

LAS ESCUELAS DE CIRCLEVILLE CITY



PAQUETE DE INSCRIPCIÓN AL KÍNDER 2017-2018

Las Escuelas de Circleville City comenzarán el proceso de inscripción para la clase de Kínder el año 2017-2018. Si tu hijo tiene cinco años en o antes del 1ro de agosto de 2017, puede inscribirlo para el kínder.

La inscripción será en las siguientes fechas y horas, solo se aceptaran aquellas personas que hayan hecho una CITA:

Martes, el 18 de abril	8:30 - 15:30
Miércoles, el 19 de abril	8:30 - 15:30
Jueves, el 20 de abril	13:00 - 18:00

Contacte nuestra Oficina de Distrito al 740-474-4340 ext. 48005 para agendar una cita. Su hijo/a NO tendrá que estar presente para la inscripción.

Por favor traiga el paquete y los documentos requeridos a la cita programada. La lista de los requisitos está disponible en el paquete.

Si tiene cualquier pregunta sobre la inscripción, por favor contacte la Oficina de Distrito a 740-474-4340 ext. 48005. Nuestras horas de oficina son de 8:00 a 16:30 de lunes a viernes.



LAS ESCUELAS DE CIRCLEVILLE CITY PROCESO DE INSCRIBIR UN/A ESTUDIANTE NUEVO/A

Queremos darles la bienvenida a las Escuelas de Circleville City. La inscripción de los estudiantes es por cita solamente. Por favor contacte la Oficina de Distrito a 740-474-4340 ext. 48005 para agendar una cita. Todos los estudiantes nuevos deberán ser registrados por un padre con custodia o un tutor legal. El proceso incluye completar el paquete de inscripción y proveer los documentos listados en este paquete. La lista de los documentos requeridos viene en más abajo. La inscripción se considerará como incompleta hasta que tengamos todos los formularios y documentos.

El paquete de inscripción se puede encontrar en nuestro sitio web www.circlevillecityschools.org y también estará disponible en todos los edificios de la escuela. Para imprimir este paquete vaya *Parent Resources (Información de familiares)* y haga clic en *Student Registration (Inscripción Estudiantil)*.

Los estudiantes de Kínder requieren tener cinco años en o antes del 1ro de agosto.

- Foto de la identificación (ID) Padre Custodial/ tutor legal.
- Copia del Certificado de Nacimiento.
- Registro de Vacunas.
- Evidencia de Residencia.
 - Hay que presentar DOS (2) formas aceptables de verificación de su dirección. Ejemplos de formularios aceptables incluyen pero no son limitados a las siguientes opciones:
 - Contrato Oficial de arrendamiento.
 - Documento del Impuesto de la propiedad.
 - Factura de un servicio (dentro de 30 días).
 - *Sólo Una (1) factura de servicio puede ser aceptado para la verificación. Necesitará presentar otro documento que indique su dirección para su validación.*
 - Hipoteca/Evidencia de compra de un Domicilio.
 - Licencia de Conducir del estado de Ohio o Identificación del estado.

O

- Circunstancias Únicas
 - El aplicante reside con otra persona. La persona con que vive usted **TIENE QUE COMPLETAR EL AFADAVIT II VERIFICACIÓN de RESIDENCIA** y tiene que ser **LEGALIZADO POR UN NOTARIO**. La persona tendrá que presentar pruebas de de residencia o vivienda con DOS (2) documentos aceptables. Documentos aceptables incluyen pero no son limitados a los ejemplos anteriores.
- Una copia de las órdenes legales de custodia, si los padres están divorciados y/o están separados legalmente.

REQUISITOS PARA LOS ESTUDIANTES PRESCOLARES

~En conjunto con la documentación indicada anteriormente, los padres de los prescolares tienen que presentar los documentos siguientes a la hora de inscribir.

