

## PROCEDIMIENTOS PARA LA MATRICULACIÓN EN 4K

### QUIEN ES ELEGIBLE:

De acuerdo al Estatuto de Admisión al Distrito Escolar del Área de Middleton-Cross Plains, cualquier estudiante quien resida físicamente en el distrito sin otro propósito que el de asistir a la escuela puede ser considerado como un estudiante residente y es elegible para admisión gratuita en las escuelas del Distrito escolar. Los estudiantes serán asignados a una escuela de 4K, basado en su opción de transporte. Favor de repasar los formularios de matrícula para determinar el sitio escolar que desea seleccionar. Sin embargo, el distrito reserva el derecho de asignar estudiantes fuera del límite de asistencia basado en los números totales de inscripción, el número de alumnos en las clases, o por necesidades del programa, si sea necesario.

### DOCUMENTOS QUE SE NECESITA PARA LA MATRICULA:

Favor de tener la siguiente información disponible cuando usted envíe sus documentos de matrícula. La matrícula de su niño/a no será procesada hasta que se reciba todos los documentos requeridos.

- Comprobante de domicilio (una copia de uno de los siguientes):
  - Contrato de renta - (nombre, dirección, fecha de efectividad, y firma de ambas partes (el propietario o arrendador y también el inquilino)
  - Factura actual de las utilidades (Factura de Gas, agua, o luz solamente) - (nombre, fecha, y dirección de servicios, factura dentro de los últimos 30 días)
  - Acuerdo de compra aceptado – por comprar una casa nueva (dentro de los últimos 30 días, nombre, dirección, fecha de ocupación o cierre, y firmas) y después de llegar a vivir en dicho domicilio se requiere una factura de MG&E o Alliant.
  - Contrato y permiso de construcción - (nombre, dirección, fecha proyectada de terminación, y todas las firmas) y luego al llegar a vivir ahí, el permiso de ocupación
- Comprobante de la edad del estudiante (es necesario presentar uno de los siguientes documentos para que se verifique el nombre legal, la fecha y el lugar de nacimiento):
  - Acta de nacimiento
    - ❖ Para información de como pedir un Acta de Nacimiento, por favor visite <http://dhs.wisconsin.gov/vitalrecords/birth.htm> o contacte al Departamento de Servicios de Salud al (608) 266-1371.
- El registro de inmunizaciones o cartilla de vacunas: El Registro de Inmunización (WIR por sus siglas en inglés). Wisconsin Immunization Registry (WIR) es una base de datos en internet que se desarrolló con el fin de registrar las fechas de inmunización y vacunas para los niños y adultos en Wisconsin. Visite a <https://www.dhs.wisconsin.gov/immunization/wir.htm>

### FORMULARIOS:

Favor de completar y regresar los formularios siguientes:

- Formulario de matrícula del estudiante
- Selección de sitio escolar
- Formulario de Transporte (si es aplicable)
- Registro de inmunización y/o archivo
- La Verificación de Residencia o Declaración Jurada (solo si la familia no tiene comprobante de domicilio en su propio nombre), *si es aplicable* <http://tinyurl.com/yafndy8l>
- Favor de llamar al 608-829-9031 para determinar si requiere una declaración jurada notariada, en el caso que tu no hayas establecido tu residencia con tu propio nombre

### LUGAR PARA EFECTUAR LA MATRICULA:

#### **PREFERIBLE ENVIAR POR LINEA**

Favor de firmar, ahorrar y enviar por correo electrónico a:  
[4kregistration@mcpasd.k12.wi.us](mailto:4kregistration@mcpasd.k12.wi.us)

Usted también puede enviar su formulario de matrícula y documentación requerida por fax al Centro de Servicios del Distrito

Oficina de Matrícula 608-829-9031  
7106 South Ave  
Middleton, WI 53562  
Fax: 608-836-1536  
Horas: Lunes a Viernes 7:30 – 4:00

Para preguntas enviar un correo electrónico a:  
[rkelso@mcpasd.k12.wi.us](mailto:rkelso@mcpasd.k12.wi.us)

Para familias que no hablan el inglés: favor de llamar al 829-9031 para hacer cita si necesita servicios de interpretación.

