

Kindergarten Registration Spanish



Climax-Scotts Community Schools
11250 East QR Avenue, Scotts, MI 49088; (269) 497-2100
Home of the Panthers



Documentos/Formularios Requeridos para Escuela Elementaria

- Certificado de Nacimiento del Estudiante
 - Examen de Vision/Audicion (Kindergarten y Primer Grado)
 - Evaluacion de Salud (Kindergarten)
 - Record de Vacunas del Estudiante
 - Tarjeta de Seguro Social del Estudiante
 - Licencia de Manejar del Padre/Guardian
 - Prueba de Residencia
- Factura de Servicios Publicos/Factura o Poliza de Seguro
Estado de cuenta de hipotecao renta/acuerdo de renta
Estado de cuenta de ingresos con el nombre y direccion del empleador

Formularios Requeridos por la oficina

- Formulario de Informacion del Estudiante
- Encuesta de Etnicidad/Lenguaje/Raza
- Permiso de Salida
- Formulario para el Uso de Tecnologia
- Formulario Informativo acerca de Connocion Cerebral

Documentos Adicionales

- Documentos Legales (Si es Aplicable)
- Permiso para Administrar Medicamentos Recetados (Si es Aplicable)
- Permiso para Administrar Medicamentos No Recetados (Si es Aplicable)
- Aplicacion para Almuerzi Gratis/Reducido (Si es Aplicable)
- Formulario 105/105c (Si es Aplicable)
- Peticion para Records del Estudiante (Si es Aplicable)

Programa Para La Vision Y La Audicion



¿Recientemente le
ha hecho un
examen de Visión
y Audición a su
hijo/a?



IMPORTANTE:

SE REQUIERE que a los niños se les haga una prueba de visión y audición antes de que entren al kindergarden.

Este examen es GRATIS.

Haga su cita para el verano y llame después del primero de mayo al:



373-5031

373-5008



KALAMAZOO COUNTY GOVERNMENT

In the Pursuit of Extraordinary Governance

Health and Community Services Department

311 East Alcott, Kalamazoo, MI 49007

Phone: 269-373-5200 Fax: 269-373-5363 Website: www.kalcounty.com



El Condado de Kalamazoo está comprometido a proveer cuidado equitativo y culturalmente competente a todas las personas atendidas, sin importar raza, edad, sexo, color, origen nacional, religión, estatura, peso, estado civil, afiliación política, orientación sexual, identidad de género, o discapacidad.

Los siguientes formularios deben ser entregados a la escuela:

Formulario de Registro del Estudiante - Completado y Firmado por los Padres

Formulario de Etnicidad: Completado y Firmado por los Padres



Formulario de Conmoción Cerebral – Completado y Firmado por los Padres



Formulario de Tecnología – Completado y Firmado por los Padres



Formulario de Emergencia - Completado y Firmado por los Padres



Nombre del Estudiante _____ Fecha de Nacimiento _____

Padres/Guardianes/Hogar #1 _____

Dirección _____ Ciudad/Código Postal _____

Dirección de Correo (si es diferente) _____ Ciudad/Código Postal _____

Teléfono _____ Teléfono (trabajo) _____ Celular _____

Correo Electrónico: _____

Relación al niño (a) (circule): Ambos Padres Padre/Madrastra Madre/Padrastro Solo Padre Solo Madre Guardian Legal
Colocado por la Corte: Familiar Familia Adoptiva

Si hay un Segundo Hogar: Padres/Guardianes/Hogar #2 _____

Dirección _____ Ciudad/Código Postal _____

Teléfono _____ Teléfono (Trabajo) _____ Celular _____

Relación al niño (a) (circule): Ambos Padres Padre/Madrastra Madre/Padrastro Solo Padre Solo Madre Guardian Legal
Colocado por la Corte Familiar Familia Adoptiva

El estudiante vive con: _____ Hay juicio de custodia legal oficial? Si No

Contacto en caso de emergencia: Nombre _____ Relación _____

Teléfono _____

Hermanos (as) (por favor liste todos los que esten de edad escolar o en casa):

Nombre _____ Grado _____

Nombre _____ Grado _____

Nombre _____ Grado _____

Tratamiento en caso de Emergencia: Como padre/guardian del estudiante, estoy de acuerdo de que como resultado de participar en actividades en la escuela el tratamiento de emergencia medico podria ser necesario y el personal de la escuela podria no llegar a contactarme a mi o a mi contacto de emergencia para aprobar el tratamiento medico; el personal de la escuela puede buscar el tratamiento medico, incluyendo ambulancia y servicios de hospital necesarios para mi hijo (a) debido a las circunstancias existentes.