- Evidencia de Pago-*si aplica para la Academia de Tigres Prescolares no necesitaría evidencia de pago*
 - o Por favor traiga uno de los siguientes:
 - Formulario Individual del Impuesto de Salario (del año actual).
 - Recibo de un Pago (necesitará dos copias de pagos consecutivos).
 - Una carta del empleador.
 - Documentación de estatus actual de recibir apoyo del gobierno.
- Registro de Seguro Médico.
- Registro de Seguro Dental.

El completar esta aplicación no significa que el hijo/a esté aceptado en el año que viene. Evidencia de pago tiene que estar verificado y tenemos que aprovechar la aplicación.

For Office Use Only:

- DASL
- Google Docs

Preschool Income Verification Level _____

Special Needs: Terry Conley

- Registration Form
- Records Request
- Copy of IEP
- Copy of ETR
- Foster Placed with Special Needs
- Scanned and Emailed forms

Foster Placed: Terry Conley

- Registration Form
- Foster Placed Paperwork
- Journal Entry
- Scanned and Emailed forms

Notes:

FORMULARIO DE INSCRIPCION

Año Escolar: _____

Su hijo/a ha asistido a las escuelas de Circleville City? Sí No

Si asistió, a cuál escuela asistió? _____

Nombre legal del Estudiante: _____
Primer Segundo Apellido(s)

Nombre Preferido: _____ Número de Seguro Social: _____ Género: Masculino Femenino

Fecha de Nacimiento: _____ Nivel _____ Lugar de Nacimiento: _____
Ciudad Estado Provincia

Dirección del hogar: _____ Provincia _____
#de Calle # del Apartamento, aptdo. Ciudad Código Postal

Teléfono principal: _____ (Usaremos este número para llamar por el sistema **OneCallNow**. Es un Sistema que llame cuando haya retrasos, cancelaciones, anuncios especiales, etc.)

Información de los Padres/Tutor Legal:

Apellido de soltera (de la madre): _____

Estado civil de los padres biológicos: Casados Divorciados Separados Viudo Nunca Casados

El/la estudiante vive con: Madre Padre Tutor Legal

Si están divorciados, ¿quién tiene custodia legal? Madre Padre Compartidos Si comparten, quién es el padre residencial? _____

¿Es usted uno de los padres biológicos/adoptivo del niño/a? Sí No Si no, ¿Cómo se relaciona al hijo/a? _____

Si es padre adoptivo/tutor legal, ¿en qué Distrito escolar vive el/los padre(s) biológico(s) a la hora de recibir custodia? _____
 (Si fuera otro de Circleville, tiene que asignar tuición)

Agencia Adoptiva Temporal: _____

Trabajador/a Social: _____ **Teléfono:** _____

Padre **Tutor Legal**

Por favor marque uno

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono de casa: _____

Celular: _____

Teléfono del empleo: _____

Lugar del Empleo: _____

Madre **Tutor Legal**

Por favor marque una

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono de casa: _____

Celular: _____

Teléfono del empleo: _____

Lugar del Empleo: _____

FORMULARIO DE INSCRIPCION

Madrastra (si sea aplicable): _____
 Teléfono del empleo: _____
 Celular: _____

Padraastro (si sea aplicable) _____
 Teléfono del empleo: _____
 Celular: _____

Estado de Ciudadanía del estudiante

Ciudadano de los EE.UU. No es ciudadano de los EE. UU. Estudiante del Intercambio

Raza/Grupo Étnico

¿Hispano? Sí No

¿Cuál es la raza del estudiante? Debe escoger por los menos una.

