

2026-27 Preschool Registration Form



Student Information

Child's first name / nombre de niño

Child's last name / apellidos

Birthdate / fecha de nacimiento

Grade / Grado

Nickname / Apodo

Gender / Género

Parent/Guardian Information

Parent/Guardian 1 name/ nombre de madre/tutora

Parent/Guardian 2 name/ nombre del padre/tutor

Address / Dirección

Address / Dirección

Mobile phone number / Teléfono celular

Mobile phone number / Teléfono celular

Work phone number / Teléfono del trabajo

Work phone number / Teléfono del trabajo

Email / correo electrónico

Email / correo electrónico

Employer and occupation / Empleador y ocupación

Employer and occupation / Empleador y ocupación

Marital status of parents/guardians / Estado civil de los padres/tutores

Custody arrangements / Arreglos de custodia

Anyone who MAY NOT pick up your child / Cualquiera que NO PUEDA recoger a su hijo

Does your student have any allergies, asthma, or other medical conditions? / ¿Su estudiante tiene alguna alergia, asma u otras condiciones médicas?

Daily Schedule / Horario Diario

Full Day Preschool Program / Programma preescolar de día completo: 7:30am – 4:30pm

Half Day Preschool Program / Programa preescolar de medio día: 7:30am – 11:30am

Extended Day Program / Programa de Día Extendido: 7:00am – 7:30am

	Monday Lunes	Tuesday Martes	Wednesday Miercoles	Thursday Jueves	Friday Viernes
Drop off / Dejar					
Pick up / Recoger					

2026-2027 School Year Rates

Registration Fee		\$150
Full Day Preschool	7:30am – 4:30pm	\$10,600
Half Day Preschool	7:30am – 11:30am	\$6,000
Extended Day	7:00am – 7:30am	\$8 per day

Preschool Late Pick-Up Policy and Fee

Half Day Preschool ends promptly at 11:30am. Full Day Preschool ends promptly at 4:30pm. Blessed Trinity Catholic School strives to provide the best possible program while adhering to State and County guidelines.

When children are not picked up by the agreed upon time, our procedure is as follows:

1. Children enrolled in Half Day Preschool who are not picked up at the 11:30am time will continue in the Full Day Preschool program. Parents will be billed \$30 per child to account for the extra time and administration of providing the continuing care.
2. Children enrolled in Full Day Preschool who are not picked up by the 4:30pm time will be integrated into the Extended Day Program as long as staffing ratios remain compliant. Parents will be billed a \$15 charge per child to cover the extra costs.
3. After the second time a child is picked up late within a 2-week period, or at any time that the staff deems late arrival is becoming a frequent occurrence, a meeting will be arranged with Mr. O'Keefe to determine the best solution going forward.

Política y tarifa por recogida tardía de niños en edad preescolar

El preescolar de medio día termina puntualmente a las 11:30 a. m. El preescolar de día completo termina puntualmente a las 4:30 p. m. La escuela católica Blessed Trinity se esfuerza por brindar el mejor programa posible y al mismo tiempo cumplir con las pautas estatales y del condado.

Cuando los niños no son recogidos a la hora acordada, nuestro procedimiento es el siguiente:

1. Los niños inscritos en el programa preescolar de medio día que no sean recogidos a las 11:30 a. m. continuarán en el programa preescolar de día completo. Se les cobrará a los padres \$30 por niño para compensar el tiempo adicional y los gastos administrativos que implica brindar el cuidado continuo.
2. Los niños inscritos en preescolar de jornada completa que no sean recogidos antes de las 4:30 p. m. se integrarán al programa de jornada extendida siempre que se cumplan las proporciones de personal. Se cobrará a los padres un cargo de \$15 por niño para cubrir los costos adicionales.
3. Después de la segunda vez que se recoge a un niño tarde dentro de un período de 2 semanas, o en cualquier momento en que el personal considere que las llegadas tardes se están volviendo frecuentes, se organizará una reunión con el Sr. O'Keefe para determinar la mejor solución a seguir.

Parent Signature / Firma del padre

Date / Fecha

Program Director Signature

Date Form Was Received

Start Date and staff notes:

Preschool Sign Up for Non School Days

Our preschool program is open during school breaks. In order to plan for staffing, please let us know which of these days you would like your preschooler to attend.



Inscripción preescolar para días no escolares

Nuestro programa preescolar está abierto durante las vacaciones escolares. Para planificar la dotación de personal, háganos saber a cuál de estos días le gustaría que asistiera su hijo en edad preescolar.

Please place an "x" next to the days you would like your preschooler to attend over school breaks.

Coloque una "x" junto a los días a los que le gustaría que asistiera su hijo en edad preescolar durante las vacaciones escolares.

