



**¿Qué es el pre-kínder?**

El pre-kínder es una oportunidad de educación muy emocionante para los niños. Los niños desarrollarán muchas habilidades que harán más fácil el ingreso al Kínder. Los salones preescolares de nuestra comunidad operan por lo menos 6.5 horas al día de lunes a viernes, diez meses del año. Algunos de los salones preescolares están en escuelas públicas y otros están en centros de cuidado privados (guarderías). El programa es gratis para familias que califican, excepto por un mínimo precio por las comidas para aquellas familias que no califican para almuerzo gratis/precio reducido.

**¿Debería llenar esta solicitud?**

Si usted y/o su niño/a cumple con alguno de los siguientes requisitos, usted puede calificar para los servicios preescolares:

- Su niño/a cumple 4 años para el 31 de agosto del 2019
- Niños de una familia en servicio militar
- Niños que han sido identificados con discapacidad o necesidades especiales.
- Bajos ingresos económicos
- Niños de familias que tienen limitaciones de idioma (inglés)
- Niños que están viviendo con tutores legales o familiares
- Niños sin vivienda

**Información Adicional:**

- Algunos centros de guarderías ofrecen extensión de cuidado antes y después de las horas de escuela por una cuota adicional. Esos arreglos deben hacerse con el director de ese lugar.
- En la escuela South Lexington se usa uniforme. Por favor llame a la escuela o visite la página web [www.lexcs.org](http://www.lexcs.org) para más detalles.
- Las escuelas del Condado de Davidson no ofrecerán transporte este año escolar. Las únicas escuelas con transporte son las escuelas de la Ciudad de Lexington y las escuelas de la Ciudad de Thomasville.



**Davidson**  
County Schools



**SOLO SE ACEPTARAN SOLICITUDES COMPLETAS**

<b>Documentación para completar una solicitud 2019-2020:</b>	
<input type="checkbox"/>	<b>Acta de Nacimiento</b> (oficial o copia del hospital)
<input type="checkbox"/>	<b>Documentación de Custodia/Tutela</b> (solo si es necesario)
<input type="checkbox"/>	<b>Prueba de todas las Fuentes de ingresos (dos meses)</b> de cada padre: talones de cheque, formulario de verificación de ingresos si es un empleo nuevo (pg.6), manutención del menor, compensación al trabajador, beneficios de desempleo, pensión conyugal, retiro o incapacidad, declaración de impuestos del 2018, formas W-2 o 1099 del 2018 <b>Si le pagan...</b> Semanal=8 talones; Cada dos semanas/Quincenal= 4; y mensual=2
<input type="checkbox"/>	<b>Declaración "No Ingresos"</b> (solo si es necesario) pg. 5 de solicitud
<input type="checkbox"/>	<b>¿La solicitud está completa?</b>
<b>Documentación Adicional: (solo si es necesario)</b>	
<input type="checkbox"/>	<b>Documentación de servicio militar de los padres</b> incluye servicio activo y lesión seria o muerte como resultado de servicio militar
<input type="checkbox"/>	<b>Documentación de Enfermedad Crónica</b> evaluación médica del niño/a o una nota del proveedor medico que declare la enfermedad del niño/a.
<input type="checkbox"/>	<b>Copia de evaluaciones educacionales/desarrollo</b> que indiquen que el niño/a tiene una necesidad educacional o de desarrollo.
<input type="checkbox"/>	<b>Documentación de Incapacidad</b> ej. Parálisis cerebral, impedimento ortopédico

**Una solicitud completa no garantiza la aceptación de ningún solicitante en el programa de NC Pre-K**

*Animamos a todos los interesados a llenar una solicitud, si quiere más información por favor llámenos o visítenos...*



**Smart Start of Davidson County**  
[www.partnershipforchildren.org](http://www.partnershipforchildren.org)  
306 East US Hwy 64  
Lexington, NC 27292  
(336) 249-6688  
(336) 249-6687 fax



# Solicitud de Pre-Kínder 2019-2020

## Por favor lea cuidadosamente cada declaración y firme abajo.

Yo le doy permiso a Smart Start of Davidson County de que comparta información acerca de mi hijo/a con otros programas de servicios para niños de 4 años para evitar la duplicación de servicios y para maximizar las oportunidades para mi familia.