## MCPASD – PROGRAMA de 4K

7106 South Ave

Middleton, WI 53562

FAX: (608) 836-1536

Telefono: (608) 829-9067

[rkelso@mcpasd.k12.wi.us](mailto:rkelso@mcpasd.k12.wi.us)

## Hora de clases del programa 4K:

Mañana: 8:50 – 11:26 am

Tarde: 12:09 – 2:45 pm

DISTRITO ESCOLAR DEL ÁREA DE MIDDLETON-CROSS PLAINS  
 OFICINA DE INSCRIPCIÓN – 7106 SOUTH AVENUE, MIDDLETON, WI 53562 TELÉFONO 608.829.9031 FAX 608.836.1536

**FORMULARIO DE MATRICULACIÓN DE ESTUDIANTES**

Información para la oficina de inscripción – Para ser completado por personal escolar solamente					
Student ID#-	Proof of Residency-		Proof of Age-		Staff Initials-
	Utility	Lease	Home Purchase	Birth Certificate	Passport

DATOS DEL ESTUDIANTE – Para ser completado por los padres/tutores legales:					
Apellido[s] ( <i>legales</i> )		Primer nombre ( <i>legal</i> )		Segundo nombre ( <i>legal</i> )	
Fecha de nacimiento		Sexo	Edad	Nombre o apodo preferido	
Ciudad donde nació		Condado donde nació	Estado donde nació		Número del celular del estudiante ( <i>si corresponde</i> )
				País donde nació, <i>si nació fuera de los EEUU</i>	

INFORMACIÓN ACERCA DE LA MATRICULACIÓN DEL ESTUDIANTE				
Fecha de inicio	Nombre de la escuela	Grado	Año escolar	TRANSPORTATION
		<b>4K</b>	<b>2020-2021</b>	<b>SÍ o NO</b>
La última escuela a la que asistió ( <i>nombre de la escuela, ciudad, estado, código postal</i> )			Se le proporcionara a su hijo guardería en su locación comunitaria?	

DATOS SOBRE EL DOMICILIO DEL PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL PRINCIPAL					
Dirección		# del apto.	Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono de la casa		Municipio de impuestos ( <i>si se sabe</i> )		Escuelas (basadas en su dirección) que corresponden a los límites de asistencia del distrito ( <i>si se sabe</i> )	
Dirección temporal ( <i>si corresponde</i> )			Ciudad	Estado, Código postal	Fecha de terminación
Apellido[s] del padre, madre, tutor legal adulto		Primer nombre del tutor legal adulto/a		Segundo nombre	Parentesco
Teléfono del trabajo		Teléfono celular	TEXT		Correo electrónico
			Si	No	
*Apellido[s] del adulto/a		Primer nombre del adulto/a		Segundo nombre	Parentesco

Teléfono del trabajo		Teléfono celular	TEXT		Correo electrónico	*Si no es un tutor legal, ¿puede ser un contacto en caso de emergencia? SÍ o NO
			Si	No		
Apellido[s] del hermano/a	Primer nombre del hermano/a	Segundo nombre del hermano/a		Fecha de nacimiento	Grado	Sexo
Apellido[s] del hermano/a	Primer nombre del hermano/a	Segundo nombre del hermano/a		Fecha de nacimiento	Grado	Sexo
Apellido[s] del hermano/a	Primer nombre del hermano/a	Segundo nombre del hermano/a		Fecha de nacimiento	Grado	Sexo
Apellido[s] del hermano/a	Primer nombre del hermano/a	Segundo nombre del hermano/a		Fecha de nacimiento	Grado	Sexo

**FORMULARIO DE MATRICULACIÓN DE ESTUDIANTES**

**DATOS SOBRE EL DOMICILIO DEL TUTOR LEGAL SECUNDARIO (Si aplica, solamente es necesario llenar esta parte si el tutor secundario vive fuera de la casa principal)**

Dirección	# del apto	Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono de la casa	Dirección de correo electrónico			
Apellido[s] del tutor legal adulto/a	Primer nombre del tutor legal adulto/a		Segundo nombre	Parentesco
Teléfono del trabajo	Teléfono celular	<b>TEXT</b>		Correo electrónico
		<b>SI</b>	<b>No</b>	
*Apellido[s] del adulto/a	Primer nombre del adulto/a		Segundo nombre	Parentesco
Teléfono del trabajo	Teléfono celular	Correo electrónico		*Si no es un tutor legal, ¿puede ser un contacto en caso de emergencia? Sí o NO

**CONTACTOS ADICIONALES**

Apellido[s] del contacto local	Primer nombre	Teléfono de la casa	Teléfono del trabajo	Teléfono celular	Parentesco
Apellido[s] del contacto local	Primer nombre	Teléfono de la casa	Teléfono del trabajo	Teléfono celular	Parentesco
Apellido[s] del doctor	Primer nombre del doctor	Clinica	Teléfono de la clínica		Hospital

**Connecciones Militares**

	NO	SI	Comentarios
1. Ya sea el padre de familia o guardian estan activos en los deberes Militares? QUIEN: _____			
2. Ya sea el padre o guardian es un miembro tradicional de la Reserva de la Guardia? QUIEN: _____			
3. Ya sea el padre o guardian es un miembro active de la Guardia/Reserva 9AGR) bajo el Titulo 10 o tiempo completo de la Guardia Nacional bajo el Titulo 32? QUIEN: _____			

