

PROCEDIMIENTOS PARA LA MATRICULACIÓN EN 4K (EL KÍNDER DE 4 AÑOS)

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 matriculación 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 REQUISITOS PARA EFECTUAR LA MATRICULACIÓN:

Se les pide a los padres o tutores legales que provean la siguiente información a la Oficina de Inscripción. No se puede efectuar la matriculación de su hijo hasta que se reciba todos los documentos a continuación.

- 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)
 - Acuerdo de compra aceptado – en caso de estar en el proceso de comprar una casa (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
 - Factura actual de las utilidades (Gas, agua, o luz) - (nombre, fecha, y dirección de servicios)
- Comprobante de la edad del estudiante (es necesario presentar uno de los siguientes documentos para que se le 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 la cartilla de vacunas: Puede presentar la cartilla de vacunas o el Registro de Inmunización (WIR por sus siglas en ingles). 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> para más información.

FORMULARIOS:

Se requiere que la familia complete y entregue los formularios siguientes:

- Formulario de matriculación del estudiante
- Selección de sitio escolar
- Pedido de transporte al programa de 4K
- Registro de inmunización o cartilla de vacunas
- La Verificación de Residencia (solo si la familia no tiene comprobante de domicilio en su propio nombre), *si corresponde*.
<http://tinyurl.com/residentstatusverification>

Los formularios están disponibles en nuestra página de Internet: <http://www.mcpasd.k12.wi.us/mcpasd4k/>

LUGAR PARA EFECTUAR LA MATRICULA:

ES PREFERIBLE QUE SE MATRICULE EN LÍNEA.

También puede enviar los formularios de matriculación por fax o los puede llevar a la Oficina Administrativa del Distrito Escolar en:
Oficina de Matriculas
Distrito Escolar de Middleton-Cross Plains
Centro Administrativo del Distrito
7106 South Avenue
Middleton, WI 53562

Si tiene preguntas, puede enviar un correo electrónico a

rkelso@mcpasd.k12.wi.us

Teléfono: (608) 829-2346 Correo electrónico: rkelso@mcpasd.k12.wi.us

Fax: (608) 828-1595

Horario de matriculación: lunes a jueves (7:30am – 4:00pm)
Los viernes con cita

Para familias que no hablan el inglés: favor de llamar al 829-9029 para hacer cita si necesita servicios de interpretación.

PROGRAMA DE 4K EN EL DISTRITO ESCOLAR DEL MIDDLETON-CROSS PLAINS (MCPASD)

2130 Pinehurst Dr
Middleton, WI 53562
FAX: (608) 828-1595
Phone: (608) 829-2346

rkelso@mcpasd.k12.wi.us

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>)		Sufijo	
Fecha de nacimiento	Sexo	Edad	Nombre o apodo preferido		Número del celular del estudiante (<i>si corresponde</i>)		
Ciudad donde nació		Condado donde nació	Estado donde nació		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	Programa	Año escolar	¿Transporte? Sí o NO
La última escuela a la que asistió (<i>nombre de la escuela, ciudad, estado, código postal</i>)			Fecha del primer día de asistencia a escuelas estadounidenses (<i>si el estudiante asistió a la escuela en otro país</i>)	

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		Correo electrónico	
*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
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	

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
-----------	--	------------	--------	--------	---------------

Escuela Elem de Kinder: FORMULARIO DE MATRICULACIÓN DE ESTUDIANTES

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	Correo electrónico	
*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	

ENCUESTA DEL IDIOMA			
	NO	SÍ	COMENTARIOS
1. ¿Se habla un idioma aparte del inglés en casa regularmente? (Si contesta que sí, por favor indique el idioma.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Idioma: _____
2. ¿Usa el estudiante un idioma aparte del inglés regularmente? (Si contesta que sí, por favor indique el idioma.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Idioma: _____
3. ¿Actualmente recibe el estudiante servicios para “estudiantes que están aprendiendo inglés”?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Como padre/madre/tutor legal, ¿usted requiere comunicación en otro idioma aparte del inglés? (Si contesta que sí, por favor indique el idioma. No se puede garantizar la comunicación en otro idioma.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Idioma: _____

***Nota de la escuela: Si usted responde “sí” a cualquier pregunta de 1 a 3, el distrito escolar tiene una obligación legal de evaluar al estudiante para ver si hay dominio limitado del inglés mediante el proceso de identificación de WI. Para más información véase el siguiente boletín: http://esea.dpi.wi.gov/files/esea/pdf/bul_0701.pdf

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"/>	
7. ¿Tiene el estudiante una prescripción para auto-inyectores de <i>Epi-pen</i> ?	<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"/>	