Yo entiendo que el servicio de transporte no está disponible en todos los sitios de NC Pre-K. Si mi hijo/a es asignado a uno de estos sitios, es mi responsabilidad proveer transporte.

Yo entiendo que mi hijo/a necesitara una evaluación de salud reciente y la cartilla de vacunas antes de que pueda empezar a asistir al programa de NC Pre-K. (Si esta información esta adjunta con mi solicitud, será entregada a la escuela a la que mi hijo fuera asignado)

Yo entiendo que mi hijo/a no será asignado a ningún salón de NC Pre-K hasta que el Presupuesto Estatal haya sido finalizado, usualmente a finales de agosto.

Yo entiendo que el nombre de mi hijo/a puede ser agregado a una lista de espera ya que el programa recibe un número de solicitudes que excede el número de cupos disponibles.

Yo entiendo que si llega a haber un cupo disponible en el transcurso del año, mi hijo/a podría ser asignado entonces.

Yo entiendo que si mi hijo/a es asignado a un sitio de NC Pre-K y mi familia se cambia de casa en el transcurso del año, puede que mi hijo/a no pueda ser transferido a otro sitio NC Pre-K. Debo avisar a Smart Start este tipo de cambios.

Yo entiendo que si mi hijo/a es asignado a una escuela pública y nos cambiamos de casa fuera del distrito escolar, mi hijo/a puede perder su cupo en esa escuela.

Yo entiendo que si mi hijo/a esta inscrito en un programa de Head Start, en una guardería de 4 o 5 estrellas y/o está recibiendo ayuda financiera a través del Departamento de Servicios Sociales o Smart Start, yo ya he adquirido todos los recursos disponibles a mi familia y podría no calificar para NC Pre-K.

**He leído todas las declaraciones.**

Firma del Padre/Tutor X \_\_\_\_\_

Nombre del niño/a \_\_\_\_\_

**Por favor, seleccione todos los sitios que resulten prácticos para su familia indicando sus preferencias con números. (1=su sitio más preferido) Antes de escoger una escuela, asegúrese de que usted viva en el distrito escolar de esa escuela.**

### Centros de Cuidado Privado

- A Child's World at Fairgrove \_\_\_\_\_
- Davidson Co. Comm. College \_\_\_\_\_
- First Baptist CLC in Denton \_\_\_\_\_
- Kid City Day Care Inc. \_\_\_\_\_
- Kids Only Childcare Ctr. \_\_\_\_\_
- Little Bo Peep \_\_\_\_\_
- Mary Myers \_\_\_\_\_
- Robert Idol at Baptist Children's Homes \_\_\_\_\_
- The Learning Place at Thom. Medical Center \_\_\_\_\_
- Von's Kids Inc. Too \_\_\_\_\_

### Escuelas de la Ciudad de Lexington

Transporte disponible

- South Lexington School \_\_\_\_\_

### Escuelas de la Ciudad de Thomasville

Transporte NO disponible

- Thomasville Primary School \_\_\_\_\_

### Escuelas del Condado de Davidson

Transporte NO disponible

- Churchland Elementary \_\_\_\_\_
- Friedberg Elementary \_\_\_\_\_
- Friendship Elementary \_\_\_\_\_
- Silver Valley Elementary \_\_\_\_\_
- Southwood Elementary \_\_\_\_\_
- Tyro Elementary \_\_\_\_\_
- Welcome Elementary \_\_\_\_\_

¿A qué escuela elemental asistirá su hijo/a para el Kínder?

¿Tiene otros hijos que asisten esta escuela en el año 2019-2020?