**NECESIDADES ESPECIALES**

	NO	SÍ	COMENTARIOS
1. Actualmente, ¿recibe el estudiante servicios de "educación especial"?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. ¿Ha sido evaluado el estudiante para servicios de "educación especial"?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Actualmente, ¿recibe el estudiante "acomodaciones 504"?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Actualmente, ¿recibe el estudiante otros servicios especiales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**PREOCUPACIONES DE SALUD**

	NO	SÍ	COMENTARIOS/EXPLICACIONES
1. ¿Tiene el estudiante dificultades de la vista? (De ser así, explique.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. ¿Tiene el estudiante dificultades de la audición? (De ser así, explique.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. ¿Tiene el estudiante asma? (De ser así, explique.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. ¿Tiene el estudiante un inhalador en la escuela? (De ser así, explique.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. ¿Tiene el estudiante un inhalador que lleva consigo mismo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. ¿Tiene el estudiante alergias? (De ser así, explique.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<b>NO</b>	<b>SI</b>	

**FORMULARIO DE MATRICULACIÓN DE ESTUDIANTES**

7. ¿Tiene el estudiante una prescripción para auto-inyectores de Epi-pen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. ¿Tiene el estudiante diabetes, tipo 1?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9. ¿Tiene el estudiante diabetes, tipo 2?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. ¿Ha experimentado el estudiante convulsiones? (De ser así, explique.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<b>NO</b>	<b>SÍ</b>	
11. ¿Necesita tomar medicamentos en la escuela? (De ser así, explique.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12. ¿Hay otras preocupaciones de salud de las cuales deberíamos saber? (De ser así, explique.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**PRIVACIDAD/TECNOLOGÍA**

El Directorio de datos del estudiante es considerado información pública y podría ser divulgado a las personas y a los medios de comunicación, a menos que se notifique por escrito por el padre de familia/guardian legal dentro de los 14 días de registración (Wis. Stats. 118.125). Por favor chequea las partes en donde tu estarías permitiendo o no estarías permitiendo la divulgación de datos del directorio del estudiante. Mirar la pagina 3 para detalles/definiciones en el dato del directorio.

	NO	SÍ
1. Publicar en el directorio de estudiantes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Publicar foto/ nombre en la página de internet del Distrito/redes sociales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Publicar datos del estudiante en el libro anual de la escuela?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Publicar en los medios de comunicación del Distrito? (videos, etc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Liberacion de datos del directorio para solicitudes externas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Liberacion para puestos de trabajo electrónico (Grados 9-12 solamente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Liberacion para peticiones militares (Grado 9-12 solamente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**DATOS DE ORIGEN ÉTNICO/RAZA**

Las leyes federales y estatales requieren que el distrito escolar haga las siguientes dos preguntas respecto al origen étnico y raza. Por favor, conteste las siguientes preguntas.

❖ ¿Este estudiante es hispano / latino?

Sí, es hispano / latino     No, no es ni hispano / latino

❖ Marque **una o más** de las siguientes categorías que aplican al estudiante (**se requiere que marque por lo menos una**):

Americano nativo o Nativo de Alaska     Nativo de Hawaii o de las islas pacíficas     Asiático     Negro o Afro-Americano     Blanco

**RENUNCIA DEL SEGURO ESTUDIANTIL CONTRA LAS ACCIDENTES**

El Distrito Escolar del Área de Middleton-Cross Plains **NO** provee cobertura del seguro contra accidentes para las heridas/los daños contraídos en la escuela o de participación en actividades patrocinadas por la escuela (por ejemplo: los deportes o los clubes). El distrito escolar recomienda que revise su seguro actual de salud y contra las accidentes para determinar si tiene la cobertura adecuada para su hijo/a. Si no tiene cobertura del seguro, o si quiere complementar la cobertura que ya tiene para su hijo/a, el distrito escolar ofrece un plan voluntario de seguro contra los accidentes para los estudiantes (pagado por el padre/la madre/el tutor legal).

Para más información respecto al plan voluntario del seguro contra los accidentes, o para obtener la solicitud, por favor visite la siguiente página de Internet: [www.1stagency.com/voluntaryaccidentcoverage.htm](http://www.1stagency.com/voluntaryaccidentcoverage.htm) y seguir las instrucciones a través de hacer clic en ESTADO (Wisconsin) y DISTRITO ESCOLAR (Middleton-Cross Plains).

**Por favor, escriba sus iniciales a la renuncia abajo si no tiene interés en el plan voluntario de seguro contra los accidentes para su estudiante.**

\_\_\_\_\_ Tengo/tenemos cobertura adecuada del seguro para mi hijo/a en caso de que ocurra un accidente o una herida mientras mi hijo/a (Iniciales del padre/madre/tutor legal) esté en la escuela o de participación en las actividades patrocinadas por la escuela.

