



Estimado/a padre/madre/tutor(a):

¡Bienvenido/a al Distrito Escolar de Ferndale! Esperamos colaborar con usted al unirse al distrito escolar para el ciclo lectivo 2021-22. Si tiene un(a) hijo/a que comienza jardín de infantes este otoño, ya estamos haciendo planes para garantizar que su año en jardín de infantes tenga un comienzo maravilloso en septiembre de 2021. No importa qué edad o nivel de grado tenga su hijo/a, esperamos que pueda tomar un papel activo en nuestras escuelas. Las investigaciones muestran que los estudiantes aprenden mejor cuando los docentes y los padres trabajan juntos, y cuando todos proyectan una actitud positiva sobre sus escuelas y la importancia de la educación. Su apoyo y asistencia en este esfuerzo marcan una gran diferencia.

Adjuntamos nuestro paquete de inscripción para que lo complete y lo devuelva a la escuela. En el mismo verá varias páginas en blanco junto con páginas amarillas. Complete y firme todos los formularios en blanco y devuélvalos a la escuela. Las páginas amarillas son para usted y no debe devolverlas para proceder con la inscripción a la escuela.

Sepa que apreciamos a *todos* los niños, y cuente con que cuidaremos de *su* hijo/a. Si tiene alguna pregunta al momento de completar el paquete de inscripción adjunto, tenga en cuenta que puede obtener información de cualquiera de nuestras escuelas o puede comunicarse conmigo llamando al 360.383.9211.

Afectuosamente,

Dr. Linda Quinn
Superintendente de Escuelas de Ferndale

Adjunto

DISTRITO ESCOLAR DE FERNDALÉ FORMULARIO DE REGISTRO DE ESTUDIANTES

(Completar en imprenta)

FECHA DE HOY:

¿Su hijo/a alguna vez asistió a las Escuelas Públicas de Ferndale? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si respondió de manera afirmativa, indique el nombre de la(s) escuela(s) a la(s) que asistió:		Fechas en las que asistió:	
Nombre del estudiante Apellido LEGAL		Nombre LEGAL		Segundo nombre LEGAL	También conocido como:
Fecha de nacimiento: (mes/día/año)	Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Género pref. <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> No binario	Lugar de nacimiento: País	Ciudad	Estado
Información sobre origen étnico y raza: CONSULTE LA PÁGINA ADICIONAL		Si su hijo/a nació fuera de los Estados Unidos: Fecha de inscripción inicial en una escuela pública de Estados Unidos: _____ Cantidad de meses de escolaridad desde jardín hasta 12.º cursados fuera de Estados Unidos: _____			Idioma principal del hogar <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Otro _____
Encuesta militar <input type="checkbox"/> Servicio activo en las Fuerzas Armadas de Estados Unidos <input type="checkbox"/> Reservas en las Fuerzas Armadas de Estados Unidos <input type="checkbox"/> Más de un miembro de las Fuerzas Armadas/Guardia Nacional <input type="checkbox"/> Miembro de la Guardia Nacional <input type="checkbox"/> Sin afiliación					

Hogar principal n.º 1 EL ESTUDIANTE VIVE CON LAS SIGUIENTES PERSONAS: <input type="checkbox"/> Padre y madre <input type="checkbox"/> Solo con el padre <input type="checkbox"/> Solo con la madre <input type="checkbox"/> Abuelos <input type="checkbox"/> Padre y madrastra <input type="checkbox"/> Madre y padrastro <input type="checkbox"/> Padrastro/madrastra <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Solo <input type="checkbox"/> Agencia <input type="checkbox"/> Otro _____					
NÚMERO TELEFÓNICO DEL HOGAR (RESIDENCIA DEL ESTUDIANTE) () _____ No registrado <input type="checkbox"/>					
Hogar principal (residencia del estudiante) Apellido _____ Nombre _____ Número de celular: _____ Lugar de trabajo: _____ Correo electrónico: _____ Número telefónico del trabajo: _____			CONTACTOS DE EMERGENCIA: Si no puede comunicarse conmigo o si no puedo buscar a mi hijo/a POR CUALQUIER MOTIVO, brindo mi permiso para que las siguientes personas busquen a mi hijo/a: N.º 1 Nombre _____ Teléfono () _____ Relación _____ N.º 2 Nombre _____ Teléfono () _____ Relación _____ N.º 3 Nombre _____ Teléfono () _____ Relación _____		
Hogar principal (residencia del estudiante) Apellido _____ Nombre _____ Número de celular: _____ Lugar de trabajo: _____ Correo electrónico: _____ Número telefónico del trabajo: _____					
DIRECCIÓN DE LA RESIDENCIA DEL ESTUDIANTE → DIRECCIÓN (INCLUIR N.º DE DEPARTAMENTO) CIUDAD _____ CALLE _____ CÓDIGO POSTAL _____					
DIRECCIÓN POSTAL SI ES DIFERENTE DE LO ANTERIOR → DIRECCIÓN/APARTADO DE CORREO N.º _____ CIUDAD _____ CALLE _____ CÓDIGO POSTAL _____					

N.º 2 RELACIÓN EN EL SEGUNDO HOGAR <input type="checkbox"/> Solo el padre <input type="checkbox"/> Solo la madre <input type="checkbox"/> Abuelos <input type="checkbox"/> Padre/madrastra <input type="checkbox"/> Madre/padrastro <input type="checkbox"/> Padrastro/madrastra <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Agencia <input type="checkbox"/> Solo <input type="checkbox"/> Otro _____					
Segundo hogar - NO es la residencia del estudiante APELLIDO _____ NOMBRE _____ Número de celular: _____ Lugar de trabajo: _____ Correo electrónico: _____ Número telefónico del trabajo: _____			NÚMERO DE TELÉFONO DEL SEGUNDO HOGAR (_____) _____ No registrado <input type="checkbox"/> DIRECCIÓN del segundo hogar (Dirección, ciudad, estado y código postal) DIRECCIÓN POSTAL del segundo hogar(calle/apartado de correo, ciudad, estado, código postal)		
Segundo hogar - NO es la residencia del estudiante APELLIDO _____ NOMBRE _____ Número de celular: _____ Lugar de trabajo: _____ Correo electrónico: _____ Número telefónico del trabajo: _____					
Correos escolares solicitados en el segundo hogar <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					



Nombre de la última escuela a la que asistió	Nombre del distrito escolar	Dirección de la escuela anterior (calle/apartado de correo, ciudad, estado, código postal)
Teléfono de la escuela anterior: _____ Fax: _____		
En esa escuela, ¿quedó pendiente de pago alguna sanción o tarifa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿El estudiante alguna vez asistió al Distrito escolar de Ferndale? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es sí, mencione el nombre de la escuela a la que asistió	Fecha en la que asistió (mes/año)

SEGURO MÉDICO
 ¿Su hijo/a tiene seguro médico? Sí No
 La información se podría compartir con la Alianza de Whatcom para el acceso a la atención médica (Whatcom Alliance for Healthcare Access, WAHA) para asistir con el seguro médico Sí No

¿Su hijo/a recibió alguna acción disciplinaria (suspensión/expulsión/etc.) en otra escuela? Sí No ¿Cuándo? _____
 Motivo: _____
 ¿Su hijo/a presenta un historial de comportamiento violento? Sí No Explique: _____