**Importante: Estos sitios están sujetos a cambios. Los fondos monetarios no han sido finalizados para el año escolar del 2019-2020. Se les avisará si un sitio que haya escogido no obtuvo fondos. Siempre nos esforzamos por conceder su primera opción, pero no siempre es posible.**

### OFFICE USE ONLY

Application Completed on \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Siblings in Elem? Y N N/A Provide Transportation? Y N

Before/Afterschool Care? B A B&A N/A

Below 75% / Above 75% Priority Status: PC \_\_\_\_\_ WL \_\_\_\_\_

RECEIVED Date Stamp, Time and Initial:

**Nombre del Niño/a:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ **Sexo:** \_\_\_\_\_

**Ciudadano Americano:** \_\_\_ No \_\_\_ Si

**Etnicidad: Hispano/a?** Sí  No

**Raza:** Caucásico/Europeo Americano  Nativo Americano o Nativo de Alaska  Asiático  
 Nativo de Hawaii u Otra Isla del Pacifico  Afro-Americano

**Domicilio del niño/a:** \_\_\_\_\_ **Ciudad** \_\_\_\_\_ **Código Postal** \_\_\_\_\_

Domicilio Permanente  Sin hogar o en Albergue de Emergencia  Albergue para Mujeres y Niños Maltratados  
 Hotel/Motel  Hospital por 30 días o menos  Falta de Domicilio Nocturno Permanente

**¿Con quién vive el solicitante en el domicilio de arriba?**  ambos padres  madre soltera  padre soltero  
 padre/madre y madrastra/padrastro  
 tutor legal  custodios temporales  familia temporaria

**Dirección Postal (si es diferente que la anterior):** \_\_\_\_\_ **Ciudad** \_\_\_\_\_ **Código Postal** \_\_\_\_\_

**Contacto Principal:** \_\_\_\_\_ **Relación con el niño/a:** \_\_\_\_\_

**Celular#:** \_\_\_\_\_ **Alternativo#:** \_\_\_\_\_ **Email:** \_\_\_\_\_

**Contacto Secundario:** \_\_\_\_\_ **Relación con el niño/a:** \_\_\_\_\_

**Celular#:** \_\_\_\_\_ **Alternativo#:** \_\_\_\_\_ **Email:** \_\_\_\_\_

**Contactos de Emergencia (diferentes de los primeros contactos)**

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Relación con el niño/a:** \_\_\_\_\_

**Celular #:** \_\_\_\_\_ **Alternativo #:** \_\_\_\_\_ **Email:** \_\_\_\_\_

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Relación con el niño/a:** \_\_\_\_\_

**Celular #:** \_\_\_\_\_ **Alternativo #:** \_\_\_\_\_ **Email:** \_\_\_\_\_

**MIEMBROS DE LA FAMILIA:**

Por favor anote el nombre de TODAS las personas que viven con el niño/a, INCLUYENDO al niño/a.

Si hay un herman@ de 18 años en la casa, y está asistiendo a la escuela superior (high school), por favor escriba el nombre de la escuela.

Nombre y Apellido	Fecha de Nacimiento/Edad	Relación con niño/a	Nombre y Apellido	Fecha de Nacimiento/Edad	Relación con niño/a
		Solicitante/Niño/a			


**No. Total de Miembros en el Hogar** \_\_\_\_\_

**Por favor conteste las siguientes preguntas.****Encuesta de Lenguaje Natal**

- 1) ¿El/La **niño/a** habla bien Inglés?  No  Sí
- 2) ¿La **familia** habla bien Inglés?  No  Sí
- 3) ¿Cuál es el **idioma** que se habla más en su hogar? \_\_\_\_\_

**Bienestar y Salud**

- 4) ¿Le han hecho un examen médico reciente a su hijo/a (**con fecha de 08/26/18 o más reciente**)?
  - No; me asegurare de entregar su examen médico a la escuela en cuanto mi hijo/a sea aceptado/a al programa.
  - Sí; lo estoy incluyendo con esta solicitud
  - Sí; entregare una copia a la escuela en cuanto mi hijo/a haya sido aceptado/a al programa.

