIDO PARA LA ASISTENCIA DE SU HIJO/A:

- ☐ 3 AÑOS: LUNES/MIÉRCOLES (9:00 A. M. A 11:00 A. M.)
- ☐ 3 AÑOS: MARTES/JUEVES (9:00 A. M. A 11:00 A. M.)
- ☐ 4 AÑOS: LUNES/MIÉRCOLES (11:30 A.M.A 3:00 P.M.)
- ☐ 4 AÑOS: MARTES/JUEVES (11:30 A.M.A 3:00 P. M.)

(HAREMOS TODO LO POSIBLE PARA SATISFACER SU SOLICITUD, PERO LA DISPONIBILIDAD ES LIMITADA).