¿Actualmente, existe ALGUNA orden judicial vigente relacionada con su hijo/a? (es decir, planes de custodia/paternidad, peticiones de asistencia escolar, órdenes de restricción, etc.) Sí No (Si la respuesta es sí, debe presentar los documentos legales en la escuela para respaldarla)
 Por favor, justifique: _____

➤ ¿Su hijo/a ha recibido o calificado para recibir servicios de **EDUCACIÓN ESPECIAL**? Sí – Recibió servicios el año pasado: _____ No
 ¿Su hijo/a alguna vez calificó para un plan 504? Sí No
 ¿Su hijo/a alguna vez recibió servicios del Título o del Programa de asistencia con el aprendizaje (LAP)? Sí No Si la respuesta es sí, Matemática Lectura
 ¿Su hijo/a participó alguna vez en lo siguiente? Programa para estudiantes dotados y talentosos Título 1 Capacidad limitada en inglés (LEP)/Estudiante de inglés como segundo idioma (ELL) Otro _____
 ¿Su hijo/a repitió de grado alguna vez? Sí No Si la respuesta es sí, especifique en qué grado _____
 ¿Su hijo/a alguna vez recibió servicios de migración? Sí No

¿Su hijo/a recibe cuidado infantil? Antes de la escuela Después de la escuela Antes y después de la escuela

Cuidado infantil proveedor	NOMBRE	DIRECCIÓN	NÚMERO DE TELÉFONO
----------------------------	--------	-----------	--------------------

Disposiciones adicionales de cuidado infantil (debe proporcionarle información a la escuela por escrito)

Si su hijo/a tiene hermanos que asisten al distrito escolar de Ferndale, escriba sus nombres

APELLIDO	NOMBRE	ESCUELA	GRADO

Consentimiento para sacar fotografías o grabar videos del estudiante para el boletín informativo Sí No
 Deseo ser padre o madre voluntario: Sí No
 Brindo mi permiso para que les entreguen mi número telefónico a grupos de apoyo de padres para trabajar en proyectos: Sí No



VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN

La información contenida en este formulario es verdadera y exacta al presente.
Comprendo que la falsificación de información para lograr la inscripción o asignación puede causar la revocación de la inscripción o asignación del estudiante a una escuela en el Distrito Escolar de Ferndale.

FIRMA DEL PADRE, MADRE O TUTOR LEGAL _____ FECHA _____

No escribir en el área sombreada – Solo para uso en oficina				Andador S N		Viaja en autobús n.º	
Identificación de estudiante n.º	Fecha de ingreso	Buscar código de entrada:	Exención/falta de cupo	Orden judicial	Alerta médica	Casillero n.º	Registros solicitados



Formulario para la recopilación de datos étnicos

RESPONDA LAS PREGUNTAS 1 A o 1 B Y LA PREGUNTA 2.

ESCUELA _____ NOMBRE DEL ESTUDIANTE _____
(Nombre) (Apellido)

Fecha de nacimiento _____

PREGUNTA 1. A. ¿Su hijo/a tiene un origen hispano o latino? (Marque todas las opciones que correspondan).

<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	MEXICANO / MEXICANO-ESTADOUNIDENSE/ CHICANO - 30
<input type="checkbox"/>	CUBANO	<input type="checkbox"/>	CENTROAMERICANO
<input type="checkbox"/>	DOMINICANO	<input type="checkbox"/>	SUDAMERICANO
<input type="checkbox"/>	ESPAÑOL	<input type="checkbox"/>	LATINOAMERICANO
<input type="checkbox"/>	PUERTORRIQUEÑO	<input type="checkbox"/>	OTROS ORÍGENES HISPANOS/LATINOS

PREGUNTA 1. B. Mi hijo/a no tiene origen hispano/latino

NO TIENE ORIGEN HISPANO/LATINO

PREGUNTA 2. ¿De qué raza considera que es su hijo/a? (Marque todas las opciones que correspondan).

<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	NATIVO DE ALASKA
<input type="checkbox"/>	AFROAMERICANO/NEGRO	<input type="checkbox"/>	CHEHALIS
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	COLVILLE
<input type="checkbox"/>	BLANCO	<input type="checkbox"/>	COWLITZ
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	HOH
<input type="checkbox"/>	INDOASIÁTICO	<input type="checkbox"/>	JAMESTOWN
<input type="checkbox"/>	CAMBOYANO	<input type="checkbox"/>	KALISPEL
<input type="checkbox"/>	CHINO	<input type="checkbox"/>	LOWER ELWHA
<input type="checkbox"/>	FILIPINO	<input type="checkbox"/>	LUMMI
<input type="checkbox"/>	HMONG	<input type="checkbox"/>	MAKAH
<input type="checkbox"/>	INDONESIO	<input type="checkbox"/>	MUCKLESHOOT
<input type="checkbox"/>	JAPONÉS	<input type="checkbox"/>	NISQUALLY
<input type="checkbox"/>	COREANO	<input type="checkbox"/>	NOOKSACK
<input type="checkbox"/>	LAOSIANO	<input type="checkbox"/>	PORT GAMBLE S'KLALLAM
<input type="checkbox"/>	MALASIO	<input type="checkbox"/>	PUYALLUP
<input type="checkbox"/>	PAKISTANÍ	<input type="checkbox"/>	QUILEUTE
<input type="checkbox"/>	SINGAPURENSE	<input type="checkbox"/>	QUINAULT
<input type="checkbox"/>	TAIWANÉS	<input type="checkbox"/>	SAMISH
<input type="checkbox"/>	TAILANDÉS	<input type="checkbox"/>	SAUK-SUIATTLE
<input type="checkbox"/>	VIETNAMITA	<input type="checkbox"/>	SHOALWATER
<input type="checkbox"/>	OTRAS PARTES DE ASIA	<input type="checkbox"/>	SKOKOMISH
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	SNOQUALMIE
<input type="checkbox"/>	NATIVO DE HAWÁI	<input type="checkbox"/>	SPOKANE
<input type="checkbox"/>	FIYIANO	<input type="checkbox"/>	ISLA SQUAXIN
<input type="checkbox"/>	NATIVOS DE GUAM O CHAMORROS	<input type="checkbox"/>	STILLAGUAMISH
<input type="checkbox"/>	ISLEÑO DE MARIANA	<input type="checkbox"/>	SUQUAMISH
<input type="checkbox"/>	MELANESIO	<input type="checkbox"/>	SWINOMISH
<input type="checkbox"/>	MICRONESIO	<input type="checkbox"/>	TULALIP
<input type="checkbox"/>	SAMOANO	<input type="checkbox"/>	UPPER SKAGIT
<input type="checkbox"/>	TONGANO	<input type="checkbox"/>	YAKAMA
<input type="checkbox"/>	OTRAS ISLAS DEL PACÍFICO	<input type="checkbox"/>	OTRAS TRIBUS INDÍGENAS DE WASHINGTON

OTROS INDÍGENAS AMERICANOS O NATIVOS DE ALASKA

Firma del padre, madre o tutor: _____

Fecha: _____

(NOTA: Las categorías de origen étnico utilizadas en el Distrito Escolar de Ferndale son las mismas que se utilizan en todos los distritos escolares de Washington. Son un requisito del gobierno federal, de la Legislatura del Estado de Washington y de la Oficina del Superintendente de Instrucción Pública (Office of Superintendent of Public Instruction, OSPI).