Caucásiana Indígena de los EE. UU. o de Alaska Asiática
 Negra Nativa de Hawái u otra isla pacífica

Idioma

Lengua Nativa _____ Lengua/s que hablan en casa _____

Servicios Especiales:

¿El/la niño/a ha sido identificado o ha recibido servicios para uno de los siguientes? **(Que marque todos que le aplique)**

Plan Individual de Educarle (IEP) 504 Acomodaciones Individuos
 Inglés como lengua segunda (ESL)

¿El/la niño/a ha sido identificado como dotado? Sí No

¿Ha sido expulsado o suspendido de otro Distrito educativo? Sí No

Firma de Padre/Tutor Legal: _____ Fecha: _____

E-Mail de Padre/Tutor Legal: _____

LAS ESCUELAS DE CIRCLEVILLE CITY
El Formulario de Verificación Residencial Affidavit I

Certifico que soy residente del *Distrito de Escuela de* _____ a la residencia siguiente:

Dirección: _____

Ciudad/Código Postal: _____

Fecha de Ocupación: _____

La verificación de su residencia debe ser presentada en las oficinas de la escuela con dos documentos aceptables. Ejemplos de documentos aceptables incluyen pero no están limitados a la lista siguiente:

- Documento del arrendamiento
- Hipoteca
- Impuesto de la propiedad
- Evidencia de comprar una casa
- Factura actual de un servicio * *solos se puede aceptar una cuenta de un servicio* *
- Licencia de Conducir del estado de Ohio o Identificación del estado
- Otro _____

Circunstancias únicas

El aplicante reside con otra persona. La persona con que vive usted **TIENE QUE COMPLETAR** un documento legalizado por un notario. La persona **TIENE QUE PRESENTAR EVIDENCIA DE SER RESIDENTE** a las oficinas de la escuela con dos documentos aceptables. Documentos aceptables incluyen pero no son limitados a los ejemplos anteriores

Por favor nombrar los otros hijos que asisten a las escuelas de Circleville City:

Estudiante(s)	Fecha de Nacimiento	Nivel

Certifico que la información es verdadero y honesto. Entiendo que si no se pueda verificar la residencia o si sea deshonesto quitarán a los hijos.

Padre/Tutor Legal	Relación al hijo	Fecha
-------------------	------------------	-------

LAS ESCUELAS DE CIRCLEVILLE CITY
El Formulario de verificación de Circunstancias únicas Afidávit II

Debe ser completado por la persona(s) con que vive

Yo, _____, he sido debidamente advertido, juro y afirmo lo siguiente:

1. Soy el dueño o alquilador de la residencia a _____

En _____, Ohio localizado en el Distrito de la escuela.

2. Los siguientes individuos viven a mi residencia declarado arriba y he vivido aquí desde el ____ día de _____, 20____.

3. Reconozco y entiendo que si la información arriba no es cierto o correcto, y al saber y jurar la verdad constituye una falsificación, es una violación de El Código Revisado por el estado de Ohio Sección 2921.13, será un delito menor del primer grado y se castigará con una multa de \$1,000.00 y/o un máximo de encarcelamiento de seis meses. Información falsificada expulsara de inmediato los estudiantes de las escuelas de Circleville City.

4. Dueño/Alquilador de la residencia declarada tiene que presentar dos documentos como evidencia de residencia. Refiere al Afidávit` I de circunstancias únicas.

Estoy de acuerdo de que las escuelas de Circleville City, si lo ven necesario, tienen el derecho de investigar mi residencia. Estoy de acuerdo de permitir la confirmación de mi propiedad, de arrendamiento, o de servicios por parte de los representantes de las escuelas de Circleville City.

Firma: _____

(Dueño de la Propiedad/Arrendatario)

Sworn to and ascribed in my presence this _____ day of _____, 20____

Notario Publico

Stamp or Seal

3/15

**LAS ESCUELAS DE CIRCLEVILLE
AUTORIZACIÓN DE EMERGENCIAS MÉDICAS**

NOTIFIQUE A LA ESCUELA DE CUALQUIER CAMBIO DE INFORMACIÓN

Nombre del estudiante _____ Escuela _____

Dirección _____ Número de teléfono _____

3313.712 del Código Revisado de Ohio clasifica la parte siguiente obligatoria.

