

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

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:

rkelse@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
rkelse@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

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

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 4K	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
-----------	--	------------	--------	--------	---------------

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

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

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	

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

1. Actualmente, ¿recibe el estudiante servicios de “educación especial”?			
2. ¿Ha sido evaluado el estudiante para servicios de “educación especial”?			
3. Actualmente, ¿recibe el estudiante “acomodaciones 504”?			
4. Actualmente, ¿recibe el estudiante otros servicios especiales?			

PREOCUPACIONES DE SALUD

1. ¿Tiene el estudiante dificultades de la vista? (De ser así, explique.)			
2. ¿Tiene el estudiante dificultades de la audición? (De ser así, explique.)			
3. ¿Tiene el estudiante asma? (De ser así, explique.)			
4. ¿Tiene el estudiante un inhalador en la escuela? (De ser así, explique.)			
5. ¿Tiene el estudiante un inhalador que lleva consigo mismo?			
6. ¿Tiene el estudiante alergias? (De ser así, explique.)			
7. ¿Tiene el estudiante una prescripción para auto-inyectores de <i>Epi-pen</i> ?			
8. ¿Tiene el estudiante diabetes, tipo 1?			
9. ¿Tiene el estudiante diabetes, tipo 2?			
10. ¿Ha experimentado el estudiante convulsiones? (De ser así, explique.)			
11. ¿Necesita tomar medicamentos en la escuela? (De ser así, explique.)			
12. ¿Hay otras preocupaciones de salud de las cuales deberíamos saber? (De ser así, explique.)			

DATOS DE ORIGEN ÉTNICO/RAZA

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

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

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 las accidentes para los estudiantes (pagado por el padre/la madre/el tutor legal).

Para más información respecto al plan voluntario del seguro contra las 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).

Por favor, escriba sus iniciales a la renuncia abajo si no tiene interés en el plan voluntario de seguro contra las 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.

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.

PRIVACIDAD/TECNOLOGÍA

	NO	SI
1. Publicar en el directorio de estudiantes?		
2. Publicar foto/ nombre en la página de internet del Distrito/redes sociales?		
3. Publicar datos del estudiante en el libro anual de la escuela?		
4. Publicar en los medios de comunicación del Distrito? (videos, etc)		
5. Liberación de datos del directorio para solicitudes externas?		
6. Publicar en el directorio de estudiantes?		

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.

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 LA FIRMA
------------------------------------	----------------



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

Apellido del estudiante: _____

Formulario de elegibilidad para al Acta de Asistencia McKinney-Vento para personas sin hogar

(Por favor complete un formulario por cada familia)

Por favor marque la(s) línea(s) a continuación que mejor describe(n) la situación de vivienda *del estudiante*. El propósito de este formulario es proporcionar la información que ayudara a determinar si es elegible a los derechos y servicios bajo el acta de asistencia McKinney-Vento para personas sin hogar.

¿El estudiante/los estudiantes vive(n) en alguna de las siguientes situaciones? (marque todas las que aplican)

- _____ Comparte la vivienda con otros debido a la perdida de vivienda, dificultades económicas, u otra razón parecida
- _____ Vive en refugio o albergue (para familias, víctimas de la violencia doméstica, o jóvenes)
- _____ Vive temporalmente en motel u hotel debido a la perdida de vivienda, dificultades económicas, u otra razón parecida
- _____ Vive en carro, parque, área de campamento, edificio abandonado, u otro lugar no adecuado
- _____ Vive en vivienda transitoria (manejo de casos y subsidio y tiempo limitado)
Nombre y teléfono de quien maneja su caso _____
- _____ Vive en otra situación irregular, o que no es ni fijo ni adecuado para pasar la noche
- _____ Niño(a) / adolescente vive en una situación donde no tiene vivienda y no está bajo el cuidado de un padre/tutor legal
- _____ Es hijo de padres que son trabajadores migratorios y vive en alguna de las situaciones mencionadas arriba
- _____ A pesar de estar ahora alojado permanentemente, mi familia fue identificara bajo el Acta McKinney-Vento durante el presente año escolar. Si es así, cual distrito: _____

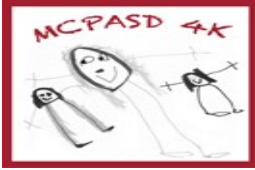
Si usted marcó cualquiera de las opciones mencionadas arriba, por favor complete el resto de este formulario y entréguelo al personal escolar. Si usted no marcó ninguna de las opciones arriba, no necesita completar ni entregar este formulario.

Por favor anote a todos los que viven con usted que son menores de 21 años de edad.