INFORMACIÓN DE SALUD ESTUDIANTIL

La información en este formulario debe completarse o actualizarse para cada nuevo año escolar. Complete este formulario y regréselo a la escuela de su hijo/a lo antes posible.

Nombre: _____ Año escolar: _____

Escuela: _____ Grado: _____ Fecha de nacimiento: _____

CONDICIONES DE SALUD

Marque si alguna aplica para su hijo/a:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ADD/ADHD (N_): Diagnosticado por: _____ | <input type="checkbox"/> Condición cardíaca (C_): Lista: _____ |
| <input type="checkbox"/> Alergias que no amenazan la vida (E_):
Lista: _____ | <input type="checkbox"/> Condición de salud mental (P_): Lista: _____ |
| <input type="checkbox"/> Asma (R_): ¿Medicación en la escuela? Sí / No | <input type="checkbox"/> Neuro / Lesión cerebral (N_): Lista: _____ |
| <input type="checkbox"/> Trastorno del espectro autista (NC):
Diagnosticado por: _____ | <input type="checkbox"/> Músculo / Hueso (M_): Lista: _____ |
| <input type="checkbox"/> Condición del desarrollo (NF): Lista: _____ | <input type="checkbox"/> Deficiencia auditiva o visual (V_): Lista: _____ |
| | <input type="checkbox"/> Otro: Describir sus preocupaciones _____ |

PLANIFICACIÓN ESPECIAL DE ATENCIÓN MÉDICA

- Diabetes (EK)** Fecha de diagnóstico: _____ Mi hijo/a tiene: bomba de insulina pluma de insulina
 insulina vial / jeringa de insulina
- Trastorno convulsivo (NP)** Mi hijo/a necesita medicamentos de **emergencia** para las convulsiones.
*Nombre del medicamento: _____
- Planificación especial de atención médica:** mi hijo/a tiene necesidades especiales de atención médica, como alimentación por sonda, tubo de respiración, catéter, tubos intravenosos u otros. **Se requiere** orden de tratamiento.
Describa las condiciones de su hijo: _____
- Ayudas para la movilidad:** mi hijo/a necesita ayudas especiales para la movilidad, como una silla de ruedas, un andador. _____

CONDICIONES QUE AMENAZAN LA VIDA DEL ESTUDIANTE

- Condición potencialmente mortal (OB)** Alergia anafiláctica (se requiere auto-inyección de epinefrina)
 Asma severo (se requiere auto-inyección de epinefrina)
Alérgenos: _____
- Otra afección potencialmente mortal:** _____

* Se requiere que llene una Autorización para Medicamentos en la Escuela y la medicina antes de poder asistir a la escuela.

ALERTA A LOS PADRES / TUTORES: Si su hijo/a tiene una **condición de salud que amenaza su vida** (por ejemplo, alergia severa con anafilaxia, diabetes, asma severa) debe reunirse / hablar con la Enfermera Escolar **antes** de que su hijo/a comience la escuela. Estas condiciones requieren un Plan de Salud Individualizado (según RCW 28A.210.320). Póngase en contacto con su escuela para comenzar el proceso de un plan de atención médica para estudiantes y / o medicamentos en la escuela.

AUTORIZACIÓN PARA PROCEDIMIENTO DE EMERGENCIA

Si el padre / tutor y el proveedor de atención médica con licencia mencionado en el registro no pueden ser contactados en el momento de una emergencia y si la observación o tratamiento inmediato es urgente a juicio de las autoridades escolares, autorizo y ordeno a las autoridades escolares que envíen a mi hijo/a (debidamente acompañado) al hospital o proveedor de atención médica con licencia más fácilmente accesible. Entiendo que asumiré toda la responsabilidad por el pago de cualquier servicio prestado.

Las condiciones de salud marcadas anteriormente pueden compartirse con el personal de la escuela según sea necesario.

Nombre / firma del padre / tutor: _____ Fecha: _____ Teléfono: _____



Requisitos para los registros de vacunación

2021-2022

Estimado padre o tutor,

A partir del 1 de agosto del 2020, la ley estatal requiere que todos los registros de vacunación entregados a las escuelas o centros de cuidado infantil sean verificados médicamente. Los registros de vacunación deben entregarse a la escuela el primer día de asistencia escolar o antes. Esto significa que los registros de vacunación entregados a las escuelas deben provenir de un proveedor de atención médica, o usted debe adjuntar documentación de un proveedor de atención médica a su formulario escrito a mano que muestre que los registros de su hijo/a son los correctos. Su hijo/a no puede asistir a la escuela hasta que proporcione estos registros.

Estos son algunos ejemplos de registros de vacunación médicamente verificados:

- Un [Certificado de Estado de Vacunación \(CEV\)](#) completo y firmado por un proveedor médico. Encuentre una copia de este certificado en línea en www.doh.wa.gov/SCCI. Busque el documento que diga "Certificate of Immunization Status (CIS)", haga clic y busque la copia en español.
- Un CEV (CIS, por sus siglas en inglés) completado por usted u otro padre o tutor legal con registros médicos adjuntos.
- Un CEV impreso por un proveedor médico o una escuela usando el Sistema Informático de Vacunación del estado de Washington.
- Un CEV impreso desde el portal [MyIR](#) (en inglés), una herramienta gratuita en línea del Departamento de Salud que permite a las familias ver e imprimir sus registros oficiales de vacunación. Visite <https://wa.myir.net/register> (en inglés) para iniciar su proceso de registro.

Si solicita una exención para uno o más de los requisitos de vacunación, debe proporcionarle a la escuela un Certificado de exención completo.

Sinceramente,

Kellie Larrabee
Director Ejecutivo de Enseñanza y Aprendizaje



Certificado de Estado de Vacunación

Para asistir a la guardería, el preescolar y los grados escolares K – 12

Reviewed by: _____ Date: _____
 Signed Cert. of Exemption on file? Yes No

Encuentre instrucciones al reverso para imprimir y llenar esta forma a mano con letra de molde o imprimirla con todos los datos desde Sistema Informático de Vacunación del estado de Washington.

Apellido/s del niño/a: _____ Primer nombre: _____ Inicial del otro nombre: _____ Fecha de nacimiento (mes/día/año): _____ Sexo: _____

Firma requerida del padre, madre o tutor legal _____ Fecha _____

Le doy permiso a la escuela de compartir la información en el registro de vacunación de mi hijo/a con el Sistema Informático de Vacunación del estado para ayudar a la escuela a mantener el registro de vacunación de mi hijo/a vigente.

Firma requerida del padre, madre o tutor legal _____ Fecha _____

Documentación de Inmunidad
Healthcare provider use only

If the child named in this form has a history of Varicella (Chickenpox) or can show immunity by blood test (titer) it **MUST** be verified by a healthcare provider.