Hospital Preferido _____ Alergias _____

Medicamentos _____

Problemas Médicos _____

Permiso para recibir medicamentos sin receta médica: Yo doy permiso, de que mi hijo (a) reciba de la oficina, con mis intrucciones escritas, medicamentos (sin receta medica) que yo he proporcionado. Si No

Autorización para utilizar foto: Yo doy consentimiento de que la foto de mi hijo (a) sea utilizada en publicaciones apropiadas de la escuela/comunidad Si No

Permiso para Viajes Educativos: Doy permiso de que mi hijo (a) vaya a cualquier viaje que la escuela patrocine. Si No

Permiso para utilizar Recursos Tecnológicos: Yo he leído el código ético con mi hijo (a) y doy permiso a que mi hijo (a) utilice los recursos tecnológicos del distrito. Si No

Verificación de Residencia: Mi hijo (a) reside en el Distrito de las Escuelas Climax-Scotts. Si No (S)

No) Yo he llenado una forma "Schools of Choice" o una carta en la oficina del Superintendente. Si No

Firma Padre / Guardián _____ Fecha _____

BUS ASIGNADO

Chofer AM _____ # _____

Chofer PM _____ # _____

ESCUELA DE COMUNIDAD CS / PERMISO DE SALIDA

Si hay algún cambio durante el año escolar, por favor complete una nueva forma lo mas pronto posible *solo para uso del dep. de transporte*

Nombre del Estudiante	Grado	Maestro

Nombre de los Padres/Guardianes _____ Tel. Principal _____

Dirección _____ Tel. Secundario _____

INFORMACION DE SALIDA DIARIA

Transporte de Bus

Dirección para Recoger en la Mañana:

Número	Calle	Ciudad	Quién vive allí?
Dirección para Dejar en la Tarde:			

Número	Calle	Ciudad	Quién vive allí?
Caminar a Casa de la Escuela/Recoger Regularmente			

Permiso que mi hijo (a) camine a _____ después de que salgan los buses al final del día, o cuando la escuela tenga medio día. En la escuela elementaria, comprendo de que el/ella serán dejados salir del Panther Pickup Room después de que los buses se hayan ido del área.

MI hijo (a) será recogido regularmente y comprendo que los estudiantes de la escuela elementaria esperarán en el Panther Pickup Room hasta ser buscados.

INFORMACION DE SALIDA DE EMERGENCIA

El distrito requiere información de salida para cada niño (a) en caso de una salida temprana no planeada debido al clima o emergencias. En caso de salida por emergencia, el estudiante mencionado arriba:

- Se irá en el bus como usualmente
- Caminará, manejará, o montará bicicleta como usualmente
- Será recogido por un padre/guardian mencionado arriba, el cual puede ser contactado durante el año escolar:
 - o No. de Teléfono _____
 - o Correo Electrónico _____
- Será recogido por un amigo o familiar mencionado abajo:
 - o Nombre y Relación con el estudiante (s) _____
 - o No. de Teléfono para contactar durante el día escolar _____
- Seguirá un plan diferente (por favor de instrucciones detalladas abajo)
 - o _____

Yo verifico que he revisado este plan y las instrucciones con mi hijo y el/ella comprende que procedimiento deberá seguirse en caso de una salida temprana debido a el clima u otra emergencia. Iniciales aquí

PERMISO DE SALIDA En un esfuerzo para ayudar a asegurar la seguridad de nuestros estudiantes, los padres están obligados a proporcionar los siguientes permisos en caso de que alguien que no sea el padre legal /guardián recoja a un niño de la escuela. Tome nota de que: no dejaremos salir a los estudiantes con cualquier persona que no está en la siguiente lista. Si necesita actualizar su lista durante el año escolar, debe venir a la oficina para hacerlo. No se aceptarán adiciones o subtracciones verbales. Para cada permiso, por favor proporcione nombre y la relación con el niño.