Propuesto – Capacitar a los padres y los tutores legales para autorizar el tratamiento de emergencias médicas a los niños/as que se enfermen cuando estén a la escuela y los padres/tutores legales se puedan contactar.

Padre Residencial o Tutor Legal:

Nombre de la Madre _____ Número del teléfono por el día _____

Nombre del Padre _____ Número del teléfono por el día _____

Nombre del Otro _____ Número del teléfono por el día _____

Nombre de Pariente o Guadería Infantil _____

Relación _____

Dirección _____ Número del teléfono _____

Nombre _____ Relación _____

Dirección _____ Número del teléfono _____

PARTE I O II DEBE SER LLENADO

PARTE I – (PARA DAR EL CONSENTIMIENTO)

Por la presente doy mi consentimiento de llamar a los médicos siguientes y el hospital para el tratamiento médico:

Doctor _____ Número del teléfono _____

Dentista _____ Número del teléfono _____

Especialista Medico _____ Número del teléfono _____

Hospital Local _____ Número del teléfono de la sala de urgencias _____

Si yo no estuviera disponible después de tratar de contactarme una cantidad razonable de veces, por la presente doy mi consentimiento para (1) un tratamiento de parte de la administración que se clasifica como necesario por el doctor nombrado antedicho, o, en el evento en que el médico preferido no esté disponible, por otro médico autorizado o dentista; y (2) transportar al niño a cualquier hospital accesible razonablemente. Esta autorización NO cubre cirugía mayor al menos que las opiniones medicales de dos médicos o dentistas, de acuerdos de la necesidad de la cirugía, obtengan antes de intervenir.

Fecha Firma de Padre/Tutor Legal Dirección

PARTE II – (RECHAZO DE DAR EL CONSENTIMIENTO)

Yo NO doy mi consentimiento de tratar a mi niño de urgencia. En el evento de que se surgiera alguna enfermedad que requiere tratamiento medico urgente, deseo que la escuela haga lo siguiente:

Fecha Firma de Padre/Tutor Legal Dirección N 14-10

ESCUELA: _____

NOMBRE DEL ESTUDIANTE:

PADRES/TUTORES LEGALES:

POR FAVOR DE LLENAR LA INFORMACIÓN CONFIDENCIAL PARA COMPARTIR CON LOS MAESTROS Y LOS MÉDICOS URGENTES SI SEA NECESARIO. Si haya una emergencia, cada esfuerzo de transportar al niño/a al hospital deseado. Pero, si sea necesario, el protocolo de los médicos urgentes a transportar al niño al hospital más cercano.

1. Ha diagnosticado al niño que tenga el asma por un doctor? Sí_____ No_____ Si conteste sí, Por favor de haga una lista de cualquier tratamiento que le dé o medicina que toma _____

2. Tiene el niño/a alergias (reaccione a medicinas, comida, insectos) diagnosticado por un doctor? Sí_____ No_____ Si conteste sí, Por favor haga una lista de la medicina que requiere _____

3. Tiene el niño trastorno de/por déficit de atención o trastorno de/por déficit de atención con hiperactividad? Sí_____ No_____ Si conteste que sí, y él/ella toma medicinas, por favor de listar, la cantidad, y hora de tomarla _____

4. Tiene el niño/a una *enfermedad convulsiva* diagnosticado por un doctor? Sí_____ No_____ Si conteste sí, y él/ella toma medicina, por favor haga una lista de la(s) medicina(s), la cantidad y la hora de tomarla _____

5. Su hijo tiene alguna malformación cardíaca que haya sido diagnosticada por un doctor? Sí_____ No_____ Si conteste que sí, Por favor haga una lista de las restricciones y medicinas, la cantidad, y hora de tomarla _____

6. Ha sido diagnosticado por un doctor al niño/a con un *trastorno sangrante/tendencia*? Sí_____ No_____ Si conteste que sí, Por favor describa el diagnóstico y el problema _____