I certify that the child named on this form has:

a verified history of Varicella (Chickenpox).
 laboratory evidence of immunity (titer) to Disease/s marked below. **Lab report(s) for titers MUST also be attached.**

Diphtheria Mumps Other: _____
 Hepatitis A Polio _____
 Hepatitis B Rubella _____
 Hib Tetanus _____
 Measles Varicella _____

Licensed healthcare provider signature _____
 Date (MD, DO, ND, PA, ARNP) _____

Printed Name _____

	Fecha mes/día/año				
Vacunas requeridas para la entrada a guardería, preescolar o escuela					
◆ DTaP / DT (Difteria, Tétanos, Tos ferina)					
◆ Tdap (Tétanos, Difteria, Tos ferina)					
◆ Td (Tétanos, Difteria)					
◆ Hepatitis B <input type="checkbox"/> 2-dosis entre las edades de 11-15 años					
● Hib (<i>Haemophilus influenzae</i> tipo b)					
◆ IPV / OPV (Polio)					
◆ MMR (Sarampión, Paperas, Rubéola)					
● PCV / PPSV (Neumocócica)					
◆ Varicella <input type="checkbox"/> Inmunidad verificada por el Sistema					
Vacunas recomendadas pero no requeridas para la entrada a guardería, preescolar o escuela					
Gripe (Influenza)					
Hepatitis A					
HPV (Virus del Papiloma Humano o VPH)					
MCV / MPSV (Meningocócica)					
MenB (Meningocócica)					
Rotavirus					

Instrucciones para completar esta forma: imprimala desde el Sistema Informático de Vacunación o llénela a mano.

Para imprimir con todos los datos: pregunte en la oficina de su proveedor médico si ellos ingresan los antecedentes de vacunación en el Sistema Informático de Vacunación (base de datos estatal). Si le dicen que sí, pídales imprimir el Certificado de Estado de Vacunación desde el Sistema y así la información de su hijo/a será llenada automáticamente con todos los datos. Usted también puede imprimirlo desde la comodidad de su hogar, solo necesita visitar <https://wa.myir.net> y abrir una cuenta en MyIR. **Si su médico no usa el Sistema, comuníquese con el Departamento de Salud del estado por email: waisrecords@doh.wa.gov o teléfono: 1-866-397-0337, para recibir una copia del Certificado de su hijo/a.**

Para llenar esta forma a mano:

#1 En la primera página de esta forma, proporcione los datos de su hijo/a: nombre, fecha de nacimiento y sexo. Firme su nombre en la parte indicada.

#2 Información sobre vacunas: bajo cada una de las columnas, proporcione las fechas en que las vacunas fueron administradas de la siguiente forma: mes/día/año. Si su hijo/a recibió una vacuna en forma combinada (una inyección que protege contra varias enfermedades), use las guías de referencia de abajo para proporcionar la información correcta. Por ejemplo: escriba Pediarix bajo Difteria, Tétanos, Tos ferina como DTaP, Hepatitis B como Hep B, y Polio como IPV.

#3 Inmunidad a la varicela a causa de la enfermedad: si su hijo/a tuvo varicela y desarrolló inmunidad a la enfermedad sin haber recibido la vacuna, **un proveedor médico debe dar testimonio o verificar dicha inmunidad para cumplir con el requisito escolar.**

Si su proveedor médico puede verificar que su hijo/a tuvo varicela, pídale que firme y marque el cuadrado en la sección titulada "Documentation of Disease Immunity".

Si el personal escolar tiene acceso al Sistema y puede ver la sección que indica que su hijo/a tuvo inmunidad a la varicela, ellos pueden marcar el cuadrado bajo esa sección.

#4 Documentación de inmunidad a diferentes enfermedades: Si se puede verificar por medio de un estudio de sangre que su hijo/a es inmune a varias enfermedades aunque no haya sido vacunado, pídale a su proveedor médico que: marque los cuadros correspondientes a esas enfermedades en la sección titulada "Documentation of Disease Immunity", firme y ponga la fecha en la forma. **Junto con esta forma usted debe proporcionar copias de los estudios de sangre que muestran que su hijo/a tiene inmunidad.**

Guía de referencia para abreviaciones de vacunas en orden alfabético

Abreviaciones	Nombre completo de la vacuna	Abreviaciones	Nombre completo de la vacuna	Abreviaciones	Nombre completo de la vacuna	Abreviaciones	Nombre completo de la vacuna	Abreviaciones	Nombre completo de la vacuna	Nombre completo de la vacuna
DT	Difteria, Tétanos	Hep A	Hepatitis A	MCV / MCV4	Meningocócica conjugada	OPV	Vacuna oral contra la polio	Tdap	Difteria, Tétanos, Tos ferina	Difteria, Tétanos, Tos ferina
DTaP	Difteria, Tétanos, Tos ferina	Hep B	Hepatitis B	MenB	Meningocócica B	PCV / PCV7 / PCV13	Neumocócica conjugada	VAR / VZV	Varicela	Varicela
DTP	Difteria, Tétanos, Tos ferina	Hib	<i>Haemophilus influenzae</i> tipo b	MPSV / MPSV4	Meningocócica polisacárida	PPSV / PPV23	Neumocócica polisacárida			
Gripe (IV)	Influenza	HPV (2vHPV / 4vHPV / 9vHPV)	Virus del papiloma humano (VPH)	MMR	Sarampión, Paperas, Rubéola	Rota (RV1 / RV5)	Rotavirus			
HBIG	Inmunoglobulina de Hepatitis B	IPV	Vacuna inactivada contra la polio	MMRV	Sarampión, Paperas, Rubéola, Varicela	Td	Tétanos, Difteria			

Guía de referencia para marcas comerciales de vacunas en orden alfabético

Marca comercial	Vacuna	Marca comercial	Vacuna	Marca comercial	Vacuna	Marca comercial	Vacuna	Marca comercial	Vacuna	Marca comercial	Vacuna
ActHIB®	Hib	Fluarix®	Influenza	Havrix®	Hep A	Menveo®	Meningocócica	Rotarix®	Rotavirus (RV1)		
Adacel®	Tdap	Fluceivax®	Influenza	Hiberix®	Hib	Pediarix®	DTaP + Hep B + IPV	RotaTeq®	Rotavirus (RV5)		
Afluria®	Influenza	FluLaval®	Influenza	HibTITER®	Hib	PedvaxHIB®	Hib	Tenivac®	Td		
Bexsero®	MenB	FluMist®	Influenza	Ipol®	IPV	Pentacel®	DTaP + Hib + IPV	Trumenba®	MenB		
Boostrix®	Tdap	Fluvirin®	Influenza	Infanrix®	DTaP	Pneumovax®	PPSV	Twirix®	Hep A + Hep B		
Cervarix®	2vHPV	Fluzone®	Influenza	Kinrix®	DTaP + IPV	Pprevnar®	PCV	Vaqta®	Hep A		
Daptacel®	DTaP	Gardasil®	4vHPV	Menactra®	MCV o MCV4	ProQuad®	MMR + Varicela	Varivax®	Varicela		
Engerix-B®	Hep B	Gardasil® 9	9vHPV	Menomune®	MPSV4	Recombivax HB®	Hep B				

Si tiene alguna discapacidad y necesita este documento en otro formato, por favor llame al 1-800-525-0127 (servicio TDD/TTY, llame al 711).

SEC. 725. DEFINICIONES.