SI! Mi hijo (a) puede irse con:	NO! Mi hijo (a) no puede irse bajo ninguna circunstancia con:

Firma #1 Padre/Guardián

Fecha

Firma #2 Padre/Guardián

Fecha

Climax-Scotts Community Schools

Acuerdo para uso Aceptable de Recursos de Tecnología

Estudiantes en Grados Y5's-5

Climax-Scotts Elementary School

Nombre de la Escuela

Nombre del Estudiante

Yo comprendo que a veces sera permitido utilizar las computadoras, aparatos electronicos y el Internet del Distrito en la escuela y en casa. Para utilizar las computadoras, aparatos electronicos o el Internet, comprendo que debo seguir las reglas de la escuela. Yo prometo que:

- Solo utilizare las computadoras, aparatos electronicos y el Internet para hacer trabajo de la escuela.
- Solo utilizare las computadoras, aparatos electronicos y el Internet cuando la maestra u otro personal de la escuela me diga que puedo utilizarlos.
- No utilizare el Internet para intertar ir a paginas web que son solo para adultos y que se que no debo accésar.
- Si accidentalmente entro a una pagina web que se que no debo ver, inmediatamente le hare saber a mi maestro (a) o al personal de la escuela.
- Si alguien me envia algo en el internet que se que no es apropiado, inmediatamente le dire a mi maestro (a) o al personal de la escuela.
- No utilizare las computadoras, aparatos electronicos o el Internet para intimidar o hacerle daño a otra persona.
- Si alguien utiliza la computadora, aparatos electronicos o Internet para intimidarme o hacerme daño a mi, le dire al maestro (a) o al personal de la escuela inmediatamente.
- No dañare las computadoras o los aparatos electronicos, tampoco les causare problemas a las computadoras, aparatos electronicos e Internet a proposito.
- No utilizare las computadoras, aparatos electronico o el Internet para copiar o hacer trampa en mi trabajo escolar.
- No copiare nada de lo que vea en las computadoras o Internet ni pretendere de que es mi trabajo.
- Mantendre mi clave secreta de otros estudiantes.
- Comprendo que la escuela puede ver todo lo que yo hago en las computadoras, aparatos electronicos y el Internet.
- Comprendo que la escuela tiene filtros en las computadoras, aparatos electronicos y en el Internet, lo que significa que no podre ver alguna informacion. No intentare Interferir con esos filtros.

- Seguire todas estas reglas. También seguire las indicaciones de mi maestro (a) o del personal de la escuela acerca del uso de las computadoras, aparatos electrónicos y del Internet.

Comprendo de que si no cumplo con cualquiera de estas reglas, podría ser disciplinado y también podría perder el privilegio de utilizar las computadoras, aparatos electrónicos y el Internet.

Firma del Estudiante

Fecha

He leído este Acuerdo y estoy de acuerdo de que como condición para que mi hijo (a) utilice los recursos de tecnología del Distrito, lo que incluye (1) infraestructura interna y externa, (2) acceso al Internet y a la red, (3) computadoras, (4) servidores, (5) dispositivos de almacenamiento, (6) periféricos, (7) software y (8) sistemas de mensaje y comunicación, yo libero al Distrito y sus miembros del consejo, agentes y empleados, incluyendo al Proveedor de Servicio de Internet, de toda responsabilidad en caso de que mi hijo (a) no utilice apropiadamente los recursos tecnológicos. También indemnizo al Distrito y los miembros del consejo, agentes y empleados, incluyendo el Proveedor de Servicio de Internet de cualquier cuota, gasto o daños incurridos como resultado del uso o mal uso por parte de mi hijo(a) con los recursos tecnológicos de Distrito.

He explicado estas reglas a mi hijo (a).

Yo autorizo al Distrito que comparta información sobre mi hijo a los operadores de páginas web según sea necesario para permitir que mi hijo (a) participe en cualquier programa, curso o asignación que requiera consentimiento bajo la protección de Childrens Online Privacy Protection Act.