 *Un examen médico será requerido una vez que su hijo/a haya sido inscrito en algún salón de Pre-Kínder.*

*Los exámenes médicos deben incluir vacunas, y revisiones de vista, oído y dental.*

*El formulario médico está disponible en [partnershipforchildren.org](http://partnershipforchildren.org).*

- 5) ¿Su niño(a) tiene alguna **condición médica** u otras necesidades especiales?  No  Sí; describa  
\_\_\_\_\_
- 6) ¿Su hijo/a tiene una **necesidad educacional identificada** o una **incapacidad o retraso en su desarrollo** (ej. autismo, parálisis cerebral, impedimento de la vista, impedimento ortopédico)?  No  Si, por favor describa  
\_\_\_\_\_
- 7) ¿Su hijo/a tiene un **IEP (Plan de Educación Individual Activo)**?  No  Si; *Por favor incluya una copia del IEP (Plan Educacional Individualizado) o los resultados de alguna evaluación.*
- 8) ¿Es alguno de los padres de este niño/a miembro de la Guardia Nacional de Carolina del Norte, la Fuerza Militar Estatal o un componente de la reserva de las Fuerzas Armadas que ha sido llamado para **servicio activo** en los **últimos 18 meses** o anticipa ser llamado en los **siguientes 18 meses** o que se ha **lastimado o fallecido durante su servicio**?  
 No  Sí; Iniciales \_\_\_\_\_ (entregue comprobante)

**Experiencia Preescolar**

- 9) ¿Alguna vez su hijo/a **ha asistido** a algún pre kínder o a algún tipo de guardería?  
No \_\_\_ Sí \_\_\_; Nombre de la Guardería \_\_\_\_\_ ¿Cuándo fue su último día? \_\_\_\_\_
- 10) ¿Está su niño(a) **actualmente** asistiendo a algún pre-kínder, o a algún tipo de guardería? No \_\_\_ Sí \_\_\_  
a) Nombre de la guardería \_\_\_\_\_  
b) ¿Cuántos días a la semana esta su hijo/a en la guardería? \_\_\_\_\_ c) ¿Cuántas horas al día? \_\_\_\_\_
- 11) ¿Está recibiendo ayuda para pagar la guardería de su niño/a a través del **Dept. de Servicios Sociales**?  
No \_\_\_ Sí \_\_\_; número de horas a la semana \_\_\_\_\_
- 12) ¿Está recibiendo ayuda para pagar la guardería de su niño/a a través de la **Beca de Cuidado Infantil de Smart Start del Condado de Davidson**? No \_\_\_ Sí \_\_\_
- 13) ¿Está actualmente trabajando con una **especialista de Smart Start en el Programa de Padres como Maestros**?  
No \_\_\_ Sí \_\_\_ ¿Si lo está, cual es el nombre de la especialista? \_\_\_\_\_

**Necesidades Familiares**

- 14) ¿Podrá **proveer transporte** para que su hijo/a asista al programa preescolar? No \_\_\_ Si \_\_\_
- 15) ¿Necesitará **horas extendidas de cuidado** para su hijo?  
 Solo por la mañana  Solo por la tarde  ambos (am y pm)  No necesito cuidado
- 16) ¿Cómo se enteró usted del programa de NC Pre-K?  
 Escuela/Personal Escolar  Familia/Conocido  Redes Sociales  Letrero  Volante  
 Centro de Cuidado Infantil/Guardería  Oficina de Smart Start  Otro; \_\_\_\_\_

**Nombre de la madre/madrastra/Tutor Legal:** \_\_\_\_\_

**Marque todo lo que aplique:**  Empleado/a  Buscando Empleo  Educación post-escuela superior  
 En escuela superior  En entrenamiento laboral  Otro \_\_\_\_\_

**Si esta empleado/a, ¿en dónde trabaja?** \_\_\_\_\_

**Los ingresos de su trabajo antes de impuestos \$** \_\_\_\_\_ **Frecuencia:**  Mensual  Quincenal  Semanal

**¿Recibe alguno de estos ingresos?**

Pensión Alimenticia	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI; \$ _____	<input type="checkbox"/> Mensual	<input type="checkbox"/> Quincenal	<input type="checkbox"/> Semanal
Manutención del niño	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI; \$ _____	<input type="checkbox"/> Mensual	<input type="checkbox"/> Quincenal	<input type="checkbox"/> Semanal
Compensación al trabajador	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI; \$ _____	<input type="checkbox"/> Mensual	<input type="checkbox"/> Quincenal	<input type="checkbox"/> Semanal
Desempleo	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI; \$ _____	<input type="checkbox"/> Mensual	<input type="checkbox"/> Quincenal	<input type="checkbox"/> Semanal
Retiro/Incapacidad	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI; \$ _____	<input type="checkbox"/> Mensual	<input type="checkbox"/> Quincenal	<input type="checkbox"/> Semanal
SSI/TANF/Work First	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI; \$ _____	<input type="checkbox"/> Mensual	<input type="checkbox"/> Quincenal	<input type="checkbox"/> Semanal