7. Ha sido diagnosticado por un doctor que tu niño/a tiene *diabetes*? Sí_____ No_____ Tipo _____ Si sea Tipo 1, Por favor haga una lista de una pluma de insulina / una bomba de insulina y la hora para revisar/controlar la glucosa u hora de administrar la insulina _____

8. Tiene su niño/a *hipoacusia/visión defectuosa*? Sí_____ No_____ Se pone anteojos, lentes, o audífono(s)/otra máquina auditiva? _____

9. Existe alguna otra información médica y pertinente o medicina que tenga que tomar en la escuela que podrían afectar al niño/a cuando estén a la escuela?

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR LA INFORMACIÓN DE VACUNAS

Nombre del estudiante _____ Fecha de nacimiento _____

Yo, _____ como el **padre o el tutor legal** del niño/a antedicho, por lo presente autorizo

(nombre del doctor(es)) _____

Divulgar el inscripción de vacunas específicamente e individualmente identificable al niño/a antedicho **Las Escuelas de Circleville** para la propuesta de presentar evidencia escrita, satisfecha para la persona en la carta de admitir estudiantes, que el/la estudiante antedicho ha recibido sus vacunas por el método de administrarlas aprovechado por el Departamento de Salud como se requiere por la parte 3313.671 del Código Revisado de Ohio.

Esta autorización expirará al momento de presentar evidencia escrita suficiente para cumplir con la parte 3313.671 del Código Revisado de Ohio o para el período de tiempo requerido a satisfacer su propuesto. También entiendo que pueda revocar esta autorización, por escrito, a cualquier momento y de que se pueda pedir de firmar la Sección de Revocar al otro lado de este documento. Por lo siguiente, entiendo que cualquier acción que se toma por el Proveedor o Escuela en concordancia de este autorización ante de que se revocara será legal y obligatoria.

Entiendo que mi información no necesariamente se pueda guardar de re-divulgar por el encuestador de la información a menos de que de otro modo se prueba por el estado o por la ley federal. **Por favor note: que las recetas médicas no son proveídos a las escuelas que reciben financiamiento federal están protegidos por el Acto de Educación y Derechos de la Familia (FERPA).**

También entiendo que puedo rechazar de firmar este autorización y que mi rechazo de firmar no afectaría mi capacidad de recibir tratamiento, pago para los servicios, ni elegibilidad para beneficios; por otro mano si un servicio se pide por uno que no se de tratamiento (ej. Una compañía de seguridad) por la propuesta única de crear información de salud (ej. Examen físico), servicio se pueda negar si no se dará la autorización.

También entiendo que mi rechazo de firmar este autorización pueda prevenir la escuela de verificar que el/la estudiante antedicho ha recibido sus vacunas. Más lejos yo entiendo que si la escuela no puede verificar y yo no puedo proveer evidencia satisfecha que ha sido inmunizado que el/la niño/a excluirá al niño/a de la escuela según lo acordado de sección 3313.671 del Código Revisado de Ohio.

Entiendo que puedo pedir una copia de esta autorización firmada.

 (Firma de Representativo Personal) (Fecha) (Relación/Autoridad)

Note: *Este autorización se rechazó en el:*

 (Fecha) (Firma de empleado)

Llenar esta sección si no quiere que la escuela contacta tu proveedor de tratamiento medical.

SECCIÓN DE RECHAZAR

Yo, por la presente, pide que esta autorización divulgará información de la salud de

(Nombre del niño/a/Cliente)

Firmado por _____ en _____
(Persona quién firmo este formulario) *(Fecha de firma)*

Será rescindido, efectivo el _____ .
(Fecha)

Entiendo que cualquier acción tomada por el Proveedor (es) o la escuela en acuerdo a la autorización anteriormente a la fecha del rechazo es legal y obligatorio.