Comprendo de que la información que mi hijo (a) envíe o reciba a través de los recursos tecnológicos del Distrito no es privada. Doy permiso al Distrito a que inspeccione y monitoree el uso de los recursos tecnológicos de mi hijo (a), incluyendo la comunicación electrónica que mi hijo (a) envíe o reciba a través de los recursos tecnológicos.

Comprendo y estoy de acuerdo de que mi hijo (a) no podrá utilizar los recursos tecnológicos del Distrito hasta que este Acuerdo este firmado por mi hijo (a) y por mí.

He leído este Acuerdo y estoy de acuerdo con todos sus términos.

Firma del Padre/ Guardian

Fecha

**Departamento de Educación de Michigan
Oficina de Servicios de Salud y Nutrición**

SOLICITUD DEL CACFP PARA COMIDAS ESPECIALES Y/O ALOJAMIENTOS
La información de este formulario debe actualizarse según sea necesario para reflejar las necesidades actuales del participante.

1. Nombre de la escuela/patrocinador:	2. Nombre del sitio:	3. Teléfono del sitio:
--	-----------------------------	-------------------------------

4. Nombre del Participante/Estudiante:	5. Edad del participante:
---	----------------------------------

6. Marque uno (Consulte las Instrucciones en el reverso de este formulario):

A. El participante tiene una discapacidad* o una condición médica que requiere una comida o alojamiento especial. Los operadores del programa están obligados a hacer sustituciones razonables a las comidas para los participantes con una discapacidad / condición médica que restringe su dieta caso por caso cuando está firmada por un profesional médico con licencia. Un médico con licencia (MD o DO), asistente médico (PA) o profesional de enfermería (NP) debe firmar esta solicitud.

B. El participante está solicitando una comida o alojamiento especial debido a sus preferencias religiosas, culturales o personales. Cualquier sustitución debe cumplir completamente con el patrón de comida. Se alienta a los operadores del programa a realizar sustituciones de comidas en caja por caso, pero no están obligados a hacerlo. Un padre/tutor o participante adulto puede firmar esta solicitud.

*Definición de Discapacidad: La Ley de Enmienda de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA, por sus siglas en la cual) define a una persona con una "discapacidad" como cualquier persona que tiene un impedimento físico o mental que limita sustancialmente una o más "actividades principales de la vida", tiene un registro de dicho impedimento, o se considera que tiene tal impedimento. Las "actividades principales de la vida" incluyen, pero no se limitan a, cuidarse a sí mismo, realizar tareas manuales, ver, oír, comer, dormir, caminar, pararse, levantarse, doblar, hablar, breathing, aprender, leer, concentrarse, pensar, comunicarse y trabajar. Las principales actividades de la vida también incluyen el funcionamiento de una función corporal importante, incluyendo pero no limitado a, funciones del sistema inmunológico, crecimiento celular normal, digestivo, bowel, vejiga, neurológico, cerebro, respiratorio, circulatorio, endocrino, y funciones reproductivas.

Memorándum de Políticas del USDA sobre Modificaciones para Acomodar Discapacidades en el CACFP y SFSP.

7. Alimentos que deben omitirse y sustituciones (obligatorios): *Sírvase enumerar los alimentos específicos que deben omitirse y las sustituciones sugeridas. Adjunte una hoja con información adicional según sea necesario.*

A. Food(s) To Be Omitted:	B. Suggested Substitution(s)
_____	_____
_____	_____

8. Breve descripción de cómo afecta la exposición a este alimento a los participantes:

9. Prescripción dietética y/o alojamiento (describa en detalle para garantizar la correcta implementación utilice páginas adicionales según sea necesario; consulte las Instrucciones en el reverso) si corresponde:

10. Indique la textura:

Regular Chopped Ground Pureed

11. Enumere el equipo adaptativo si es necesario:

12. Nombre de Padre/Madre/Participante:	13. Nombre Impreso:	14. Teléfono:	15. Fecha:
16. Firma de Medical Professional:	17. Nombre Impreso: (incluya credenciales)	18. Teléfono:	19. Fecha:

Revised: July 2019



SOLICITUD DE DIETAS ESPECIALES NECESITA INSTRUCCIONES DE ALOJAMIENTO

1. **Nombre de la escuela/patrocinador:** Imprima el nombre de la escuela o patrocinador que proporciona el formulario a la familia.
2. **Nombre del sitio:** Imprima el nombre del sitio donde se servirán las comidas (por ejemplo, XYZ School, XYZ Child Care Center, etc.)
3. **Teléfono del sitio:** El número de teléfono del sitio donde se servirá la comida. Mira #2.
4. **Nombre del Participante/Estudiante:** Imprima el nombre del niño o adulto participant al que pertenece la información.
5. **Edad del participante:** Imprima la edad del participante. Para los bebés, por favor use la fecha de nacimiento.
6. **Comprobación uno:**
 - A. Casilla de verificación para indicar que el participante tiene una discapacidad/ condición médica que restringe su dieta (ejemplo: enfermedad celíaca, alergia al maní o a los frutos secos, etc.)
 - B. El participante está solicitando un alojamiento dietético especial debido a la preferencia religiosa, cultural o de personal (ejemplo: dieta vegana; Hindú; Patrón dietético Judío; Patrón dietético Islámico, etc.).
7. **Alimentos que deben omitirse y sugería sustitución(es) sugerida(s):** Enumere los alimentos específicos que deben omitirse. Por ejemplo: "excluir la carne de cerdo." Sugerir alimentos a incluir en la dieta. Por ejemplo: "Sustituir la carne de vacuno, aves de corral, huevos, frijoles / legumbres."
8. **Breve descripción de cómo afecta la exposición a este alimento al participante:** Describa cómo la exposición a los alérgenos y/o alimentos afecta al participante. Por ejemplo: "Exposure a los cacahuetes causa una reacción potencialmente mortal" o "la carne de cerdo no está permitida por la ley dietética Islámica".
9. **Prescripción dietética y/o adaptación:** Describa una dieta o adaptación específica que haya sido prescrita por un médico con licencia. Por ejemplo: "Todos los foods deben estar en forma líquida o puré. El participante no puede consumir alimentos sólidos".
10. **Indicar textura:** Marque una casilla para indicar el tipo de textura de los alimentos que se requiere. Si el participante no necesita ninguna modificación, marque "Regular."
11. **Equipo de ADA ptivo:** Describa el equipo específico necesario para ayudar al participante con la cena. Algunos ejemplos pueden ser la taza de sippy, la cuchara grande asada, los muebles accesibles para sillas de rueda, etc.
12. **Firma del padre/tutor/participante:** Firma del padre/tutor o adulto participante que solicita el alojamiento.
13. **Nombre Impreso:** Imprima el nombre del padre/tutor o participante adulto que complete el formulario.
14. **Teléfono:** Número de teléfono del padre/tutor o adulto participante.
15. **Fecha:** Fecha de formulario de signos de padres/tutoreso participantes adultos.
16. **Firma de Medical Professional:** Firma de profesional médico.
17. **Nombre impreso con credenciales:** Nombre impreso de un profesional médico con licencia, incluidas las credenciales profesionales.
18. **Teléfono:** Número de teléfono de un profesional médico con licencia.
19. **Fecha:** Fecha de forma de signos profesionales médicos.

Declaración de no discriminación: De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las regulaciones y políticas del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), el USDA, sus Agencia, oficinas y empleados, y las Instituciones que participan o administran programas del USDA tienen prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, discapacidad, edad o represalias o represalias por actividades de derechos civiles anteriores en cualquier actividad o actividad realizada por USDA.

Las personas con discapacidades que requieren medios alternativos de comunicación para la información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben comunicarse con la Agencia (estatal o local) donde solicitaron beneficios. Las personas sordas, con dificultades auditivas o con discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al 800-877-8339. Además, la información del programa puede estar disponible en idiomas distintos del Inglés.

Para presentar una queja del programa de la nación discrimi, complete el **Formulario de Queja por Discriminación del Programa del USDA, (AD-3027)** (http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html) en línea, y en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida al USDA y proporcione en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de queja, llame al 866-632-9992. Envíe su formulario o carta completa al USDA por: (1) correo: **Departamento de Agricultura de los Estados Unidos, Oficina del Subsecretario de Derechos Civiles, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410**; (2) fax: 202-690-7442; o (3) correo electrónico: program.intake@usda.gov. Esta Institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.

Revised: July 2019