DISTRITO ESCOLAR DEL ÁREA DE MIDDLETON-CROSS PLAINS  
OFICINA DE INSCRIPCIÓN – 7106 SOUTH AVENUE, MIDDLETON, WI 53562 TELÉFONO 608.829.9031 FAX 608.836.1536  
**FORMULARIO DE MATRICULACIÓN DE ESTUDIANTES**

**DECLARACIÓN DE DERECHOS/PRIVACIDAD**

**Registro de Datos Estudiantiles:** (#2 bajo las preguntas de Privacidad/Tecnología) "Registro de Datos" significa esos registros estudiantiles que incluyen el nombre, dirección, número de teléfono, fotografía, fecha de nacimiento, participación en actividades y deportes oficialmente reconocidos, peso y estatura de miembros de equipos atléticos, año en la escuela, fechas de asistencia, honores y premios recibidos, y el nombre de la escuela, agencia o instituto educativo al cual el estudiante asistía más recientemente.

Se considera El Registro de Datos Estudiantiles como información pública y se puede hacer público a otras personas o medios de comunicación si los padres/tutores legales no dan aviso escrito dentro de catorce (14) días a partir de la inscripción del estudiante (Wis. Stats. 118.125). Se puede dar las objeciones a la publicación de los datos al director de la escuela.

**Directorio Estudiantil:** (#1 bajo las preguntas de Privacidad/Tecnología) Directorios Estudiantiles son publicados y distribuidos a las familias de los estudiantes para facilitar comunicación entre estudiantes, padres, y personal escolar. Cualquier otro uso está prohibido. Se puede hacer pública esta información si los padres/tutores legales no dan aviso escrito dentro de catorce (14) días a partir de la inscripción del estudiante.

**Peticiones de Reclutadores Militares/Organizaciones Postsecundarias:** (#6 bajo las preguntas de Privacidad/Tecnología) El Acta de Privacidad y Derechos Educativos de las Familias (FERPA por sus siglas en inglés), una ley federal, requiere que los distritos escolares accedan a las peticiones de reclutadores militares o instituciones de educación superior que piden los nombres, direcciones, y números telefónicos de estudiantes de la secundaria. Se puede hacer pública esta información, si los padres/tutores legales no dan aviso escrito dentro de catorce (14) días a partir de la inscripción del estudiante.

**Acuerdo sobre el Uso Aceptable de la Tecnología:** El uso de la tecnología de las computadoras en la escuela debe ser consistente con el objetivo educativo del distrito escolar. Transmisión deliberada de cualquier material en violación de cualquier regulación estatal o nacional está prohibida. El Distrito tiene el derecho de vigilar todos los datos almacenados en el disco duro y los servidores para asegurar conformidad. Se asume "permiso", si los padres/tutores legales no dan aviso escrito dentro de catorce (14) días a partir de la inscripción del estudiante.

**Historial Médico:** Con su firma, usted otorga el permiso para que el historial médico pueda ser compartido con los contactos nombrados, si es necesario, para remover a su hijo/a de la escuela si es necesario a causa de enfermedad o accidente. Usted también puede dar permiso, en el día del incidente, para que otros puedan remover al niño/a.

**Expulsiones:** Por medio de la presente, yo certifico que el estudiante nombrado arriba no ha sido expulsado de y no está sujeto a ningún proceso de expulsión en otro distrito escolar.

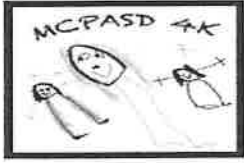
Confirmando que la información provista aquí es completa y precisa. Comprendo que el distrito escolar está usando esta información para los fines de matricular a mi hijo/a. Comprendo que información no completa o no precisa puede retrasar, impedir, o invalidar la matriculación de mi hijo/a en la escuela. Me comprometo a avisar con premura al distrito de cualquier cambio de esta información, incluso cualquier cambio del domicilio de mi hijo/a. Confirmando que, como padre/madre/tutor legal del programa de 4K, doy permiso a que el Wisconsin DCF(1) examine los expedientes estudiantiles de mi hijo/a del programa de 4K solamente para los fines descritos en el Código Administrativo de Wisconsin DCF 251.12, y solamente durante el período durante el cual mi hijo/a esté matriculado/a en el programa de 4K en un sitio de un/a proveedor/a comunitario.

**SE REQUIERE LA FIRMA:**

FIRMA DEL PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL:

>

FECHA DE LA FIRMA



## **DISTRITO ESCOLAR DEL ÁREA DE MIDDLETON-CROSS PLAINS**

Ubicaciones de los socios de 4K de Middleton – Cross Plains

### **Academy for Little Learners**

**\*SOLAMENTE AM**

Dirección: 9649 Silicon Prairie Parkway, Verona  
Contacto: Betsy Erdman 608.826.5437

### **Little Red Pre-School - Middleton**

Dirección: 7739 Terrace Avenue, Middleton  
Contacto: Courtney/Karen Meinholz/Corena Juech  
608.831.0033

### **Club House For Kids-Middleton**

**\*Español**

Dirección: 3150 Deming Way, Middleton  
Contacto: Rebecca Ganser 608.824.2090

### **Little Red Pre-School – Cross Plains**

Dirección: 2427 Church Street, Cross Plains  
Contacto: Corena Juech 608.831.0033

### **Elm Lawn Elementary School**

Dirección: 6701 Woodgate Rd, Middleton  
Contacto: Directora de 4K, Mary Beth Paulisse  
608.829.9025

### **Middleton Baby and Childcare (Español)**

Dirección: 5219 Century Avenue, Middleton  
Contacto: Emily Haley 608.819.8370

### **Middleton Pre-School \*SOLAMENTE PM**

Dirección: 7118 Old Sauk Road, Madison  
Contacto: Joan Stoppeworth 608.836.7554

### **Little Cardinals Academy \*SOLAMENTE AM**

Dirección: 1805 Bourbon Road, Cross Plains  
Contacto: Jessica Eiden 608.237.1826

### **Pooh Bear Child Care and Pre-School**

Dirección: 1340 Deming Way, Middleton  
Contacto: Theresa Shaeffer 608.831.2327

### **Primrose School of Middleton \*AM SOLAMENTE**

Dirección: 3000 Deming Way, Middleton  
Contacto: Amanda Kienbaum 608.841.1684

### **West Middleton Elementary School**

Dirección: 7627 W Mineral Point Rd, Verona  
Contacto: Directora de 4K, Marybeth Paulisse  
608.829.9025



## DISTRITO ESCOLAR DEL ÁREA DE MIDDLETON-CROSS PLAINS

### *Preferencias en cuanto al sitio de los servicios de 4K*

Nombre legal del niño/a \_\_\_\_\_  
POR FAVOR ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE

Fecha de nacimiento del niño/a \_\_\_\_\_  
POR FAVOR ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE

La oficina de 4K colocara a su hijo en un sitio basado en la escuela de su área de asistencia y la disponibilidad del sitio. La confirmación de las asignaciones en 4K se llevará a cabo a principios de Mayo.

Si usted prefiere un sitio específico, por favor marque sus elecciones en orden de preferencia: 1, 2, 3. La oficina de 4K tomará en cuenta sus preferencias durante el proceso de asignación de estudiantes. **La decisión final de todas las ubicaciones de 4K es tomada por la Directora de 4K y la Administración del Distrito. \*\*\*NOTA: Zona de asistencia son para Transportación solamente. Si usted esta planeando transportar a su niño por su cuenta, puede indicar su preferencia por cualquiera de las locaciones.**

#### **FAVOR DE TENER ENCUENTA:**

*Asegurese de enviar el formulario de transporte incluido con este paquete. Indique si o no si se necesitan los servicios. Su transportación se basara en la dirección indicada en el formulario de transporte de su hijo. Si se requiere transporte desde otra dirección que no sea su domicilio (que debe estar ubicado dentro del MCPASD), la selección del sitio se basara en ESA dirección, no en su domicilio.*

*Formulario de Transportacion es requerido junto con el paquete de registración.*

*Favor de llamar o escribir un correo electrónico a la oficina de 4K por preguntas:*

*rkelso@mcpasd.k12.wi.us  
o 608.829-9067*

#### **Sitios de autobús de Elm Lawn Elementary:**

Elm Lawn Elementary : \_\_\_\_\_  
Little Red Pre-School: \_\_\_\_\_

#### **Sitios de autobús de Northside Elementary:**

Little Red Pre-School: \_\_\_\_\_  
Middleton Baby and Childcare: \_\_\_\_\_ \*Apoyo en Español

#### **Sitios de autobús de Park Elementary:**

Little Red Pre-School-Cross Plains: \_\_\_\_\_  
Little Cardinals Academy-Cross Plains: \_\_\_\_\_

#### **Sitios de autobús de Pope Farm**

Pooh Bear Childcare & Preschool: \_\_\_\_\_  
Middleton Pre-School: \_\_\_\_\_ (PM only)

#### **Sitios de autobús de Sauk Trail Elementary:**

Middleton Baby and Childcare: \_\_\_\_\_ \*Apoyo en Español  
Clubhouse for Kids: \_\_\_\_\_ \*Apoyo en Español

#### **Sitios de autobús de Sunset Ridge Elementary:**

Clubhouse for Kids: \_\_\_\_\_ \*Apoyo en Español  
Primrose School of Middleton: \_\_\_\_\_

#### **Sitios de autobús de West Middleton Elementary:**

Academy for Little Learners: \_\_\_\_\_ (solamente am)  
West Middleton Elementary: \_\_\_\_\_

#### **Hora de Clase 4K:**

En las mañanas: 8:50 – 11:26am

En las tardes: 12:09 – 2:45pm

# DISTRITO ESCOLAR DEL ÁREA DE MIDDLETON-CROSS PLAINS

Para cualquier pregunta o si necesita ayuda en español, por favor contacte al Traductor al 608-829-9029

## Pedido de transporte al programa de kínder de 4 años para el año escolar del 2020-21

Nombre de los padres/tutores legales \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre del niño/a \_\_\_\_\_ Apellido[s] del niño/a \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Ciudad, estado, código postal \_\_\_\_\_ Teléfono alternativo \_\_\_\_\_

Favor de retornar el formulario completo a la oficina de 4K, Centro de Servicios del Distrito, 7106 South Ave, Middleton. Usted también puede escanear y devolver por correo electrónico: [4Kregistration@mcpasd.k12.wi.us](mailto:4Kregistration@mcpasd.k12.wi.us) O por fax al 608-836-1536. Cualquier pregunta, favor de llamar al 608-829-9067

### TRANSPORTE A LA ESCUELA

Marque los siguientes días de la semana para que se proporcione transporte (A) la escuela de esta dirección:

**No es necesario o lu ma mi ju vi**

LA MISMA DIRECCIÓN QUE SE VE ARRIBA o

PROVEEDOR/A DE CUIDADOS INFANTILES:

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado/Código

postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Firma del proveedor/a de cuidados infantiles Fecha \_\_\_\_\_

Firma del padre/madre/tutor legal Fecha \_\_\_\_\_

### TRANSPORTE DE LA ESCUELA

Marque los siguientes días de la semana para que se proporcione transporte (DE) la escuela a esta dirección:

**No es necesario o lu ma mi ju vi**

LA MISMA DIRECCIÓN QUE SE VE ARRIBA o

PROVEEDOR/A DE CUIDADOS  
INFANTILES:

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado/Código

postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Firma del proveedor/a de cuidados infantiles Fecha \_\_\_\_\_

Firma del padre/madre/tutor legal Fecha \_\_\_\_\_

### Se cumplirá y se procesará las peticiones sujeto a las siguientes condiciones:

1. Es necesario que las peticiones sean solamente de una dirección a la escuela y solamente de una dirección desde la escuela.
2. Se aceptará solamente una cantidad limitada de cambios de proveedor/a durante el año. Cada cambio requerirá un nuevo conjunto de formularios.
3. Es necesario que los estudiantes residan dentro de su área de asistencia escolar específica y que estén dentro del área de asistencia del Distrito Escolar del Área de Middleton-Cross Plains para que se pueda proporcionar transporte de cuidados infantiles. Si usted no reside en el distrito y/o está fuera de su área de asistencia se consideraría este arreglo a través de un Contrato Estudiantil de nuestra oficina. Por favor comuníquese con la Oficina de Transporte para detalles. (608) 829-2365
4. Es necesario que el padre o la madre se comunique con el Centro de Transporte si hay transporte programado y no se necesita el transporte algún día en particular.
5. Es necesario que el padre de familia o proveedor/a de cuidados infantiles conozca el autobús en la parada programada cuando el autobús llega con el niño/a de la escuela.
6. Si no está listo/a para el autobús en la parada de manera puntual más de tres (3) veces en un semestre resultará en la suspensión del privilegio de transporte.

**\*\* PARA SER COMPLETADO POR EL PERSONAL DEL PROGRAMA 4K DEL DISTRITO Y PERSONAL DE TRANSPORTE**

**Asignación de Sitio 4K: COMPLETADO POR LA OFICINA DE 4K Firma del personal de 4K:**

**Nota:** La parte inferior de este formulario se enviara por correo a las familias antes del inicio del año escolar del pre-Kínder para confirmar el transporte.

#### **Estimados Padres/Tutores Legales:**

Por el presente su solicitud se concede sujeta a las condiciones que califican arriba.

Su solicitud no a sido aprobada

Lugar y hora de la parada de autobús: A la escuela \_\_\_\_\_ De la escuela \_\_\_\_\_

Número de autobús: \_\_\_\_\_

Centro de transporte: \_\_\_\_\_

Número de autobús: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_





Información del estudiante	
Nombre del estudiante	Grado

### Propósito de la encuesta sobre el idioma en el hogar

La información en esta forma nos ayuda a identificar a estudiantes que puedan necesitar ayuda para desarrollar las habilidades del idioma inglés necesarias para ser exitoso en la escuela. Pueden ser necesarias evaluaciones del idioma para determinar si su hijo/a necesita apoyo en el idioma.

Las respuestas no serán usadas para determinar estatus legal o por propósitos de inmigración. Si se identifica a su hijo/a elegible para recibir servicios para el idioma inglés, usted puede rechazar algunos o todos los servicios que se le ofrecen a su hijo/a.