	NO	SÍ	COMENTARIOS/EXPLICACIONES
10. ¿Ha experimentado el estudiante convulsiones? (De ser así, explique.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
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			
	NO	SÍ	COMENTARIOS
1. ¿Se puede publicar la información del estudiante y del domicilio en el directorio estudiantil? (Véase la explicación bajo la sección DECLARACIÓN en la página 3.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. ¿Se puede hacer público el nombre del estudiante y otros datos de registro de acuerdo con la política 347 (A) 4 de la Junta Educativa? (Por favor, vea la explicación bajo la sección DECLARACIÓN en la página 3.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. ¿Puede el estudiante salir en el Canal de televisión educativo de Distrito y cualquier medio de comunicación producido por el Distrito Escolar de Middleton-Cross Plains (Ej.: videos, página de Internet, videos para el salón de clase, etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. ¿Se puede publicar una foto y/o el nombre del estudiante en el sitio de Internet patrocinado por el distrito escolar (cuando sea apropiado)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

DATOS DE ORIGEN ÉTNICO/RAZA
<p>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.</p> <p>❖ ¿Este estudiante es hispano / latino?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí, es hispano / latino <input type="checkbox"/> No, no es ni hispano / latino</p> <p>❖ Marque una o más de las siguientes categorías que aplican al estudiante (se requiere que marque por lo menos una):</p> <p><input type="checkbox"/> Americano nativo o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii o de las islas pacíficas <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o Afro-Americano <input type="checkbox"/> Blanco</p>

RENUNCIA DEL SEGURO ESTUDIANTIL CONTRA LAS ACCIDENTES
<p>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).</p> <p>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 y seguir las instrucciones a través de hacer clic en ESTADO (Wisconsin) y DISTRITO ESCOLAR (Middleton-Cross Plains).</p>

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.

DECLARACIÓN DE DERECHOS/PRIVACIDAD

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.

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.

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
Preferencias en cuanto al sitio de los servicios de 4K para los niños que requieren transporte por parte del distrito

COMPLETE ESTE FORMULARIO SI USTED NECESITA TRANSPORTE

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

Los niños de 4K quienes necesitan servicio de autobús al programa asistirán a la **sesión matutina (*9:00 am-11:30 am)**. La oficina de 4K le asignará un sitio a su hijo/a basado en la escuela que corresponde a su área de asistencia y la disponibilidad de los sitios. Se les enviará la confirmación de las asignaciones de 4K por correo electrónico.

Si usted prefiere un sitio específico, por favor marque sus elecciones en orden de preferencia: 1, 2, 3 (si corresponde) y la oficina de 4K tomará en cuenta sus preferencias durante el proceso de asignación de estudiantes. **La decisión final de todas las asignaciones de 4K se toma por la Directora de 4K y la Administración del Distrito. Si desea visitar un SITIO COMUNITARIO DE 4K por favor comuníquese con ellos para programar una visita.**

FAVOR DE NOTAR:

Si su hijo/a requiere transporte de ida y vuelta al programa 4K de la dirección de un[a] proveedor[a] de cuidados infantiles (ubicada dentro del Distrito Escolar del Área de Middleton-Cross Plains) la asignación del sitio será basada en ESA dirección, no en la dirección de usted.

Sitios con servicio de autobús que corresponden a Elm Lawn Elementary:

Kids Junction Pre-School _____
Elm Lawn Elementary _____
Little Red Pre-School _____

Sitios con servicio de autobús que corresponden a Northside Elementary:

Club House-Middleton _____
Little Red Pre-School _____
Middleton Baby and Childcare * Personal Bilingüe
Primrose _____

Sitios con servicio de autobús que corresponden a Park Elementary:

Little Cardinal Academy _____
Little Red @ St. Martins _____

Sitios con servicio de autobús que corresponden a Sauk Trail Elementary:

Little Red Pre-School _____
Middleton Baby and Childcare_*Personal Bilingüe____
Pooh Bear Childcare and Pre-School _____

Sitios con servicio de autobús que corresponden a Sunset Ridge Elementary:

Clubhouse for Kids- Middleton _____
Primrose Preschool _____
Pooh Bear Childcare and Pre-School _____

Sitios con servicio de autobús que corresponden a West Middleton Elementary:

Academy for Little Learners _____
Kids Junction _____

***FAVOR DE NOTAR LAS HORAS DEL INICIO Y DE LA TERMINACIÓN DEL PROGRAMA 4K PUEDEN CAMBIAR**

DISTRITO ESCOLAR DEL ÁREA DE MIDDLETON-CROSS PLAINS 2018-2019

Para cualquier pregunta o si necesita ayuda en español, por favor contacte a la intérprete del distrito al 829-9029.