MEA Break

_____ Thurs, October 15 / Jueves 15 de octubre

_____ Fri, October 16 / Viernes 16 de octubre

Christmas Break

_____ Mon, December 21 / Lunes 21 de diciembre

_____ Tues, December 22 / Martes 22 de diciembre

_____ Wed, December 23 / Miércoles 23 de diciembre

_____ Mon, December 28 / Lunes 28 de diciembre

_____ Tues, December 29 / Martes 29 de diciembre

_____ Wed, December 30 / Miércoles 30 de diciembre

Spring Break

_____ Tues, March 30 / Lunes 30 de marzo

_____ Wed, March 31 / Miércoles 31 de marzo

_____ Thurs, April 1 / Jueves 1 de abril

_____ Fri, April 2 / Viernes 2 de abril

Please note: There is no preschool on the following dates:

September 7, October 14, November 6 and 25-27, December 24-25 and 31, January 1, 18 and 29, February 12 and 15, March 25-26 and 29, May 31, and June 7-8.

Tenga en cuenta: No habrá preescolar en las siguientes fechas:

El 7 de septiembre, 14 de octubre, 6 y 25-27 de noviembre, 24-25 y 31 de diciembre, 1, 18 y 29 de enero, 12 y 15 de febrero, el 25-26 y 29 de marzo, el 31 de mayo, y el 7-8 de junio.

Tell Us About Your Preschooler



Student's name: _____ Date: _____

What would you like us to call your student? _____

Please describe previous experiences your student has had with child care or preschool: _____

What do you hope for your student this school year? _____

What would you like your student's teachers to know about your student's learning style and personality? _____

What calming strategies do you use at home? _____

How does your child handle transitions? What helps them to move from one activity to the next? _____

How does your child communicate their needs? (bathroom, hungry, thirsty):

Does your student nap? _____ When? _____

What time does your student go to bed at night? _____ Wake up? _____

Does your student have any fears? _____

Does your student have any problems with vision or hearing? _____

Does your student receive special services? _____

Do you have any concerns about any aspect of your student's development? _____

Has your student had any serious accidents or operations? _____

Does your student play well alone? _____ In groups? _____

Please circle words below to describe your student:

High Energy	Calm	Structured	Spontaneous	Observant	Outgoing
Cautious	Adaptable	Glass half full	Glass half empty	Focused	Curious
Imaginative	Persistent	Sensitive	Easy Going	Serious	Humorous

Other words to describe your student: _____

Who are the special people in your student's life? (Siblings, step parents, grandparents, other care givers):

What holidays and special days are celebrated in your home? _____

Cuéntenos Sobre Tu Estudiante



Nombre del estudiante: _____ Fecha: _____

¿Cómo te gustaría que llamáramos a tu estudiante? _____

Describe las experiencias previas que tu estudiante ha tenido con el cuidado infantil o preescolar:

¿Qué espera para tu estudiante este año escolar? _____

¿Qué te gustaría que los maestros de tu estudiante supieran sobre el estilo de aprendizaje y la personalidad de tu estudiante? _____

¿Qué estrategias calmantes usas en casa? _____

¿Cómo maneja su hijo las transiciones? ¿Qué les ayuda a pasar de una actividad a la siguiente?

¿Cómo comunica su hijo sus necesidades? (baño, hambriento, sediento):

¿Tu estudiante duerme la siesta? _____ ¿Cuándo? _____

¿A qué hora se acuesta tu estudiante por la noche? _____ ¿Despertar? _____

¿Tiene tu estudiante algún miedo? _____

¿Tiene tu estudiante algún problema con la visión o la audición? _____

¿Tu estudiante recibe servicios especiales? _____

¿Tiene alguna inquietud sobre algún aspecto del desarrollo de tu estudiante? _____

¿Ha tenido tu estudiante algún accidente u operación grave? _____

¿Tu estudiante juega bien solo? _____ ¿En grupos? _____

Encierre en un círculo las palabras a continuación para describir a tu estudiante:

Energía alto	Calma	Estructurado	Espontáneo	Observador	Extrovertido
Precavido	Adaptable	Vaso medio lleno	Vaso medio vacío	Enfocado	Curioso
Imaginativo	Persistente	Sensible	Tranquilo	Serio	Cómico

Otras palabras para describir a tu estudiante: _____

¿Quiénes son las personas especiales en la vida de su estudiante? (Hermanos, podrazos, abuelos, otros cuidadores):

¿Qué fiestas y días especiales te celebran en tu hogar? _____

Emergency Contacts and Medical Information



Student lives with: _____

Student's Name _____

Date of birth _____ Grade _____ Gender _____

Parent/Guardian 1 _____

Parent/Guardian 2 _____

Cell Phone _____ Work Phone _____ Email Address _____

Cell Phone _____ Work Phone _____ Email Address _____

Address _____

Address _____

City, State _____ Zipcode _____

City, State _____ Zipcode _____

Emergency Contacts

People to be contacted when parents cannot be reached. You must list TWO people. These people are also authorized to pick up your child.