Nombre	Fecha de nacimiento	Escuela

Este formulario se compartirá con la trabajadora social del programa de educación transicional del MCPASD, quien se pondrá en contacto con usted sobre la elegibilidad de los servicios. El hecho de completar este formulario no asegura que automáticamente califique para recibir servicios bajo el Acta de Asistencia McKinney-Vento para personas sin hogar” (*McKinney-Vento Homeless Assistance Act*). Favor de comunicarse con la trabajadora social del programa de la educación transicional, **al (608) 826-9022**, para más información, y/o si tiene preguntas.

Esta información es confidencial y se guardará solamente durante el año escolar actual.



DISTRITO ESCOLAR DEL ÁREA DE MIDDLETON-CROSS PLAINS REGISTRACION DE 4K

Sitios Asociados del programa 4K Middleton-Cross Plains

Academy for Little Learners

***AM SOLAMENTE**

Dirección: 9649 Silicon Prairie Parkway, Verona

Contacto: Betsy Erdman 608.826.5437

Little Red Pre-School – Cross Plains

Dirección: 2427 Church Street, Cross Plains
53528

Contacto: Corena Juech 608.831.0033

Little Cardinals Academy *AM SOLAMENTE

Dirección: 1805 Bourbon Road, Cross Plains

Contacto: Jessica Eiden 608.237.1826

Middleton Baby and Childcare (Español)

Dirección: 5219 Century Avenue, Middleton

Contacto: Elizabeth Strasma 608.819.8370

Club House For Kids-Middleton (Español)

Dirección: 3150 Deming Way, Middleton

Contacto: Rebecca Ganser 608.824.2090

Middleton Pre-School

***PM SOLAMENTE**

Dirección: 7118 Old Sauk Road, Madison

Contacto: Joan Stoppeworth 608.836.7554

Kids Junction Pre-School

***AM SOLAMENTE**

Dirección: 8084 Watts Road Madison

Contacto: Sandra Olsen:

608.827.5437

Pooh Bear Child Care and Pre-School

***AM SOLAMENTE**

Dirección: 1340 Deming Way, Middleton

Contacto: Theresa Shaeffer 608.831.2327

Little Red Pre-School - Middleton

Dirección: 7739 Terrace Avenue, Middleton

Contacto: Courtney/Karen Meinholz/Diane

Olson 608.831.0033

Elm Lawn Elementary School

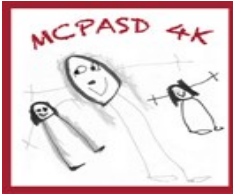
Dirección: 6701 Woodgate Rd, Middleton

Contacto: 4K Principal, Mary Beth Paulisse
608.829.9025

Primrose School of Middleton *AM SOLAMENTE

Dirección: 3000 Deming Way, Middleton

Contacto: Amanda Kienbaum 608.841.1684



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 asignaciones de 4K es tomada por la Directora de 4K y la Administración del Distrito.**

FAVOR DE NOTAR:

Si su hijo/a requiere transporte de algún lugar que no sea su hogar (localizado dentro de MCPASD) la selección del sitio se basara en ESA dirección, no en la dirección de su casa.

Se requiere un formulario de transporte tan pronto como sea posible.

Por favor llama o envía un correo electrónico a la oficina de 4K con preguntas y/o por el formulario de transporte

rkelso@mcpasd.k12.wi.us

o 608.829-9067

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 _____ *Apoyando el Español
Little Red Pre-School _____
Middleton Baby and Childcare _____ * Apoyando el Español
Primrose (solamente am)

Sitios con servicio de autobús que corresponden a Park Elementary:

Little Cardinals Academy _____ (solamente am)

Little Red @ St. Martins _____

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

Little Red Pre-School _____
Middleton Baby and Childcare _____ * Apoyando el Español
Pooh Bear Childcare and Pre-School _____

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

Clubhouse for Kids- Middleton _____ * Apoyando el Español
Primrose School Of Middleton _____ (solamente am)
Pooh Bear Childcare and Pre-School _____

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

Academy for Little Learners _____ (solamente am)
Kids Junction _____ (solamente am)
Middleton Preschool (solamente pm)

Hora de clases del programa

4K: Mañana: 8:50 – 11:26 am

Tarde: 12:09 – 2:45 pm

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



Middleton-Cross Plains

Area School District

inclusive.innovative.inspiring.

El Departamento de Instrucción Pública de Wisconsin exige a los Distritos Escolares de Wisconsin recopilen datos económicos de la familia para determinar la elegibilidad para recibir beneficios adicionales para su familia. Por favor complete el siguiente formulario de ingreso familiar.