**Entregue documentación de los 2 meses más recientes de todos los ingresos que recibe.**  
 Semanal=8 talones; Quincenal= 4 talones; mensual=2 talones  
 Si no tiene talones, pida a su empleador que llene la página 6

**Nombre del Padre/padrastro/Tutor Legal:** \_\_\_\_\_

**Marque todo lo que aplique:**  Empleado/a  Buscando Empleo  Educación post-escuela superior  
 En escuela superior  En entrenamiento laboral  Otro \_\_\_\_\_

**Si esta empleado/a, ¿en dónde trabaja?** \_\_\_\_\_

**Los ingresos de su trabajo antes de impuestos \$** \_\_\_\_\_ **Frecuencia:**  Mensual  Quincenal  Semanal

**¿Recibe alguno de estos ingresos?**

Pensión Alimenticia	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI; \$ _____	<input type="checkbox"/> Mensual	<input type="checkbox"/> Quincenal	<input type="checkbox"/> Semanal
Manutención del niño	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI; \$ _____	<input type="checkbox"/> Mensual	<input type="checkbox"/> Quincenal	<input type="checkbox"/> Semanal
Compensación al trabajador	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI; \$ _____	<input type="checkbox"/> Mensual	<input type="checkbox"/> Quincenal	<input type="checkbox"/> Semanal
Desempleo	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI; \$ _____	<input type="checkbox"/> Mensual	<input type="checkbox"/> Quincenal	<input type="checkbox"/> Semanal
Retiro/Incapacidad	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI; \$ _____	<input type="checkbox"/> Mensual	<input type="checkbox"/> Quincenal	<input type="checkbox"/> Semanal
SSI/TANF/Work First	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI; \$ _____	<input type="checkbox"/> Mensual	<input type="checkbox"/> Quincenal	<input type="checkbox"/> Semanal

**Entregue documentación de los 2 meses más recientes de todos los ingresos que recibe.**  
 Semanal=8 talones; Quincenal= 4 talones; mensual=2 talones  
 Si no tiene talones, pida a su empleador que llene la página 6

**Nombre de Custodio:** \_\_\_\_\_

**¿Recibe alguno de estos ingresos para el solicitante o los hermanos de él/ella?**

**Entregue documentación de los 2 meses más recientes de todos los ingresos que recibe.**

Manutención del niño	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI; \$ _____	<input type="checkbox"/> Mensual	<input type="checkbox"/> Quincenal	<input type="checkbox"/> Semanal
Seguro Social/Incapacidad	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI; \$ _____	<input type="checkbox"/> Mensual	<input type="checkbox"/> Quincenal	<input type="checkbox"/> Semanal
SSI/TANF/Work First	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI; \$ _____	<input type="checkbox"/> Mensual	<input type="checkbox"/> Quincenal	<input type="checkbox"/> Semanal

**Declaración de “No Ingresos”:** Por favor complete **SOLO** si están actualmente desempleados y no reciben ningún tipo de beneficio o cualquier otro tipo de ingresos regulares.

De esta manera verifico que ni mis hijos ni algún miembro de nuestra familia ha tenido ingresos desde (mm/yy): \_\_\_\_\_ hasta la fecha de esta solicitud. Yo certifico que esta información es cierta. Si cualquier parte es falsa, comprendo que la participación de mi niño/a en el programa puede ser terminada y sujeta a acciones legales.

**Firma del Padre/Tutor Legal** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Aviso:** Dar información falsa para calificar para el programa de NC Pre-K / Smart Start constituye fraude y resultará en exclusión inmediata de los programas. Al firmar, usted verifica que toda la información y comprobantes presentados son verdaderos y correctos. Documentación adicional puede ser requerida. Completar esta solicitud no garantiza que obtendrá un lugar en alguno de los salones.