Solicitud para transporte al programa 4K (kínder de 4 años) para el año escolar

Nombre de los padres/tutores legales _____ Fecha _____

Nombre del niño/a _____ Apellido[s] del niño/a _____

Dirección _____ Teléfono _____

Ciudad, estado, código postal _____ Teléfono alternativo _____

RECORDATORIO: SE PROPORCIONA TRANSPORTE SOLAMENTE PARA LA SESIÓN MATUTINA DE 4K. NO COMPLETE ESTE FORMULARIO SI SU HIJO/A ASISTE A LA SESIÓN DE 4K POR LA TARDE.

TRANSPORTE A LA ESCUELA

Marque los días de la semana cuando necesita que se le proporcione transporte **A** la escuela de esta dirección:

No es necesario o lu ma mx 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 REGRESO DE LA ESCUELA

Marque los días de la semana cuando necesita que se le proporcione transporte **DE** la escuela a esta dirección:

No es necesario o lu ma mx 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 de solamente una dirección a la escuela y a solamente una dirección de 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 (basada en su domicilio) 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 (basada en su domicilio) 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 esté presente para recibir al niño/a del autobús en la parada programada cuando el autobús llega con el niño/a de la escuela.**
6. La falta de estar 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 uso administrativo del personal de 4K y del departamento de transporte****

4K Site Assignment: _____ **4K Staff Signature:** _____

Estimados Padres o Tutor legal:

_____ **Por medio de la presente se concede su solicitud, sujeta a las condiciones y restricciones nombradas arriba.**

_____ **Su solicitud no ha sido aprobada.**

Lugar y hora de la parada de autobús: De ida _____ **De regreso** _____

Número de autobús: _____ **Número de autobús:** _____ **Centro de transporte:** _____ **Fecha:** _____



DISTRITO ESCOLAR DEL ÁREA DE MIDDLETON-CROSS PLAINS
INSCRIPCIÓN PARA EL PROGRAMA DE 4K- PREFERENCIAS DE SITIO
***COMPLETE ESTE FORMULARIO SI NO NECESITA TRANSPORTE POR PARTE DEL DISTRITO ***

Nombre legal del niño/a _____ Fecha de nacimiento del niño/a _____

Si quisiera visitar un sitio comunitario de 4K por favor comuníquese con el/la directora/a del sitio para programar su visita.

Sitios que ofrecen programas pre-escolares en colaboración con Middleton

Academy for Little Learners

***AM SOLAMENTE**

Dirección: 9649 Silicon Prairie Pkwy, Verona
 Contacto: Betsy 608.826.5437

Little Cardinals Academy

***AM SOLAMENTE**

Dirección: 1805 Bourbon Road, Cross Plains
 Contacto: Jessica Eiden 608.413.0120

Club House For Kids-Middleton

***AM SOLAMENTE**

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

Kids Junction Pre-School

***AM SOLAMENTE**

Dirección: 8084 Watts Road Madison
 Contacto: Sandra Olsen 608.827.5437

**Middleton Baby and Childcare
 (Programa Bilingüe)**

Dirección: 3401 Valley Ridge Road, Middleton
 Contacto: Elizabeth Strasma 608.819.8370

Middleton Pre-School

***PM SOLAMENTE**

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

Pooh Bear Child Care and Pre-School

***AM SOLAMENTE**

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

Elm Lawn Elementary School

Dirección: 6701 Woodgate Rd, Middleton
 Contacto: 4K Principal, Kari Saunders 608.829.2346

Primrose School of Middleton *AM SOLAMENTE

Dirección: 3000 Deming Way, Middleton, WI 53562
 Contacto: Carie Imme 608.841.1684

Little Red Preschool-Cross Plains

Dirección: 2427 Church St, Cross Plains, 53528
 Contacto: Corena Juech 608.886.28

POR FAVOR COMPLETE ESTA SECCIÓN:

1ª Elección: _____ AM / PM / Ninguna Preferencia

¿Su familia ha asistido a este sitio anteriormente? Sí O No (marque uno)

2ª Elección: _____ AM / PM / Ninguna Preferencia

¿Su familia ha asistido a este sitio anteriormente? Sí O No (marque uno)

3ª Elección: _____ AM / PM / Ninguna Preferencia

¿Su familia ha asistido a este sitio anteriormente? Sí O No (marque uno)

Horario de clases de 4K **tentativo**:

Mañana: 9:00 – 11:30 am

Tarde: 12:15 – 2:45 pm

**¿Cuál es más importante para usted, ubicación de sitio u horario?
 (Por favor marque uno)**

***Favor de notar, la Directora de 4K y la Administración del Distrito tomarán todas las decisiones de asignación. Se tomarán en cuenta las preferencias de los padres.**

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