Retornar el formulario a: Registración, Middleton Cross Plains Area School District

7106 South Ave

Middleton, WI 53562

Or scan and email to: reg@mcpsd.k12.wi.us

Fax: 608-836-1536

- 1. Seleccione el número total de personas en el hogar.** Asegúrese de incluir a todos los niños y adultos, parientes y no parientes, que viven en una única morada y comparten ingresos y gastos.
- 2. Seleccione el cuadro que representa los ingresos anuales del hogar.** Asegúrese de incluir todas las fuentes de ingresos siguientes: trabajo, prestaciones sociales, apoyo infantil, pensiones alimenticias, pensiones, jubilación, Seguridad Social, SSI, beneficios VA, y/o otros ingresos. La cantidad debe ser antes de deducciones por impuestos, seguros, gastos médicos, apoyo infantil, etc.

1. Nº total de personas en el hogar		2. Seleccione los ingresos anuales combinados adecuados para todas las personas en el hogar <i>(incluya todas las fuentes de ingresos anteriores antes de impuestos).</i>	
<input type="checkbox"/> 1	→	<input type="checkbox"/> Inferior a \$23.107	<input type="checkbox"/> Igual o superior a \$23.108
<input type="checkbox"/> 2	→	<input type="checkbox"/> Inferior a \$31.284	<input type="checkbox"/> Igual o superior a \$31.285
<input type="checkbox"/> 3	→	<input type="checkbox"/> Inferior a \$39.461	<input type="checkbox"/> Igual o superior a \$39.462
<input type="checkbox"/> 4	→	<input type="checkbox"/> Inferior a \$47.638	<input type="checkbox"/> Igual o superior a \$47.639
<input type="checkbox"/> 5	→	<input type="checkbox"/> Inferior a \$55.815	<input type="checkbox"/> Igual o superior a \$55.816
<input type="checkbox"/> 6	→	<input type="checkbox"/> Inferior a \$63.992	<input type="checkbox"/> Igual o superior a \$63.993
<input type="checkbox"/> 7	→	<input type="checkbox"/> Inferior a \$72.169	<input type="checkbox"/> Igual o superior a \$72.170
<input type="checkbox"/> 8	→	<input type="checkbox"/> Inferior a \$80.346	<input type="checkbox"/> Igual o superior a \$80.347
<input type="checkbox"/> 9	→	<input type="checkbox"/> Inferior a \$88.523	<input type="checkbox"/> Igual o superior a \$88.524
<input type="checkbox"/> 10	→	<input type="checkbox"/> Inferior a \$96.700	<input type="checkbox"/> Igual o superior a \$96.701
<input type="checkbox"/> 11	→	<input type="checkbox"/> Inferior a \$104.877	<input type="checkbox"/> Igual o superior a \$104.878
<input type="checkbox"/> 12	→	<input type="checkbox"/> Inferior a \$113.054	<input type="checkbox"/> Igual o superior a \$113.055
Si en el hogar viven más de 12 personas, rellene los siguientes puntos.			
<input type="checkbox"/> Tamaño: _____	<input type="checkbox"/> Ingresos: _____		

Enumere a todos los estudiantes en el hogar. Si está haciendo la solicitud por un niño que es hijo adoptivo, no tiene hogar, es migrante, es fugitivo o si asiste a Head Start, seleccione la casilla correspondiente.

Nombre del estudiante	Apellido del estudiante	Grado	Escuela a la que asiste	Adoptivo	Sin hogar, migrante, fugitivo	Head Start

Información de contacto y firma de un adulto

"Certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera y que se informa acerca de todo el ingreso".

Nombre del adulto que llena la forma (escrito a mano)

Firma

Fecha de hoy

Dirección (si está disponible), Dept. #

Ciudad

Estado

Código postal

()

Teléfono diurno
(opcional)

Correo electrónico

LISTA DEL HOGAR

- ¿Ha incluido a todos sus hijos como miembros del hogar?
- ¿Ha marcado los dos cuadros de tamaño del hogar y rango de ingresos del hogar?
- ¿Ha firmado el formulario?

Una vez completado, devuelva el formulario a su escuela.

NO COMPLETE ESTA PARTE. SÓLO PARA USO ESCOLAR.

Economic Status: Economically Disadvantaged (free/reduced) _____
Non-Economically Disadvantaged (paid) _____

I have reviewed the above and have concluded that it is properly and completely filled out to the best of my knowledge.

Signature (of school or district staff): _____

Print Name: _____

Date: _____

Reminder: All costs associated with distributing, collecting, and reviewing these household income forms must be paid for with funds outside of the nonprofit school food service account.