### Sección 1

1. ¿Fue inglés el primer idioma que usó este estudiante?

- Sí: Vaya a la pregunta 2
- No: Vaya a la pregunta 3

2. Cuando está en casa, ¿este estudiante escucha o usa otro idioma que no sea inglés más de la mitad del tiempo?

- Sí: Vaya a la pregunta 4
- No: El estudiante no es elegible para la evaluación ELP. HLS está completo. Vaya a la sección 2.

3. Cuando está en casa, ¿este estudiante escucha o usa otro idioma que no sea inglés más de la mitad del tiempo?

- Sí: Administre la evaluación ELP. Registre otro(s) idioma(s). HLS está completo. Vaya a la sección 2.
- No: Vaya a la pregunta 4

4. Cuando interactúa con sus padres o tutores legales, ¿este estudiante escucha o usa otro idioma que no sea inglés más de la mitad del tiempo?

- Sí: Administre la evaluación ELP. Registre otro(s) idioma(s). HLS está completo. Vaya a la sección 2.
- No: Vaya a la pregunta 5

5. Cuando interactúa con la(s) persona(s) que lo cuida diferente a sus padres o tutores legales, ¿este estudiante escucha o usa otro idioma que no sea inglés más de la mitad del tiempo?

- Sí: Administre la evaluación ELP. Registre otro(s) idioma(s). HLS está completo. Vaya a la sección 2.
- No: Vaya a la pregunta 6

6. Cuando interactúa con sus hermanos(as) u otros niños en su casa, ¿este estudiante escucha o usa otro idioma que no sea inglés más de la mitad del tiempo?

- Sí: Administre la evaluación ELP. Registre otro(s) idioma(s). HLS está completo. Vaya a la sección 2.
- No: Vaya a la pregunta 7

7. ¿Es este estudiante nativo americano, nativo de Alaska o nativo de Hawaii?

- Si: Vaya a la pregunta 8
- No: Vaya a la pregunta 9

8. ¿Es el idioma de este estudiante influenciado por un idioma tribal a través de un padre/madre, abuelo(a), pariente o tutor legal?

- Si: Administre la evaluación ELP. Registre otro(s) idioma(s). HLS está completo. Vaya a la sección 2.
- No: Vaya a la pregunta 9

9. ¿Se ha mudado recientemente este estudiante de otro distrito escolar donde se le identificó como aprendiz del inglés?

- Si: Vuelva a evaluar al estudiante si se cumple con los criterios para volver a evaluar. Vea el Manual de Políticas EL. De otra manera, se debe tomar el ELP del estudiante que viene del distrito de envío.
- No: El estudiante no es elegible para la evaluación ELP. HLS esta completo. Vaya a la sección 2.

---

## Sección 2

Otros idiomas usados por el estudiante aparte del inglés, si se identificó: \_\_\_\_\_

Preferencia de los padres/tutores legales en cuanto al idioma usado en los comunicados de la escuela (pueden ser varios):			
Nombre del padre/madre/tutor legal			
Oral		Escrito	
Padre/madre/tutor legal			
Oral		Escrito	

Firma del padre/madre/tutor legal: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_/\_\_/\_\_

Firma del padre/madre/tutor legal: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_/\_\_/\_\_

---

## Sección 3 (USO DE OFICINA)

Resultados HLS: Aplicar evaluación / No aplicar evaluación (encierre en un círculo)

HLS administrado por: \_\_\_\_\_, posición: \_\_\_\_\_.

Fecha en que se administró: \_\_/\_\_/\_\_

CC: One printed copy in student cumulative file  
One scanned copy to Bilingual Services (Only if HLS indicates English Language Proficiency screening is required) with records request

**REGISTRO DE VACUNAS DEL ESTUDIANTE**  
**STUDENT IMMUNIZATION RECORD**

**INSTRUCCIONES A LOS PADRES: COMPLETE Y DEVUELVA A LA ESCUELA 30 DÍAS DESPUÉS DE LA ADMISIÓN.** La ley estatal requiere que todos los estudiantes de escuelas públicas y privadas presenten evidencia escrita de las vacunas contra ciertas enfermedades, dentro de 30 días escolares de admisión. Los requisitos específicos de edad / grado se piden en las escuelas y en el departamento de salud locales. Se puede renunciar a estos requisitos completando y firmando un formulario de renuncia en la escuela por motivos de salud, religión o personales. El propósito de este formulario es medir el cumplimiento de la ley y se usará sólo para ese propósito. Si tiene preguntas sobre las vacunas o cómo llenar este formulario, comuníquese con la escuela de su hijo o con el departamento de salud local.