**Firma del Padre:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_



**NC PRE-K Employment Verification Form**

**Formulario de Verificación de Empleo de NC PRE-K**

If newly hired or no pay stubs are available, please have your employer fill out this form and return to us with application.  
 Si es nuevo en su empleo o no tiene talones de cheque, pida a su supervisor que llene esta forma y regrésela con la solicitud.

Please return to/Favor de entregar a:

Smart Start of Davidson County 306 East US Hwy 64, Lexington, NC 27295

Fax: (336) 249-6687 E-mail: [julias@partnershipforchildren.org](mailto:julias@partnershipforchildren.org)

**Employee Name** (Nombre del Empleado/a) \_\_\_\_\_  
**Applicant (child(ren)'s name(s))** (Nombre de el/la niño/a solicitante) \_\_\_\_\_

Employer, please verify employment information for the person named above. By signing the form, you are giving us permission to contact you in case we need to verify any of the following information.

Empleador, por favor proporciónenos con la información de empleo para la persona nombrada en la parte superior y regrese el formulario al empleado lo más pronto posible. Al firmar este documento, usted está dando permiso de que lo/a contactemos en caso de que necesitemos verificar la siguiente información.

**Is the person named above currently employed by you or your company?**

¿Esta la persona mencionada en la parte superior empleado/a por usted o su compañía? Yes/Si No/No

**Hire Date** (Fecha de contratación): \_\_\_\_\_

**On average, how many hours will the employee work per week?**

¿Cuántas horas trabaja esta persona por semana? \_\_\_\_\_

**Pay Rate** (Sueldo): \$ \_\_\_\_\_  hourly (por hora)  weekly (semanal)  biweekly (Quincenal)  monthly (mensual)

**How often will the pay be received?** (¿Cada cuando recibe el sueldo?)

weekly (semanal)  biweekly (cada dos semanas)  bimonthly (quincenal)  monthly (mensual)

**Please complete the following table with payments for the last two months:**

Por favor complete la siguiente tabla con los pagos de los últimos dos meses:

Pay Date Fecha de Pago	REG Hours Worked Horas Trabajadas	REG Rate of Pay Sueldo	Gross Pay (before taxes) Pago Bruto (antes de impuestos)	OT Hours Horas Tiempo Extra	OT Rate of Pay Sueldo de Tiempo Extra	OT Gross Pay Pago de Tiempo Extra	Tips Propinas