Primary Contact Name _____

Secondary Emergency Contact _____

Primary Phone _____ Alternate Phone _____

Primary Phone _____ Alternate Phone _____

Email address _____ Relationship _____

Email address _____ Relationship _____

Street Address _____

Street Address _____

Emergency Medical Information

Physician's Name _____

Clinic Name _____

Clinic Address _____

Clinic Phone Number _____

Insurance Company _____

Insurance Policy Number _____

Dentist's Name _____

Dentist's Phone Number _____

Does student wear glasses? _____ Does student wear contacts? _____

Allergies/Special Health Considerations _____

Significant Illness in past year, i.e. chicken pox, strep, ear infections _____

Is student currently taking any medication?	Will medication need to be given during school hours?	If medication will be given at school, give the date permission form was completed
---	---	--

Date of last physical exam _____ Date of last dental exam _____

If student is taking medications, give drug and for what reason given _____

I give permission to Blessed Trinity Catholic School to make whatever emergency (e.g., first aid, disaster evacuation) measures are judged necessary for the care and protection of my child while under the supervision of the school. In case of a medical emergency, I understand that my child will be transported to an appropriate medical facility by the local emergency unit for treatment at the expense of insurance or parents. In some situations, staff will need to contact local emergency resources before contacting the parent, the child's physician, and/or other adult acting on the parent's behalf.

Parent signature / Firma del padre _____

Date / Fecha _____

Contactos de Emergencia e Información Médica



Estudiante vive con: _____

Nombre del estudiante

Padre/Tutor 1

Teléfono celular Teléfono de trabajo Correo electrónico

Dirección

Ciudad, Estado Código postal

Fecha de nacimiento Grado Género

Padre/Tutor 2

Teléfono celular Teléfono de trabajo Correo electrónico

Dirección

Ciudad, Estado Código postal

Contactos de Emergencia

Personas a contactar cuando no se pueda localizar a los padres. Debe incluir DOS personas. Estas personas también están autorizadas a recoger a su hijo.

Nombre de contacto principal

Número de teléfono primario Teléfono alternativo

Correo electrónico Relación

Dirección

Contacto de emergencia secundario

Número de teléfono primario Teléfono alternativo

Correo electrónico Relación

Dirección

Información Médica

Nombre del médico

Dirección de la clínica

Compañía de seguros

Nombre del dentista

Nombre de la clínica

Número de teléfono de la clínica

Número de póliza de seguro

Número de teléfono del dentista

¿El estudiante usa gafas? ¿El estudiante usa contactos?

Alergias/Consideraciones especiales de salud

¿El estudiante está tomando algún medicamento actualmente? ¿Será necesario administrar medicamentos durante el horario escolar? Si el medicamento se administrará en la escuela, indique la fecha en que se completó el formulario de autorización.

Enfermedad significativa en el último año, es decir, varicela, estreptococo, infecciones del oído

Si el estudiante está tomando medicamentos, administre el fármaco y por qué motivo.

Fecha del último examen físico Fecha del último examen dental

¿Tiene alguna inquietud sobre la audición, la visión o la salud en general?

Autorizo a Blessed Trinity Catholic School a hacer todo lo necesario (ejemplo: primeros auxilios, evacuación de desastres, entre otros) y que evalúen lo que sea conveniente para el cuidado y protección de mi hijo mientras este bajo la supervisión de la escuela en caso de una emergencia. Entiendo, que durante una emergencia médica, mi hijo-a será transportado/a a expensas del seguro médico o de los padres. Comprendo que en algunas situaciones medicas el personal tendrá que contactar la sala de emergencias local antes que a los padres, médico y/o cualquier adulto que actúe a nombre de los padres.

Firma del padre

Fecha

Healthcare Summary for Child Care Attendance



Please have your child's primary care provider complete this form. We are required to keep a healthcare summary on file for each preschool student. The forms must be updated each year, or any time there is a change in your child's health. Some healthcare providers use their own form. This is fine as long as there is a signature, date, and it contains all relevant information.

Por favor, solicite al médico de cabecera de su hijo que complete este formulario. Debemos mantener un resumen médico de cada estudiante de preescolar en nuestros archivos. Los formularios deben actualizarse anualmente o cada vez que se produzca algún cambio en la salud de su hijo. Algunos profesionales de la salud utilizan su propio formulario. Esto es válido siempre que incluya la firma, la fecha y toda la información pertinente.

Date of enrollment: _____

Name of Child: _____ DOB: _____

Address: _____ Phone: _____

Parent(s) or Guardian: _____

Date of last physical exam: _____

Is the child up to date on immunizations? ☐ Yes ☐ No

If no, plans for bringing the child up to date: _____

Please attach and sign a copy of the child's immunizations.

Allergies: _____

Does the child have any important health concerns that you are following them for?

Does the child:

- Have any special needs that require accommodation at the provider's?
- Have any conditions that may result in an emergency?
- Have any activity restrictions?
- Require a modified diet?
- Require a different sleep position other than on their back?

What is the status of the child's Vision: _____ Hearing: _____

Is there any other information that would be helpful in a group care setting?

Does the child have any important health concerns that are followed by another source of health care? (If so, please give name of provider and condition requiring attention).

Provider signature: _____ Date: _____