**DATOS PERSONALES** **ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE**

Paso 1	Nombre del estudiante	Fecha de nacimiento	Sexo	Escuela	Grado	Año escolar
	Nombre del padre/madre/tuto /custodio legal	Dirección (calle, ciudad, estado, código postal)			Número de teléfono ( )	

**HISTORIAL DE VACUNAS**

Paso 2 Indique el MES, DÍA Y AÑO en que su hijo recibió las siguientes vacunas. NO MARQUE (✓) O (X) excepto para responder a la pregunta sobre varicela, Tdap o Td. Si usted no tiene un registro de vacunas en su casa para este estudiante, comuníquese con el médico o departamento de salud para conseguir uno.

TIPO DE VACUNA*	1a. DOSIS Mes/día/año	2a. DOSIS Mes/día/ año	3a. DOSIS Mes/día/año	4a. DOSIS Mes/día/año	5a. DOSIS Mes/día/año
DTaP/DTP/DT/Td/Tdap (Difteria, Tétano, Pertusis)					
Vacuna de refuerzo (booster) para adolescentes (Marque la casilla apropiada) <input type="checkbox"/> Tdap <input type="checkbox"/> Td					
Polio					
Hepatitis B					
MMR (sarampión, paperas, rubéola)					
Vacuna contra la varicela (viruelas locas) Esta vacuna se necesita solamente si su hijo no ha tenido la varicela. Vea más abajo:					
¿Ha tenido su hijo la varicela? Marque la casilla correspondiente y anote el año si lo sabe. <input type="checkbox"/> Sí _____ año (no necesita la vacuna) <input type="checkbox"/> NO o no está seguro (necesita vacuna)	¿Le han hecho un análisis de sangre (título de anticuerpos) a su hijo que muestre inmunidad (tenía la enfermedad o vacunación anterior) de cualquiera de las siguientes (marque todas que aplican)? <input type="checkbox"/> Varicela <input type="checkbox"/> Sarampión <input type="checkbox"/> Paperas <input type="checkbox"/> Rubéola <input type="checkbox"/> Hepatitis B Si contesta Sí, proporcione el reporte(s) de laboratorio				

**REQUISITOS**

Paso 3 Para determinar si este estudiante cumple con los requisitos, consulte el nivel de requisitos de acuerdo a la edad/grado del año escolar actual.

**DATOS DE CUMPLIMIENTO**

Paso 4 **EL ESTUDIANTE CUMPLE CON TODOS LOS REQUISITOS**  
 Firme en el Paso 5 y devuelva este formulario a la escuela  
 \_\_\_\_\_ o \_\_\_\_\_

**EL ESTUDIANTE NO CUMPLE CON TODOS LOS REQUISITOS**  
 Marque el cuadro que corresponda, firme en el Paso 5 y devuelva el formulario a la escuela. Tenga en cuenta que si el estudiante no tiene todas sus vacunas puede ser excluido de la escuela si aparece un brote de estas enfermedades.

Aunque mi hijo NO ha recibido todas las dosis de las vacunas, ha recibido LA PRIMERA DOSIS. Entiendo que la SEGUNDA DOSIS debe recibirla este año antes de cumplir 90 días de entrar a la escuela y la TERCERA Y CUARTA DOSIS si las requiere debe recibirlas antes de los 30 días de este año escolar. También entiendo que es mi responsabilidad notificar por escrito a la escuela cada vez que mi hijo recibe una dosis de las vacunas requeridas.

**NOTA: La falta a permanecer al día con las vacunas puede ocasionar la exclusión de la escuela, acción judicial y/o pena de caducidad.**

**EXENCIONES (WAIVERS)** (Indique en el Paso 2 las vacunas que ya haya recibido)

Por razones de salud este estudiante no debe recibir las siguientes vacunas: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 FIRMA del médico Fecha de la firma

Por razones religiosas, he decidido no vacunar a este estudiante con las siguientes inmunizaciones (marque todas las que apliquen)  
 DTaP/DTP/DT/Td  Tdap  Polio  Hepatitis B  MMR (sarampión, paperas, rubéola)  varicela

Por razones de convicción personal, he decidido no vacunar a este estudiante con las siguientes inmunizaciones (marque todas las que apliquen)  
 DTaP/DTP/DT/Td  Tdap  Polio  Hepatitis B  MMR (sarampión, paperas, rubéola)  varicela

**FIRMA**

Paso 5 Este formulario está completo y exacto de acuerdo a lo mejor de mi conocimiento. Marque uno: ( Yo doy  Yo no doy) mi consentimiento para que se compartan los registros de vacunas actuales de mi hijo en la medida en que se actualicen en un futuro con el Registro de Vacunas de Wisconsin (*Wisconsin Immunization Registry - WIR*). Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento enviando una notificación por escrito al distrito escolar. Después de la fecha de revocación, el distrito escolar no proporcionará nuevos registros ni actualizaciones a la WIR.

\_\_\_\_\_  
 FIRMA - del padre/madre/tuto /custodio legal o estudiante adulto Fecha de la firma