**Name of the Company/Employer and Address**  
 (Nombre de la Compañía/Empleador y Dirección): \_\_\_\_\_

**Phone# (Tel):** \_\_\_\_\_ **Fax#:** \_\_\_\_\_

**Name of person filling out this form:**  
 (Nombre de la Persona completando el formulario): \_\_\_\_\_

**Title:**  
 (Titulo): \_\_\_\_\_

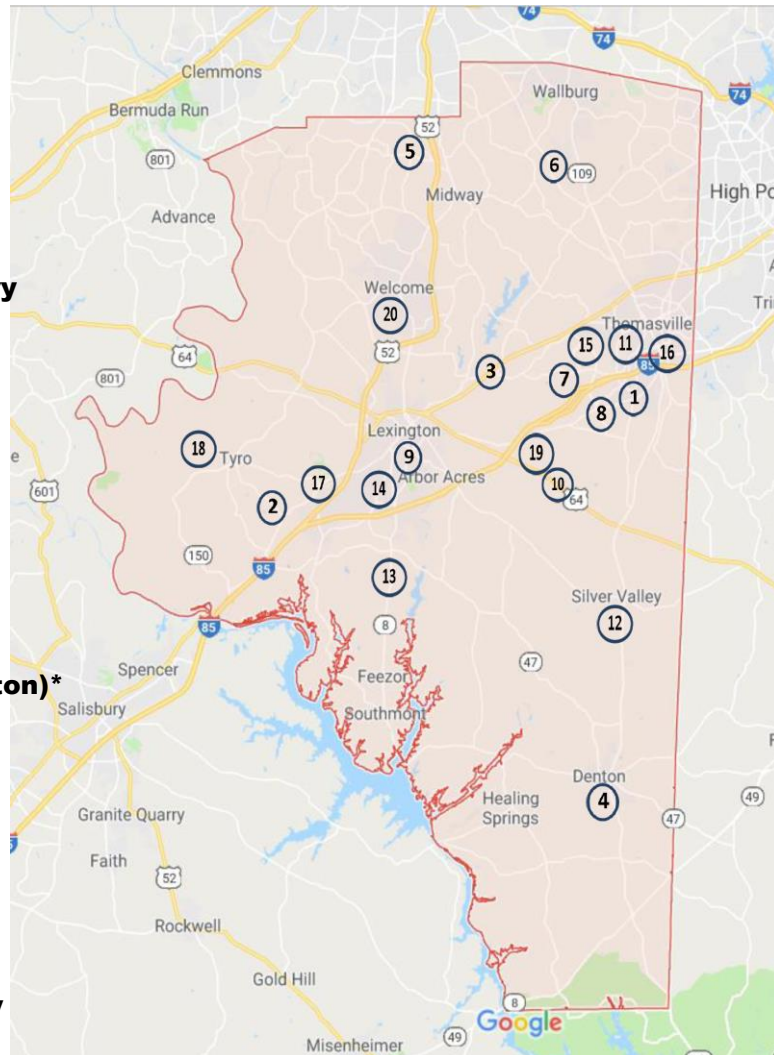
**Signature (Firma):** \_\_\_\_\_

**Date (Fecha):** \_\_\_\_\_

# Lista de Sitios y Mapa de



1. **A Child's World\***  
(336) 474-2211  
232 Cedar Lodge Road  
Thomasville, NC 27360
2. **Churchland Elementary**  
(336) 242-5690  
7571 S. NC Hwy 150  
Lexington, NC 27295
3. **DCCC Child Development Center \***  
(336) 224-4830  
297 DCCC Road  
Lexington, NC 27295
4. **First Baptist Child Learning Center (Denton)\***  
(336) 859-4830  
385 West Salisbury St.  
Denton, NC 27239
5. **Friedberg Elementary**  
(336) 764-2059  
1131 Friedberg Church Rd.  
Winston-Salem, NC 27127
6. **Friendship Elementary**  
(336) 231-8744  
1490 Friendship Ledford Rd.  
Winston Salem, NC 27107
7. **Kid City Daycare\***  
(336) 475-0721  
719 Fisher Ferry Street  
Thomasville, NC 27360
8. **Kids Only Childcare\***  
(336) 474-8700  
202 Shuler Circle  
Thomasville, NC 27360
9. **Little Bo Peep\***  
(336) 249-6502  
406 Rosewood Dr.  
Lexington, NC 27292



10. **Mary Myers Children's Center \***  
(336) 243-4899  
4770 US Hwy 64 East  
Lexington, NC 27292
11. **Robert Idol CDC/ Baptist Children's Home**  
(336) 474-1304  
615 Watson Circle  
Thomasville, NC 27360
12. **Silver Valley Elementary**  
(336) 472-1576  
11161 E. Old Hwy 64  
Lexington, NC 27292
13. **Southwood Elementary**  
(336) 357-2777  
5850 Hwy 8  
Lexington, NC 27292
14. **South Lexington School**  
(336) 242-1544  
1000 Cotton Grove Rd.  
Lexington, NC 27292
15. **The Learning Place @ Thomasville Medical Center\***  
(336) 476-2522  
207 Old Lexington Rd.  
Thomasville, NC 27360
16. **Thomasville Primary**  
(336) 474-4160  
915 East Sunrise Ave  
Thomasville, NC 27360
17. **Tyro Elementary**  
(336) 242-5760  
450 Cow Palace Rd  
Lexington, NC 27295
18. **Von's Kids Inc Too \***  
(336) 224-5396  
261 Heath Lane  
Lexington, NC 27292
19. **Welcome Elementary**  
(336) 731-3361  
5701 Old Hwy. 52  
Lexington, NC 27295

*\* These sites may offer care before and after the NC Pre-K day. Please contact sites for updated information about extended care services.*

*\* Estas instalaciones pueden ofrecer cuidado para antes y después del programa NC Pre-K. Por favor contacte estos establecimientos para más información acerca de este servicio*