Para efectos de este subtítulo:

- (1) Los términos 'inscribir' e 'inscripción' incluyen asistir a clases y participar plenamente de las actividades escolares.
- (2) El término 'niños y jóvenes en situación de falta de vivienda' —
 - (A) Significa individuos que carecen de una residencia fija, regular y adecuada donde pasar la noche (con el significado de la sección 103(a)(1)); y
 - (B) incluye a —
 - (i) niños y jóvenes que comparten la vivienda con otras personas, debido a la pérdida de la vivienda, dificultades económicas o motivos similares; que viven en moteles, hoteles, parques para casas rodantes o lugares para acampar debido a la falta de un alojamiento adecuado alternativo; que viven en refugios de emergencia o temporales, que son abandonados en hospitales; o que están esperando la colocación en tutela temporal;
 - (ii) niños y jóvenes que tienen una residencia nocturna principal que es un lugar público o privado no designado como alojamiento regular para que las personas duerman ni utilizado ordinariamente para ese fin (con el significado de la sección 103(a)(2)(C));
 - (iii) niños y jóvenes que viven en automóviles, parques, lugares públicos, edificios abandonados, viviendas precarias, estaciones de tren o autobús o en entornos similares; y
 - (iv) niños migrantes (según su definición en la sección 1309 de la Ley de Educación Primaria y Secundaria de 1965) que califican como personas sin vivienda para los fines de este subtítulo, porque los niños viven en las circunstancias descritas en las cláusulas (i) a (iii).
- (6) El término 'menor sin supervisión' incluye a cualquier joven que no esté bajo la custodia física de un padre o tutor.

Recursos adicionales

Puede encontrar información y recursos para los padres en las siguientes páginas:

[National Center for Homeless Education](#)

[National Association for the Education of Homeless Children and Youth](#)



**Oficina del Superintendente de Instrucción Pública (OSPI, por sus siglas en inglés)
Encuesta de Idiomas en el Hogar**

La Encuesta de idiomas en el Hogar se entrega a *todos* los alumnos que se inscriben en una escuela de Washington.

Nombre del alumno: _____		Grado: _____	Fecha: _____
Nombre del padre, madre o tutor legal _____			
Firma del padre, madre o tutor legal _____			
<p>Derecho a los servicios de traducción o interpretación Indique el idioma de su preferencia para que podamos brindarle un intérprete o documentos traducidos, sin cargo alguno, cuando los necesite.</p>	<p>Todos los padres tienen el derecho de recibir información sobre la educación de su hijo en un idioma que entiendan.</p> <p>1. ¿En qué idioma prefiere su familia comunicarse con la escuela? _____</p>		
<p>Requisitos para recibir apoyo en capacitación de idiomas La información sobre el idioma del alumno nos ayuda a identificar a los alumnos que reúnen los requisitos para recibir apoyo para formar las habilidades de idioma necesarias para tener éxito en la escuela. Es posible que sea necesario hacer una evaluación para determinar si se requiere ayuda con el idioma.</p>	<p>2. ¿Qué idioma aprendió su hijo primero? _____</p> <p>3. ¿Qué idioma utiliza más su hijo en casa? _____</p> <p>4. ¿Cuál es el idioma principal que se utiliza en casa, independientemente del idioma que habla su hijo? _____</p> <p>5. ¿Ha recibido su hijo apoyo en capacitación del idioma inglés en una escuela anterior? Sí___ No___ No sé___</p>		
<p>Educación previa Sus respuestas sobre el país de nacimiento de su hijo y su educación previa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bríndenos información sobre el conocimiento y las aptitudes que su hijo trae a la escuela. • Esto puede ayudar a que el distrito escolar reciba fondos federales adicionales para brindarle apoyo a su hijo. <p><i>Este formulario no se utiliza para identificar la situación migratoria de los alumnos.</i></p>	<p>6. ¿En qué país nació su hijo? _____</p> <p>7. ¿Alguna vez ha recibido su hijo educación formal fuera de Estados Unidos? (Kindergarten – 12.º grado) ___Sí ___No</p> <p>Si la respuesta es Sí: Número de meses: _____ Idioma de formación: _____</p> <p>8. ¿Cuándo asistió su hijo por primera vez a la escuela en Estados Unidos? (Kindergarten – 12.º grado)</p> <p>_____</p> <p>Mes Día Año</p>		

Gracias por brindarnos la información necesaria en la Encuesta de Idiomas en el Hogar. Póngase en contacto con su distrito escolar si tiene más preguntas sobre este formulario o sobre los servicios que ofrece la escuela de su hijo.

Note to district: This form is available in multiple languages on <http://www.k12.wa.us/MigrantBilingual/HomeLanguage.aspx>. A response that includes a language other than English to question #2 OR question #3 triggers English language proficiency placement testing. Responses to questions #1 or #4 of a language other than English could prompt further conversation with the family to ensure that #2 and #3 were clearly understood. "Formal education" in #7 does not include refugee camps or other unaccredited educational programs for children.



Forms and Translated Material from the Bilingual Education Office of the Office of Superintendent of Public Instruction are licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Encuesta de Aprendizaje Temprano del Distrito Escolar de Ferndale, Primavera de 2021

Actividades e Intereses de Preescolar y Aprendizaje Temprano

El aprendizaje temprano comienza en el hogar, y una variedad de actividades ayudan a preparar a los niños para el jardín de infantes. Completar esta encuesta nos informará sobre las experiencias de aprendizaje preescolar que los niños de Ferndale tienen antes de empezar jardín de infantes. También nos ayudará a aprender sobre las nuevas actividades que podríamos ofrecer para que todos los niños tengan habilidades que los ayuden a prepararse para el jardín de infantes.

1. ¿Su hijo/a ingresará a jardín de infantes en Otoño de 2021?

Sí **No** Si respondió que sí, ¿a qué escuela de Ferndale ingresa?

2. ¿Su hijo/a asiste a jardín de infantes?

Sí **No** Si respondió que sí, indique dónde y cuándo:

Nombre del preescolar	Horas por semana	Año(s) que asistió

3. ¿Su hijo/a asiste a una guardería o pasa tiempo regularmente con familiares/vecinos/amigos?

Sí **No** Si respondió que sí, indique dónde y cuándo:

	Horas por semana	Año(s) que asistió
En una guardería con licencia o en el hogar Nombre: _____		
Con un(a) amigo/a o vecino/a que cuida niños		
Con un(a) familiar que cuida niños Marque con un círculo al miembro de la familia que brinda atención: abuelo/a, tío/a, hermano/a		

4. ¿Su hijo/a participa en otras experiencias de aprendizaje? **Sí** **No** Marque todas las que correspondan:

Lecturas en bibliotecas Conversaciones en bibliotecas para ELL MOP –Madres de niños en preescolar
 Iglesia/Escuela dominical

Programas de parques locales Clases de arte Clases de música Clases de gimnasia
Grupos de juego

Espacio para niños de Ferndale Otra (indique): _____

5. ¿Hay experiencias de aprendizaje en las que su hijo/a no puede participar? **Sí** **No**

Si es así, ¿cuáles son esas experiencias y por qué no puede participar? (costo, transporte, capacidad de lenguaje limitada, horario de trabajo, otro.....)

6. ¿Le interesa obtener más información sobre estas actividades preescolares? (Marque todas las que correspondan)

Lecturas en bibliotecas Conversaciones en bibliotecas para ELL Espacio para niños de Ferndale
Visitas a su hogar/grupo de juegos

Reunión de preparación de primavera para padres de niños de jardín de infantes Clase de preparación para jardín de infantes el viernes por la tarde Otra _____

¿Quiere ser contactado/a en relación con estas actividades? Sí No, gracias

Nombre del padre o madre _____ Teléfono _____

Nombre de el/la hijo/a _____ Edad de el/la hijo/a _____

Hermanos en preescolar _____

DISTRITO ESCOLAR DE FERNDALE N.º 502
PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS

N.º 2314 P-1
Anexo 1

ACUERDO SOBRE EL USO DE RECURSOS TECNOLÓGICOS (ESTUDIANTE)

Padre, madre o tutor(a):

Los estudiantes del Distrito Escolar de Ferndale (FSD) tienen acceso directo a Internet y a la red del FSD. Este privilegio conlleva responsabilidad. Todos los estudiantes deben ser informados sobre las reglas con respecto al uso de Internet y de la red y deben aceptar cumplir con dichas reglas. El Distrito utiliza software y filtrado de contenido para evitar que los estudiantes accedan a materiales inapropiados en línea. Los usuarios de la red del distrito deben firmar un "Acuerdo sobre el Uso de Recursos Tecnológicos". Lea y discuta esta información con el/la estudiante y firme al dorso. Se requerirá que los padres y los estudiantes completen el "Acuerdo sobre el Uso de Recursos Tecnológicos" al usar por primera vez la tecnología (generalmente a nivel de escuela primaria), al comienzo del séptimo y noveno grado. También tenga en cuenta que las escuelas particulares pueden requerir que complete un acuerdo anual.

Estudiante:

El uso de la red es un privilegio, no un derecho, y el uso inapropiado puede resultar en la cancelación de dichos privilegios. La seguridad en cualquier sistema informático constituye una alta prioridad, en especial si el sistema involucra a muchos usuarios. Si el usuario identifica un problema de seguridad en el sistema, debe notificar al personal y no debe demostrar el problema a otros usuarios. Los estudiantes son responsables del buen comportamiento en las redes informáticas de la escuela tal como lo son en las aulas o instalaciones de la escuela.

Firme este documento y **entreguelo** en la
oficina principal de la escuela, la biblioteca, o como lo indique su docente.

La siguiente información se extrajo/adaptó del "Procedimiento de la Junta del Distrito Escolar de Ferndale n.º 2314 P-1 Recursos Tecnológicos". Hay disponibles copias de la política completa de la junta n.º 2314 y de los procedimientos en el sitio web del FSD.

Seguridad personal en Internet:

1. **No** revele información personal de contacto sobre usted (domicilio, número de teléfono, etc.) mientras esté en línea.
2. **No** acepte conocer a personas con las que ha estado en contacto a través de Internet sin el permiso de sus padres.
3. **No** divulgue información privada o confidencial sobre usted u otras personas.
4. Informe a su docente u otro empleado escolar sobre cualquier mensaje que reciba que sea inapropiado o que lo haga sentir incómodo.

Uso aceptable:

El uso de esta cuenta **debe ser en apoyo de la educación y la investigación educativa.**

Uso inaceptable:

Ejemplos de actividades (entre otros) que **NO SE PERMITEN**:

1. Mostrar mensajes o imágenes sexualmente explícitas, pornográficas, obscenas, lascivas o de otra manera inapropiadas.

FIRMAS OBLIGATORIAS

Para el uso por parte de el/la estudiante de cualquier Equipo Tecnológico del FSD

2. Usar lenguaje o material obsceno.
3. Participar en ataques ofensivos y/o amenazantes por medio del "Ciberacoso" contra grupos o personas.
4. Dañar las computadoras, los sistemas informáticos o las redes informáticas.
5. Violar las leyes de derechos de autor.
6. Usar las contraseñas de otros usuarios.
7. Violar el trabajo de otros usuarios: sistemas, carpetas, trabajos o archivos.
8. Realizar un uso excesivo de los recursos limitados (superar el tiempo autorizado por los administradores o el personal).
9. Usar la red con fines comerciales, personales o políticos.
10. **Enviar correos electrónicos personales o "navegar por la web" gratuita durante el horario escolar.**
11. Modificar el software del equipo del distrito o instalar tecnología personal en la red sin permiso por escrito.
12. Acceder a una computadora que no esté explícitamente autorizada para su uso.
13. Conectar dispositivos electrónicos personales (ipods, PSP, teléfonos inteligentes, ipads, computadoras portátiles, etc.) a la red del FSD.

Correo electrónico de los estudiantes:

El Distrito Escolar de Ferndale creó recientemente cuentas de *Google Apps for Education* para todos los estudiantes, lo que incluye acceso al correo electrónico, si es necesario. El FSD proporciona este servicio porque está obligado, a través de e-rate y las regulaciones federales a "garantizar que todos los estudiantes usen las computadoras, las redes y las comunicaciones (incluido el correo electrónico) en las escuelas para fines educativos y de manera adecuada". Se espera un dominio efectivo y adecuado de las comunicaciones por correo electrónico de parte de los estudiantes del FSD, y dicho dominio ha sido incorporado a los Requisitos esenciales de aprendizaje académico y las Expectativas de nivel de grado en tecnología educativa de K-12 del estado de Washington, como EALR 2: Ciudadanía digital, Componente 2.3, "comunicarse con los compañeros y docentes utilizando el correo electrónico". En consecuencia, se espera que los estudiantes del FSD utilicen sus cuentas de correo electrónico de *Google Apps* del FSD para la comunicación con el distrito y la escuela.

Esta cuenta se asignará a los estudiantes cuando ingresen al distrito y estará disponible para el uso escolar/educativo a lo largo de su carrera en el Distrito Escolar de Ferndale. No obstante, la cuenta solo estará "activa" para el uso de los estudiantes a partir del 6.º grado (o antes si un docente en particular solicita que los alumnos la usen en su clase). Además del correo electrónico de *Google Mail*, esta cuenta proporcionará acceso a las herramientas de colaboración de *Google Docs* (procesador de textos, calendario, hojas de cálculo) y al desarrollo de sitio web de *Google Sites*, así como a otras herramientas relacionadas con la educación.

Si lo desea, puede leer más acerca de la privacidad, o si tiene inquietudes con respecto a los controles y el dominio, según el Acuerdo Académico de Google, consulte:

http://www.google.com/apps/intl/en/terms/education_terms.html.

Estudiante- se requiere su firma

Entiendo y me comprometo a cumplir con la Política del Acuerdo sobre el Uso de Recursos Tecnológicos, y acepto usar la red de manera responsable. Además, entiendo que cualquier violación de las regulaciones contenidas en el presente documento puede resultar en medidas disciplinarias y puede constituir un delito penal. En caso de cometer una violación, se pueden revocar mis privilegios de acceso y se pueden tomar medidas disciplinarias escolares o acciones legales apropiadas.

Nombre completo de el/la estudiante (en letra de imprenta) _____

Firma _____

Fecha _____

FIRMAS OBLIGATORIAS

Para el uso por parte de el/la estudiante de cualquier Equipo Tecnológico del FSD

Permiso del padre, la madre o el/la tutor(a) - (Si el/la estudiante es menor de 18 años, su padre, madre o tutor[a] también debe leer y firmar el presente acuerdo)

Como padre, madre o tutor(a) de el/la estudiante, he leído la Política del Acuerdo sobre el Uso de Recursos Tecnológicos. Entiendo que este acceso está diseñado solo para fines educativos. Reconozco la imposibilidad del Distrito Escolar de Ferndale de restringir completamente el acceso a información y materiales ofensivos, inapropiados o controvertidos disponibles a través de Internet u otras fuentes de la red, y no responsabilizaré al distrito escolar por la información y los materiales obtenidos de la red por parte de el/la estudiante. Entiendo que este acuerdo se mantendrá archivado en la escuela.

También entiendo que, de vez en cuando, el/la docente o la escuela pueden desear publicar ejemplos de proyectos estudiantiles, fotografías no identificadas de los estudiantes y otros trabajos en un servidor disponible a través de Internet por medio del sitio web del personal, la escuela o el distrito.

Marque con un círculo

Mi hijo/a puede usar Internet y el correo electrónico (con la supervisión de el/la docente) en la escuela de acuerdo con las reglas descritas. **Sí No**

El trabajo de mi hijo/a puede publicarse en Internet para fines relacionados con la clase o la escuela.

Sí No

Nombre del padre, la madre o el/la tutor(a) (En letra de imprenta) _____

Firma _____

Fecha _____

****Para obtener información adicional, comuníquese con el/la director(a) de su hijo/a o con el Departamento de Tecnología del FSD****

Fecha de implementación 10-12-1995

Fecha de revisión 06-10-2010

FIRMAS OBLIGATORIAS

Para el uso por parte de el/la estudiante de cualquier Equipo Tecnológico del FSD



DECLARACIÓN JURADA DE LA RESIDENCIA DE EL/LA ESTUDIANTE

Con el propósito de determinar la residencia legal de un(a) estudiante en relación con las áreas de asistencia escolar de las Escuelas Públicas de Ferndale, la definición legal de residencia es la siguiente:

WAC 392-137-115 Definición: residencia de el/la estudiante. Tal como se lo emplea en este capítulo, el término "residencia de el/la estudiante" significa la ubicación física de la residencia principal de un(a) estudiante, es decir, la casa, el hogar, el apartamento, la instalación, la estructura o ubicación, etc., donde el/la estudiante vive la mayor parte del tiempo.

Se considerará lo siguiente al aplicar esta sección:

- 1. La dirección de correo de el/la estudiante (por ejemplo, la dirección de los padres o el apartado de correos) puede ser diferente de la residencia principal de el/la estudiante.*
- 2. La residencia principal de el/la estudiante puede ser diferente de la residencia principal de los padres de el/la estudiante.*
- 3. La falta de una dirección de correo para un(a) estudiante no excluye la residencia en virtud de esta sección.*
- 4. Si se espera que los estudiantes residan en la dirección por veinte días consecutivos o más.*

Se debe adjuntar una copia de la factura actual de electricidad o gas (no se aceptan facturas de agua o alcantarillado como comprobante del domicilio) con su nombre y dirección actual para completar el proceso de registro y tener un paquete del programa disponible para su estudiante.

Por la presente certifico, de conformidad con el Código Administrativo de Washington (WAC 392-137-155 Definiciones) que:

Nombre de el/la estudiante

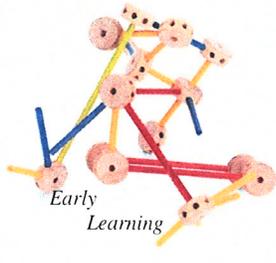
Reside de manera legal en

Entiendo que si se determina que el/la estudiante no reside en la dirección mencionada anteriormente, será retirado/a del Distrito Escolar de Ferndale.

Firma del padre/madre/tutor(a) legal

Fecha

Nombre en imprenta del padre/madre/tutor(a) legal

	<p><i>Early Learning Connections</i></p>	 
<p>A collaborative project with: Ferndale Schools, participating Early Learning Agencies, United Way, and Whatcom Early Learning Alliance</p>		

Estimados padres:

¡Felicitaciones! Su hijo irá al jardín de infantes este otoño. Estamos compartiendo información sobre un programa de verano para el que puede calificar: nuestro programa de preparación temprana para el jardín de infantes Jumpstart.

Para averiguar si su hijo es elegible para el programa de preparación para kindergarten "Jump Start" llene este formulario y regrese con papeleo de registro de jardín de infantes.

La clase de kindergarten-preparación de verano es una clase de cuatro semanas. Las clases son de medio día en el A.M. y se llevan a cabo junto con el horario escolar regular de verano. Se proporciona servicio de traslado en autobús. Será una pequeña clase impartida por un maestro certificado un asistente.

El espacio es limitado, y se llenará por primera vez, así que si usted está interesado en aprender más, por favor complete este formulario y devuélvelo tan pronto como sea posible a la oficina de la escuela, o en el sobre cerrado. Si tiene alguna pregunta, no dude en llamarnos al 360-383-9660. ¡Gracias!

Rachel Bowlden
 Inicio del salto de aprendizaje temprano
 Distrito Escolar de Ferndale

Forma para padres interesadosE

(por favor regreselo en el sobre con la estampilla prepagada)

Sí estoy interesado en el programa de verano preparacion de Kindergarten "Jump Start" para entrar a kindergarten. Por favor pongase en contacto con migo para mas informacion.

Nombre del estudiante _____ Fecha _____

Direccion _____ Numero de telefono _____

Firma del padre _____ Escuela _____

DISTRITO ESCOLAR DE FERNDALE

PAUTAS Y REGLAS PARA LOS ESTUDIANTES QUE TOMAN LOS AUTOBUSES

EL TRASLADO EN AUTOBÚS ES UN PRIVILEGIO. Dicho privilegio puede y será revocado si se ignoran las reglas. Aproximadamente 2500 estudiantes son transportados desde y hacia la escuela a diario. Además, los estudiantes son transportados a competencias de atletismo, competencias y presentaciones de música, excursiones y otras actividades aprobadas. Las siguientes pautas y reglas se establecen para promover la seguridad y el bienestar de los estudiantes que utilizan los vehículos del Distrito Escolar de Ferndale.

- **PARA LA SEGURIDAD DE TODOS LOS ESTUDIANTES DE JARDÍN DE INFANTES: Un padre, madre, tutor(a) o parte responsable con autorización debe estar presente para que un(a) estudiante de jardín de infantes salga del autobús.**

A. ANTES DE SUBIR

1. Acuda a la parada de autobús designada cinco minutos antes de la hora de recogida programada. El autobús no puede esperar a los estudiantes que llegan tarde; debe cumplir un horario.
2. Cuando sea necesario caminar por la carretera, hágalo por el lado izquierdo de la misma, en sentido opuesto a la dirección del tráfico. Si hay una vereda o cordón, úselo.
3. Al cruzar la calle, camine: no corra. Antes de pasar al carril contrario, mire en ambas direcciones. Si el autobús está presente, cruce al menos 10 pies por delante del autobús, nunca por detrás, y siempre espere la autorización del conductor.
4. Mientras espere el autobús, manténgase alejado/a de la parte transitada de la carretera. Párese en la vereda, si hay una. No se distraiga con juegos. Respete la propiedad de los propietarios en la zona. No corra al lado del autobús cuando este esté en movimiento.
5. Al subir, forme una sola línea fuera de la carretera y espere tranquilamente hasta que el autobús se haya detenido por completo antes de avanzar hacia él. No empuje ni se amontone.
6. Al entrar al autobús, vaya directamente a un asiento, siéntese y permanezca sentado/a.
7. Si pierde el autobús, regrese a su casa. Organice con su padre, madre o tutor(a) para llegar a la escuela.

B. DENTRO DEL AUTOBÚS

1. Obedezca las instrucciones del conductor del autobús, incluso la asignación de asientos, si corresponde.
2. No se pare ni se siente en la escalera. Mientras el autobús esté en movimiento, siéntese mirando hacia adelante con los pies fuera del pasillo. Mantenga el pasillo y la escalera delantera libres de libros, almuerzos, abrigos, paquetes e instrumentos musicales. Al salir, retire todos los artículos que haya subido al autobús.
3. Actúe de manera tal de no distraer al conductor ni de molestar a los demás pasajeros. Mientras el autobús esté en movimiento, no le hable al conductor, a menos que se trate de un asunto importante o una emergencia.
4. Permanezca en silencio mientras el autobús se acerque y cruce las vías del tren para que el conductor pueda escuchar si se aproxima un tren.

(continúa detrás)

5. Tome solo el autobús que le hayan asignado y bájese del autobús en la parada designada. Se requiere permiso por escrito o una llamada telefónica de sus padres al director o a la persona designada (que emitirá un pase de autobús para entregar al conductor del autobús) para tomar otro autobús o bajarse en una parada diferente.
6. Informe al conductor sobre cualquier daño en el autobús. Los estudiantes son responsables por el costo de las reparaciones a los autobuses o vehículos causados por vandalismo o uso indebido.
7. Pida permiso al conductor para abrir una ventana. La ley estatal establece que las ventanas de los autobuses no pueden abrirse más de cinco pulgadas (5”). Mantenga las manos, la cabeza, las piernas, etc. dentro del autobús en todo momento. No arroje ni pase objetos a través de ventanas abiertas.
8. No lleve cuchillos, objetos afilados, objetos de vidrio, armas de fuego ni animales vivos al autobús. No lleve objetos grandes que no se puedan sostener en el regazo al autobús. Los objetos que puedan separarse o gotear deben estar en un contenedor cerrado (bolsa, caja, etc.).
9. No se tolerará el uso de lenguaje profano. El uso o posesión de tabaco, bebidas alcohólicas, drogas o parafernalia relacionada con las drogas, o fósforos/encendedores no está permitido en el autobús y resultará en una suspensión del uso del autobús por cinco (5) días o más. La posesión de estos artículos podría resultar en la suspensión de la escuela a discreción de el/la director(a).
10. Deposite el papel, los contenedores de alimentos y otros objetos no deseados en el contenedor de basura provisto.
11. Use el extintor de incendios, el botiquín de primeros auxilios y la puerta de emergencia solo en caso de una emergencia y con el permiso del conductor u otra persona autorizada. No se sienta en el asiento del conductor ni toque ningún instrumento del tablero.
12. No se ponga de pie hasta que el autobús se haya detenido por completo. Bájese del autobús de manera ordenada. Recuerde que los estudiantes de adelante descienden primero, a menos que se indique lo contrario.

C. LUEGO DE BAJAR DEL AUTOBÚS

1. Cuando sea necesario cruzar la carretera después de descender, cruce al menos 10 pies por delante del autobús. No toque ni salte la barrera. Antes de pasar al carril contrario, mire en ambas direcciones para asegurarse de que no vengan vehículos en ninguna dirección. Mire al conductor para que le indique si es seguro cruzar. Al cruzar la calle, camine. No corra.
2. No deambule alrededor del autobús ni corra a su lado cuando este esté en movimiento.
3. No arroje pelotas, piedras u objetos de ningún tipo en el área de la parada del autobús escolar.
4. Si hay una vereda o cordón, úselo. Cuando sea necesario caminar por la carretera, hágalo por el lado izquierdo, en sentido opuesto al tráfico.
5. Luego de bajar del autobús, vaya directamente a su casa.

PROCEDIMIENTOS EN CASO DE INFRACCIÓN

La seguridad es una preocupación principal. Se escribirá un Informe de Conducta en el Autobús si un(a) estudiante no sigue estas reglas. El conductor le dará una copia del informe a el/la estudiante, que deberá llevarlo a su casa y devolvérselo firmado por su padre/madre/tutor(a) para poder volver a viajar en el autobús. El encargado de transporte enviará por fax u otro medio una copia del Informe de Conducta en el Autobús a el/la director(a), quien, tras determinar la medida que se tomará, lo devolverá al conductor del autobús. El/la director(a) puede llamar al padre/madre/tutor(a) para discutir la infracción y las consecuencias. Se guardará una copia del formulario en los archivos del Departamento de Transporte.



Solicitud de Tarjeta de Biblioteca WCLS para Niños, Adolescentes, y Adultos

03/2016

¿QUIÉN PUEDE OBTENER UNA TARJETA?:

Residentes del Condado Whatcom, dueños de propiedades del Condado Whatcom, y/o personas que trabajan para empleadores del Condado Whatcom son elegibles para una tarjeta de biblioteca de WCLS gratis. De otra manera, existe la opción de comprar una tarjeta por una tarifa anual para pedir prestados materiales. Personas menores de 18 años de edad pueden recibir una tarjeta de biblioteca con un padre o tutor que firme por ellos. No se requerirá la firma del padre/tutor para los menores que demuestren libertad de control paterno, como a través del matrimonio.

INFORMACIÓN PERSONAL DEL SOLICITANTE DE TARJETA:

Nombre (Apellido, 1er. Nombre, 2do. Nombre): _____

Nacimiento: ____ - ____ - ____ - ____
M M D D A A A A

Domicilio Residencial: _____

Domicilio de Correo (si es diferente): _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____

PIN de la Tarjeta (Últimos cuatro dígitos del número de teléfono a menos que usted especifique otro número aquí):

Tengo 18 años o más.

Tengo menos de 18 y mi padre, madre o tutor serán responsables por esta cuenta. Por favor vea sección de MENORES.

PARA MENORES:

Por favor escriba los nombres de padres o tutores que viven en este domicilio:

Padres, por favor escojan UN nivel de filtro para su hijo(a) menor de 18

W0 No uso de internet en la biblioteca W1 Acceso completo a internet W2 Acceso filtrado a Internet

ESCRIBA LOS NOMBRES DE PERSONAS QUE PUEDEN RECOGER ARTÍCULOS RESERVADOS PARA USTED:

FIRMA(S):

Estoy de acuerdo en asumir toda la responsabilidad de todos los materiales en préstamo para mí o mis dependientes, pagar puntualmente las multas o cargos por materiales perdidos o dañados, y dar aviso inmediato de cambio de domicilio o pérdida de tarjeta. Entiendo que el incumplimiento de las reglas de WCLS puede resultar en la pérdida de privilegios de préstamo. Entiendo que WCLS y/o la Fundación de Bibliotecas del Condado Whatcom (WCLF) pueda enviarme información sobre programas y servicios de la biblioteca ocasionalmente. WCLS y WCLF no compartirán o venderán mi información personal.

Adulto (18 y más) o Firma de un Padre/Tutor

Firma del Niño o Adolescente (opcional)

Staff: P/G ID ___ Alt Add ___ Filter Level ___ PUH Block ___ No email ___ Ph Notices in Eng ___ Span ___ ReadOn ___ Reg By ___ Checked ___