(Firma del Cliente) _____
(Fecha) _____
(Firma del testigo) _____
(Fecha)

(Firma de Representativo Personal) _____
(Fecha) _____
(Relación/Autoridad)

LAS ESCUELAS DE CIRCLEVILLE

Circleville, Ohio 43113

Autorización Paternal para Divulgar de Información Confidencial

Nombre de Estudiante	Nivel	Fecha de Nacimiento
-----------------------------	--------------	----------------------------

Por la presente pido y autorizo que la información confidencial de mi hijo/a se divulga a:

Departamento de Servicios Estudiantiles	La Oficina del Distrito de Circleville	Circleville Escuela Primaria	Circleville Escuela Secundaria	El Colegio de Circleville
100 Tiger Drive Circleville, Ohio 43113 740.477.6663 Fax: 740.477.6681	388 Clark Drive Circleville, Ohio 43113 740.474.4340 Fax: 740.474.6600	100 Tiger Drive Circleville, Ohio 43113 740.474.2495 Fax: 740.477.6681	360 Clark Drive Circleville, Ohio 43113 740.474.2345 Fax: 740.477.6684	Departamento de Consejos 380 Clark Drive Circleville, Ohio 43113 740.477.5553 Fax: 740.477.5571

Fecha Enviado:

Fecha Enviado por un Fax:

Ha sido identificado tu hijo o ha recibido servicios para un de lo siguiente? Por favor marque un cheque debajo.

Los Inscripciones divulgados debe incluir ellos a quiénes se apliquen al estudiante:

Asistencia/ Inscripciones Académicos (Datos de Exámenes, Calificaciones, etc.)
 Documentos de Educación Especial (ETR/MFE, IEP, Inscripción, Diagnósticos, etc.)
 Documentos de Educación General (Planes de 504)
 Inglés como lengua secundaria, Educación Avanzada, SSID

	Educación Especial y Mismos Servicios (ETR/IEP)
	Educación Avanzada (WEP)
	El Plan 504 (Acomodaciones generals academicas)
	ESL (Inglés como idioma segunda)
	NO ES APLICABLE

LLENA LA INFORMACIÓN SOBRE LA ESCUELA ANTERIOR QUE ASISTÍA:

Nombre de la Escuela			
Dirección			
Ciudad	Estado		Código Postal
Número de teléfono		Número de Fax	

ÚLTIMA FECHA DE ASISTENCIA:

Mi hijo/a se ha movido al Distrito de las escuelas de Circleville City
Mi hijo/a El corte NOMBRÓ las Escuelas de Circleville City de ser el distrito para el/la hijo/a
fue aceptado por Ingresarse Abiertamente a las escuelas de Circleville City

NOMBRE ESCRITA del Padre/Tutor Legal: _____

Firma del Padre/ Tutor Legal: _____

Dirreccion Actual del Padre/Tutor Legal: _____

**RESUMEN DE HABLAR, OÍR, IDIOMA
EXAMEN DEL KÍNDER
PARA LA INSCRIPCIÓN EN EL KÍNDER SOLAMENTE**

Nombre del estudiante: _____

Por favor marque un X en las frases que se aplique:

- Me preocupa de la capacidad lingüística de mi niño/a.
- Mi niño/a tiene una historia de problemas otorringologicas, o de oír. (tubos, le duele de la oreja frecuentemente).
- Mi niño/a tiene dificultad de contestar preguntas.
- Mi niño/a tiene dificultad de hablar en frases completas. Ejemplo: Me going school.
- Mi hijo/a tiene dificultad de pronunciar ciertas palabras: Ejemplo: llena para ballena o tato en vez de gato.
- Mi hijo/a recibe servicios de logopedia/fonoaudiología a:
 - ◇ Head Start ◇ Summer Clinic ◇ Otro _____
- Me interesa de hablar con un fonoaudiólogo sobre mi hijo.
- Otra información que el fonoaudiólogo debe saber:
