



2023-2024 Formulario de Inscripción para los Programas de Educación Temprana de Richfield

Apellido del estudiante _____ Primer nombre _____ Fecha de nacimiento __/__/__

Apellido del padre/madre _____ Primer nombre _____

Teléfono del padre/madre _____ Email _____

<p>Prekindergarten para cuatro años (gratis) Fecha de nacimiento del 9/2/2018 - 9/1/2019 Por favor, clasifique por orden de preferencia (1=primera opción, 2=segunda, 3=tercera, etc.)</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"> <p>_____ Centennial</p> <ul style="list-style-type: none"> • 8:10 - 10:40a • 12:10 - 2:40p <p>_____ RDLS</p> <ul style="list-style-type: none"> • 7:30-10a • 11:30a -2p <p>_____ Sheridan Hills</p> <ul style="list-style-type: none"> • 8:10-10:40a • 12:10-2:40p </td> <td style="width: 50%; border: none;"> <p>_____ STEM</p> <ul style="list-style-type: none"> • 7:30 -10a • 11:30a - 2p <p>_____ Central</p> <ul style="list-style-type: none"> • 8:45a -11:15a • 12:30 - 3p <p>_____ Central Enriquecimiento Español</p> <ul style="list-style-type: none"> • 8:45a -11:15a • 12:30 - 3p </td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">Por favor, indique cuál Sesión prefiere:</p> <p style="text-align: center;">_____ AM _____ PM _____ Cualquiera</p>	<p>_____ Centennial</p> <ul style="list-style-type: none"> • 8:10 - 10:40a • 12:10 - 2:40p <p>_____ RDLS</p> <ul style="list-style-type: none"> • 7:30-10a • 11:30a -2p <p>_____ Sheridan Hills</p> <ul style="list-style-type: none"> • 8:10-10:40a • 12:10-2:40p 	<p>_____ STEM</p> <ul style="list-style-type: none"> • 7:30 -10a • 11:30a - 2p <p>_____ Central</p> <ul style="list-style-type: none"> • 8:45a -11:15a • 12:30 - 3p <p>_____ Central Enriquecimiento Español</p> <ul style="list-style-type: none"> • 8:45a -11:15a • 12:30 - 3p 	<p>Preescolar para tres años (aplican cuotas) Fecha de nacimiento del 9/2/2019 - 9/1/2020 Todas las clases son en el Centro de Educación Central Por favor, clasifique por orden de preferencia (1=primera opción, 2=segunda, 3=tercera, etc.)</p> <p>2 Días: _____ Martes, Jueves</p> <p>3 Días: _____ Lunes, Miércoles, Viernes</p> <p>5 Días: _____ Central Enriquecimiento Español</p> <p style="text-align: center;">Por favor, indique cuál Sesión prefiere:</p> <p style="text-align: center;">_____ AM 8:45-11:15a _____ PM 12:30-3p _____ Cualquiera</p>
<p>_____ Centennial</p> <ul style="list-style-type: none"> • 8:10 - 10:40a • 12:10 - 2:40p <p>_____ RDLS</p> <ul style="list-style-type: none"> • 7:30-10a • 11:30a -2p <p>_____ Sheridan Hills</p> <ul style="list-style-type: none"> • 8:10-10:40a • 12:10-2:40p 	<p>_____ STEM</p> <ul style="list-style-type: none"> • 7:30 -10a • 11:30a - 2p <p>_____ Central</p> <ul style="list-style-type: none"> • 8:45a -11:15a • 12:30 - 3p <p>_____ Central Enriquecimiento Español</p> <ul style="list-style-type: none"> • 8:45a -11:15a • 12:30 - 3p 		

Los horarios están sujetos a cambio

Requisitos para calificar para la beca

¡Por favor, conteste estas dos preguntas para ver si su hijo/a califica para una beca que pueda compensar el costo del preescolar!

¿Cuántas personas viven en su casa? (contando todos los adultos & niños) _____

¿Cuál es el ingreso anual de su hogar? _____

Cuestionario para padres: (Opcional) La escuela del distrito local y el Departamento de Educación de MN encargado de planificación y evaluación utilizarán su información de acuerdo con las prácticas de privacidad de datos estatales y federales.

- 1) Su nivel escolar más alto aprobado (padre/madre): _____
- 2) Situación laboral actual: Tiempo completo Medio tiempo Desempleado/a buscando empleo Desempleado/a no buscando empleo
- 3) ¿Cómo se enteró de estos programas?
 Catálogo de Educación Comunitaria Página web Familiar/amigo(a) Correo Otro: _____

Al firmar abajo, reconozco cada uno de los siguientes:

- * Entiendo que todos los programas de preescolar de 3 años tienen pago. Hay becas disponibles para aquellos que califiquen.
- * Entiendo que mi hijo/a debe de estar entrenado/a completamente para ir al baño cuando empiece la escuela, a no ser que aplique una exención médica/de desarrollo.
- * Entiendo que la prioridad de inscripción se basa en la necesidad demostrada, disponibilidad de transporte & otros factores familiares. Estoy consciente que esta aplicación no está completa hasta que todas las partes del paquete se hayan entregado y que la inscripción no está garantizada.
- * Entiendo que si mi hijo/a todavía no ha tenido una evaluación de educación temprana, tiene que tener una para poder participar en este programa. Para programar una evaluación de educación temprana, por favor llame al 612-243-3048, mande un correo a ecsreening@rpsmn.org, o programe una en línea en richfield.ce.eleyo.com
- * Entiendo que este programa cumple las guías y procedimientos indicados en el Manual de Padres de Familia de Educación Temprana. Las guías y procedimientos están sujetos a cambio.

Firma del padre/madre: _____ Fecha: _____

Aplique en línea en richfield.ce.eleyo.com o devuelva la aplicación llena al Centro de Educación Central
7145 Harriet Ave S Richfield MN 55423 ~ Teléfono: (612) 243-3007 ~ Fax: (612) 243-3067 ~ earlylearning@rpsmn.org

For office use only

Date Received: _____ Time stamp: _____ Initials: _____



Escuela _____

Nombre legal estudiante _____
(apellido(s)) (nombre) (segundo nombre) (grado a cursar)

Fecha de nacimiento ____/____/____ Sexo al nacer: Hombre Mujer Identidad de género (opcional) _____
Mes Día Año

Dirección _____
(número y nombre de la calle) (número apartamento) (ciudad) (estado) (código postal)

El estado de Minnesota exige que hagamos esta pregunta. Las respuestas ayudan a determinar la financiación y los recursos para los estudiantes de inglés en nuestras escuelas. No necesitamos ningún tipo de documentación ni compartimos las respuestas a esta pregunta.

Lugar de nacimiento _____ Si es distinto de los EEUU, ¿en qué mes/año se mudó a los EEUU? _____

Idioma del hogar _____ ¿Padres en servicio militar activo? Sí No ¿Está el estudiante sin hogar? Sí No

¿Estudió antes en Richfield? Sí No ¿Ha asistido el/la estudiante a otra escuela en Minnesota? Sí No

Última escuela a la que asistió _____
(nombre de la escuela) (ciudad) (estado) (código postal)

¿Se ha identificado al/a la estudiante para alguno de estos servicios?

- Plan 504 Estudiante del idioma inglés Dotado y talentoso Título I
- Educación especial – ¿Tiene un IEP/IFSP? Sí No En caso afirmativo, marque lo siguiente:
 - Emocional/Comportamiento (EBD) Discapacidad de aprendizaje (SLD)
 - Trastorno del espectro del autismo (ASD) Otro _____

Sólo para el kínder:

¿Ha hecho la evaluación de desarrollo preescolar? Sí No

En caso afirmativo, ¿dónde? _____

¿Asistió a un programa de preescolar?

Sí No En caso afirmativo, ¿dónde? _____

Padre/Tutor legal (1) _____
(apellido(s)) (nombre) (inicial 2nd nombre)

Fecha de nacimiento _____ Relación con el/la estudiante _____ Email _____

Dirección _____ ¿Vive el/la estudiante con usted? Sí No

Teléfono de casa (____) _____ Teléfono de celular (____) _____ Teléfono del trabajo (____) _____

Empresa/Patrón: _____

Padre/Tutor legal (2) _____
(apellido(s)) (nombre) (inicial 2nd nombre)

Fecha de nacimiento _____ Relación con el/la estudiante _____ Email _____

Dirección _____ ¿Vive el/la estudiante con usted? Sí No

Teléfono de casa (____) _____ Teléfono de celular (____) _____ Teléfono del trabajo (____) _____

Empresa/Patrón: _____

Apellido(s)	Nombre	Inicial	Fecha Nacimiento Mes/Día/Año	legales mencionados anteriormente	(si es aplicable)	Grado

Las regulaciones y estatutos de Minnesota requieren que el distrito escolar mantenga la información personal de los estudiantes al día. Dicha información formará parte del archivo permanente de un estudiante y estará disponible para los miembros pertinentes del personal del Distrito 280. Cierta información conocida como "directory information", que incluye el nombre del estudiante, la escuela a que asiste, su grado, el nombre de los padres, dirección y teléfono, esta disponible para las personas que reclutan en la milicia y para el publico en general a menos que el distrito reciba una solicitud por escrito de uno de los padres pidiendo que no comparta dicha información. La política de las Escuelas Públicas de Richfield sobre la Privacidad de los archivos de los estudiantes está disponible en www.richfieldschools.org.

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ DESCRITA ES CORRECTA.

Firma padre/tutor legal _____ Fecha _____

OFFICE USE ONLY:

Student ID number: _____ Start date: _____ School number: _____ Last locn code: _____

Encuesta sobre los Idiomas de Minnesota

Minnesota es el hogar de hablantes de más de 100 idiomas diferentes. La capacidad de hablar y entender varios idiomas es valorada. La información que usted proporcione será utilizada por el distrito escolar para ver si su estudiante es multilingüe. En Minnesota, los estudiantes que son multilingües pueden calificar para un sello multilingüe tras una previa evaluación. Además, la información que usted provea determinará si su estudiante debe tomar una prueba de habilidad del idioma inglés. Basado en los resultados de la prueba, su estudiante puede tener derecho a instrucción de desarrollo del idioma inglés. **El acceso a la instrucción es requerido por la ley federal y estatal. Como padre o tutor, usted tiene el derecho de rechazar la instrucción de clases de Aprendiz de Inglés (English Learner) en cualquier momento.** Cada estudiante que se matricula debe recibir la Encuesta sobre los Idiomas de Minnesota durante la inscripción. La información solicitada en este formulario es importante para poder servir a su estudiante. Su ayuda para completar la Encuesta sobre los Idiomas de Minnesota es muy apreciada.

Información del estudiante	
Nombre completo del estudiante: (Apellido, Nombre, Segundo Nombre)	Fecha de nacimiento o identificación del estudiante

	Marque la frase que mejor describe a su estudiante:	Indique el (los) idioma (s) aparte del inglés en el espacio provisto:
1. Mi estudiante primero aprendió:	___ idioma(s) aparte del inglés. ___ inglés e idioma(s) aparte del inglés. ___ solo inglés.	
2. Mi estudiante habla:	___ idioma(s) aparte del inglés. ___ inglés e idioma(s) aparte del inglés. ___ solo inglés.	
3. Mi estudiante entiende:	___ idioma(s) aparte del inglés. ___ inglés e idioma(s) aparte del inglés. ___ solo inglés.	
4. Mi estudiante tiene una interacción consistente con:	___ idioma(s) aparte del inglés. ___ inglés e idioma(s) aparte del inglés. ___ solo inglés.	

El uso del lenguaje por sí solo no identifica a su estudiante como aprendiz de inglés. Si se indica un idioma que no sea el inglés, se evaluará a su hijo para determinar el dominio del idioma inglés.

Información del padre/tutor	
Nombre del padre/tutor (en letra de imprenta):	
Firma del padre/tutor	Fecha:

* Todos los datos en este formulario son privados. Solo se compartirán con el personal del distrito que necesite dicha información para atender mejor a su estudiante y para los informes requeridos legalmente sobre el idioma del hogar y elegibilidad del servicio al Departamento de Educación de Minnesota. En el distrito y en el Departamento de Educación de Minnesota, esta información no se compartirá con otras personas o entidades, excepto si están autorizadas por ley estatal o federal para acceder a la información. El cumplimiento de esta solicitud de información es voluntario.

2019-20 Formulario de designación demográfica racial y étnica

Nombre del estudiante: _____ Segundo nombre/inicial del estudiante: _____

Apellidos: _____ Fecha de nacimiento: _____

Distrito: _____ Escuela: _____

Las escuelas están obligadas a remitir determinada información de etnicidad y raza al estado y al Departamento de Educación de EE. UU. Debido a cambios recientes en la ley estatal de Minnesota, Minnesota desglosa cada categoría en grupos detallados para ampliar la representación de nuestras poblaciones de estudiantes. Los progenitores o tutores no tienen que contestar a las preguntas federales (**en negrita**) para sus hijos. Si decide no contestar a las preguntas federales (**en negrita**), la ley obliga a las escuelas a hacerlo por usted. Esto es un último recurso. Preferimos que sean los progenitores o tutores quienes rellenen el formulario. Las preguntas del estado están marcadas como "Opcionales" y las escuelas no rellenan esta información por usted.

Esta información ayuda a mejorar la enseñanza y el aprendizaje a todos y nos ayuda a identificar y a defender con precisión a estudiantes con pocos recursos. La información recopilada en este formulario se considera información privada. Puede consultar el aviso de privacidad para aprender más acerca del objetivo de recopilar esta información, cómo se utilizará o no se utilizará la información, y cómo se identificaron los grupos más detallados. El aviso de privacidad se encuentra en la sección de [Preguntas Más Frecuentes: Formulario de designación étnica y racial](#)

¿El estudiante es Hispano/Latino, según la definición del gobierno federal? La definición federal incluye personas de cultura u origen Cubano, Mexicano, Puertorriqueño, Americano Central o del Sur, u otro Español, independientemente de la raza.¹ [Debe seleccionar "sí" o "no" a esta pregunta].

Sí [Si sí, vaya a la Pregunta A].

No [Si no, vaya a la Pregunta 1].

Pregunta opcional A: Si seleccionó sí anteriormente, seleccione lo que corresponda de la siguiente lista (el personal de la escuela no responderá a esta pregunta):

Prefiero no indicar

Guatemalteco

Salvadoreño

Otro Hispano/Latino

Colombiano

Mexicano

Español/American

Desconocido

Ecuatoriano

Puertorriqueño

Español

Vaya a la Pregunta 1.

[Seleccione "sí" como mínimo a una de las siguientes Preguntas (1-6)].

Pregunta 1: ¿Se identifica el estudiante como Indio Americano o Nativo de Alaska, según la definición del estado de Minnesota? La definición del estado de Minnesota incluye a personas que tienen ascendencia de cualquiera de los pueblos originales de Norteamérica que mantienen identificación cultural mediante afiliación tribal o reconocimiento comunitario. [Esta pregunta es necesaria para calcular ayudas/financiación estatal].

Sí [Si sí, vaya a la Pregunta 1a]

No [Si no, vaya a la Pregunta 2]

Pregunta opcional 1a: Si seleccionó sí anteriormente, seleccione lo que corresponda de la siguiente lista (el personal de la escuela no responderá a esta pregunta):

Prefiero no indicar

Cherokee

Otra Afiliación Tribal Indio

Anishinaabe/Ojibwe

Dakota/Lakota

Desconocido

Vaya a la Pregunta 2.

¹Federal Register, Vol. 72, No. 202/Friday, October 19, 2007/Notices/59274

Pregunta 2. ¿El estudiante es Indio Americano de Sudamérica o América Central?

Sí [Vaya a la Pregunta 3].

No [Vaya a la Pregunta 3].

Pregunta 3. ¿El estudiante es Asiático, según la definición del gobierno federal? Esta definición federal incluye a personas de ascendencia de cualquiera de los pueblos originales del Lejano Oriente, Asia Suroriental, o el continente indio, incluidos, por ejemplo, Camboya, China, India, Japón, Corea, Malasia, Paquistán, Filipinas, Tailandia y Vietnam.

Sí [Si sí, vaya a la Pregunta 3].

No [Si no, vaya a la Pregunta 4]

Pregunta opcional 3a: Si seleccionó sí anteriormente, seleccione lo que corresponda de la siguiente lista (el personal de la escuela no responderá a esta pregunta):

Prefiero no indicar.

Chino

Karen

Otro Asiático

Indio Asiático

Filipino

Coreano

Desconocido

Birmano

Hmong

Vietnamita

Vaya a la Pregunta 4.

Pregunta 4. ¿El estudiante es negro o Americano Africano, según la definición del gobierno federal? La definición federal incluye personas de ascendencia de cualquiera de los grupos raciales negros de África.¹

Sí [Si sí, vaya a la Pregunta 4a].

No [Si no, vaya a la Pregunta 5]

Pregunta opcional 4a. Si seleccionó sí anteriormente, seleccione lo que corresponda de la siguiente lista (el personal de la escuela no responderá a esta pregunta):

Prefiero no indicar

Otro-Etíope

Somalí

Americano-Africano

Liberiano

Otro negro

Oromo-Etíope

Nigeriano

Desconocido

Vaya a la Pregunta 5.

Question 5. Is the student Native Hawaiian or Other Pacific Islander as defined by the federal government? The federal definition includes persons having origins in any of the original peoples of Hawaii, Guam, Samoa, or other Pacific Islands.¹

Yes [Go to Question 6.]

No [Go to Question 6.]

Pregunta 5. ¿El estudiante es Hawaiano Nativo u Otro Isleño del Pacífico, según la definición del gobierno federal?

La definición federal incluye a personas de ascendencia de cualquiera de los pueblos originales de Hawái, Guam, Samoa y otras Islas del Pacífico.

Yes

No

Nombre del progenitor/tutor _____ Fecha _____

Firma del progenitor/tutor _____

El objetivo de recopilar cada grupo, cómo se utilizará o no se utilizará la información, y cómo se identificaron los grupos más detallados se puede consultar en el documento adjunto de Preguntas Más Frecuentes.

1Registro Federal, Vol. 72, No. 202/Viernes, 19 de octubre de 2007/Avisos/59274



Información de Salud/Emergencia

Nombre del Estudiante _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____
(Apellido, Primer Nombre, Inicial del Segundo Nombre)

Mi hijo/a tiene condiciones de salud: No Sí (En caso afirmativo, por favor, especifique a continuación)

Mi hijo/a toma medicina: No Sí (En caso afirmativo, por favor, especifique a continuación)

(Pase a la parte de atraz si no necesita compartir más información.)

<input type="checkbox"/> Alergias - Tipo(s) Especifico(s) _____	<input type="checkbox"/> ADHD - Tipo ____ Desatento ____ Hiperactivo ____ Combinación	<input type="checkbox"/> Epilepsia/Convulsiones - Tipo _____
<input type="checkbox"/> Asthma - Tipo/Que lo Provoca _____	<input type="checkbox"/> Oído/Preocupación con la Audición _____ audifono(s)/aparato	<input type="checkbox"/> Ojos/Preocupación con la Visión _____ lentes correctivos
<input type="checkbox"/> Diabetes ____Tipo 1 ____Tipo 2	<input type="checkbox"/> Alergia de Comida - Especificar _____	<input type="checkbox"/> Intolerancia de la Comida - Especifique

____ Mi niño-a tiene un Plan de Acción actual de Anafilaxia. ____ Esto está adjunto.

____ Mi niño-a tiene un Plan de Acción actual de Asthma ____ Esto está adjunto.

____ Mi niño-a tiene un Plan Médico/Tratamiento de Diabetes. ____ Esto está adjunto.

____ Mi niño-a tiene un Plan de Acción actual para Convulsiones. ____ Esto está adjunto.

Comentarios adicionales de cualquier preocupación de salud indicados en la parte de arriba o que no se encuentren en la lista:

____ Mi niño-a tiene restricciones de actividades a largo plazo. ____ Una nota del proveedor de salud está adjunta.

Procedimiento

____ Mi niño-a necesita el(los) siguiente(s) procedimiento(s) realizados durante el día escolar.

Se requiere un Formulario de Consentimiento de Procedimiento de Atención Médica para cada procedimiento no indicado en los planes de acción enumerados anteriormente. Un formulario de consentimiento para el procedimiento de atención médica está disponible en el sitio web de RPS: Familias> Recursos familiares> Servicios de salud.

Medicamento

____ Mi niño-a toma el(los) siguiente medicamento(s) durante el día escolar -medicamento(s)/razone(s): _____

____ Mi niño-a toma el(los) siguiente(s) medicamentos en casa - (medicamentos (s)/razon(es): _____

Se necesitará un Formulario de Consentimiento de Administración de Medicamentos para cada medicamento. El formulario está disponible en el sitio web de RPS en Familias> Recursos familiares> Servicios de salud. (Un recetador autorizado puede enviar el consentimiento de medicamentos en lugar de este formulario, siempre que se incluya toda la información requerida. También se requiere la autorización del padre / representante).

____ Mi hijo-a tiene la autorización de un medico autorizado para llevar y auto-administrarse, si es posible el siguiente medicamento(s): _____

Formulario de Consentimiento del Médico Administrador será necesaria para cada medicamento.

____ Mi hijo-a está en la escuela secundaria y tiene permiso para llevar/administrar el siguiente medicamento para aliviar el dolor(es) de manera consistente con la etiqueta del producto _____

Note: El Distrito puede revocar el privilegio de un estudiante de poseer y usar analgésicos sin receta si el distrito determina que el estudiante está abusando del privilegio. Mi hijo comprende el uso, la acción prevista y los posibles efectos secundarios de los medicamentos. La firma del padre / tutor sirve como consentimiento.

___ Mi hijo ha recibido una o más vacunas en el último año. (Listar o adjuntar) _____

___ Mi hijo tuvo esta enfermedad, lesión, cirugía, hospitalización en el último año: _____

En caso de enfermedad o lesión en la que se considera que un estudiante no puede continuar el día en la escuela, se contactará a un padre/Representante/persona de emergencia designada. Los estudiantes no serán enviados a casa por su cuenta sin el permiso de los padres/representantes. Si necesita la asistencia del personal de primeros auxilios y se determina que un estudiante requiere transporte a un centro médico sin demora, se notificará a los padres/representantes.

Entiendo que esta información se compartirá en base a la necesidad de saber/derecho a saber con el personal de la escuela para proteger la salud y la seguridad de mi hijo.

Si a su hijo se le diagnostica una condición de salud física y / o mental, su hijo puede ser elegible para un Plan de la Sección 504 que contenga adaptaciones, modificaciones o servicios. Si desea reunirse o tener una conferencia telefónica para dialogar un posible Plan 504 para su hijo, comuníquese con la escuela de su hijo.

Firma del Padre/Representante _____ Fecha _____

Nombre del Padre/Representante: _____	Relación con el estudiante _____	
Telefono 1 _____	Telefono 2 _____	Telefono 3 _____
Celular Casa Trabajo (Marque uno)	Celular Casa Trabajo (Marque uno)	Celular Casa Work (Marque uno)
Correo Electronico _____		

Nombre del Padre/Representante: _____	Relación con el estudiante _____	
Teléfono 1 _____	Teléfono 2 _____	Teléfono 3 _____
Celular Casa Trabajo (Marque uno)	Celular Casa Trabajo (Marque uno)	Celular Casa Trabajo (Marque uno)
Correo Electronico _____		

Nombre del Contacto de Emergencia 1: _____	Relación con el estudiante _____	
Telefono 1 _____	Telefono 2 _____	Telefono 3 _____
Celular Casa Trabajo (Marque uno)	Celular Casa Trabajo (Marque uno)	Celular Casa Trabajo (Marque uno)
E-mail _____		

Nombre del Contacto de Emergencia 2: _____	Relación con el estudiante _____	
Telefono 1 _____	Telefono 2 _____	Telefono 3 _____
Celular Casa Trabajo (Marque uno)	Celular Casa Trabajo (Marque uno)	Celular Casa Trabajo (Marque uno)
Correo Electronico _____		



Solicitud De Transporte **SOLÓ** para preescolar para de 4 años

Nombre del estudiante: _____

Dirección para recoger/dejar a estudiante: _____

Tipo de dirección: Casa: Cuidado de Niños:

Nombre de adulto en la parada : _____ Teléfono : _____

Mi hijo/a necesita transporte a esta ubicación:

Antes de la escuela Después de la escuela Ambas direcciones

NO necesito transporte - Voy a recoger y dejar a mi estudiante a la escuela.

Al marcar esta opción, entiendo que si llegara a necesitar transporte más adelante, puedo solicitarlo. Cualquier solicitud hecha después de la aplicación inicial puede tomar hasta dos semanas para entrar en efecto. El departamento de transporte les enviará por correo las rutas y horarios de bus a finales de agosto.

Reglamento de transporte

- Los estudiantes que estén en el programa de 4 años que vivan dentro de los límites del distrito escolar califican para transporte. Las Escuelas Públicas de Richfield no transportan a ningún lugar fuera de los límites del distrito. Aplican los límites de la escuela comunitaria. Para recibir información más detallada acerca del transporte, por favor lean el Manual de Padres.
- Es posible que las solicitudes que se reciban después del 31 de julio no estén listas para el primer día de escuela.
- Un adulto tiene que estar con el estudiante en la parada a la hora de dejar y recoger. Si no hay un adulto en la parada, el conductor no dejará a su hijo/a en la parada.
- Por favor, estén listos en la parada 5 minutos antes de la hora programada de recoger/dejar a su hijo/a. Los conductores van a esperar un minuto antes de irse a la siguiente parada.
- Los estudiantes de preescolar se sientan en los asientos de enfrente.
- Los buses escolares NO paran enfrente de las casas para recoger/dejar niños.
- Si su hijo/a necesita acomodaciones especiales de transporte, por favor, póngase en contacto con: Amber.lampron@rpsmn.org

Para más información, lea el Manual de Padres de Educación Temprana.