



SOUTH BEND JR/SR HIGH SCHOOL

P.O. Box 437 400 E. First Street

South Bend, WA 98586

Phone: (360) 875-5707

FAX: (360) 875-6036

Jason Nelson, Principal

A great place for kids.

Please forward the following information:

- School Academic Records
- School Health Records
- State Bilingual Status
- Special Education Records (IEP and evaluation information)
→ email to mkudasik@southbendschools.org

Student Name: _____

Birth Date: _____

Grade: _____

According to the Final Regulations-Family Rights and Privacy Act (Buckley Amendment) dated June 17, 1976, it is no longer necessary to obtain written consent to release records. It states that school officials, including teachers within the educational institution, and officials of other school systems in which the student may intend to enroll, may receive a student's record without a written consent for such release.

School Last Attended: _____

Address: _____

Phone Number: _____

FAX Number: _____

Thank you,

Susie Williams, Registrar
swilliams@southbendschools.org
Phone Number: 360-875-5707 ext. 4
Fax Number: 360-875-6036

Melissa Kudasik, Special Services Secretary
mkudasik@southbendschools.org
Phone Number: 360-875-5707 ext. 3
Fax Number: 360-875-6036

REGISTRATION FORM

Student names, addresses, and certain other information are Directory Information.

STUDENT NAME: Legal Last Name		Legal First Name	Legal Middle Name	BIRTHDATE (Month/Day/Year)
GENDER (M/F)	BIRTHPLACE: City State Country		GRADE LEVEL	
NAME OF LAST SCHOOL PREVIOUSLY ATTENDED: LOCATION?			HAS STUDENT EVER ATTENDED A SCHOOL IN SOUTH BEND? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
Does your student use another name other than the legal one? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If Yes, please provide the full name:			PRIMARY LANGUAGE SPOKEN BY CHILD <input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> Other _____	
DOES STUDENT HAVE ANY ALLERGIES?			ANY OTHER MEDICAL ISSUES?	

PRIMARY HOUSEHOLD INFORMATION—Parents/guardian of student where student resides

PRIMARY HOUSEHOLD GUARDIAN #1 <i>Last Name</i> <i>First Name</i>		RELATIONSHIP OF PRIMARY GUARDIAN TO STUDENT <input type="checkbox"/> Father <input type="checkbox"/> Mother <input type="checkbox"/> Stepfather <input type="checkbox"/> Stepmother <input type="checkbox"/> Guardian <input type="checkbox"/> Other _____	Primary Phone # (include area code) This phone will be called when the School uses its automatic dialing System to send messages about Events and school closures.	Is this phone? <input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Cell
Guardian #1 E-mail address		Workplace information for Guardian #1 in this household Employer: Phone#	Second phone for Primary Guardian (include area code)	Is this phone? <input type="checkbox"/> Cell <input type="checkbox"/> Home
PHYSICAL ADDRESS	<i>Street</i> <i>Apt #</i>		<i>City</i> <i>State</i> <i>ZIP</i>	
MAILING ADDRESS (if different from above)	<i>Street</i> <i>Apt #</i>	<i>P O Box</i>	<i>City</i> <i>State</i> <i>ZIP</i>	
PRIMARY HOUSEHOLD GUARDIAN #2 <i>Last Name</i> <i>First Name</i>		RELATIONSHIP OF GUARDIAN #2 TO STUDENT <input type="checkbox"/> Father <input type="checkbox"/> Mother <input type="checkbox"/> Stepfather <input type="checkbox"/> Stepmother <input type="checkbox"/> Other _____	Guardian #2 phone -- (include area code) Is this phone? <input type="checkbox"/> Work <input type="checkbox"/> Cell	
Guardian #2 E-mail address		Workplace information for Guardian #2 in this household Employer Phone #		

HAS YOUR CHILD EVER QUALIFIED FOR OR BEEN ENROLLED IN A SPECIAL ED PROGRAM? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	HAS YOUR CHILD EVER BEEN RETAINED? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
HAS YOUR CHILD EVER QUALIFIED FOR OR HAD A 504 PLAN? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	If yes, at what grade level(s) _____
HAS YOUR CHILD EVER PARTICIPATED IN: <input type="checkbox"/> Title Program <input type="checkbox"/> OT/PT <input type="checkbox"/> Speech <input type="checkbox"/> ESL <input type="checkbox"/> Other _____	

PLEASE LIST OTHER FAMILY MEMBERS ATTENDING South Bend School District		
Last Name	First Name	Grade

PLEASE CONTINUE ON BACK OF FORM

SECOND HOUSEHOLD INFORMATION – Parents/guardian of student NOT residing full time with student

SECOND HOUSEHOLD GUARDIAN #1 Last Name _____ First Name _____		RELATIONSHIP OF SECOND HOUSEHOLD GUARDIAN 1 TO STUDENT <input type="checkbox"/> Father <input type="checkbox"/> Mother		PRIMARY PHONE # (include area code)		Is this phone? <input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Cell	
Please indicate if Second Household should receive mailings such as report cards, attendance letters, test scores, etc. <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Stepfather <input type="checkbox"/> Stepmother <input type="checkbox"/> Guardian <input type="checkbox"/> Other _____		PHONE #2 Second Household Guardian (include area code)		Is this phone? <input type="checkbox"/> Work <input type="checkbox"/> Cell	
PHYSICAL ADDRESS	Street _____	Apt # _____		City _____	State _____	ZIP _____	
MAILING ADDRESS (if different from above)	Street _____	Apt # _____	P O Box _____	City _____	State _____	ZIP _____	
SECOND HOUSEHOLD (Secondary guardian 2) Last Name _____ First Name _____		RELATIONSHIP OF SECOND HOUSEHOLD GUARDIAN 2 TO STUDENT <input type="checkbox"/> Father <input type="checkbox"/> Mother		PHONE #3 – Secondary Guardian – Household 2 (include area code)		Is this phone? <input type="checkbox"/> Work <input type="checkbox"/> Cell	
Second Household Guardian #1 e-mail address: _____		B _____					

When injury, illness or other situations occur involving your child, we want to be able to quickly reach families or other responsible adults. In the event we cannot reach a parent/guardian, please list persons below you trust who are available during the day to provide care for your child. In the event that the school is unable to contact the parent/guardian, your child may be released to the person(s) you have listed.

FILL IN EMERGENCY CONTACT INFORMATION FOR AT LEAST TWO CONTACTS

PRIMARY CONTACT (other than parent/guardian) Last Name _____ First Name _____	RELATIONSHIP TO CHILD	PHONE #1 (include area code) <input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Work <input type="checkbox"/> Cell	PHONE #2 (include area code) <input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Work <input type="checkbox"/> Cell
SECOND CONTACT (other than parent/guardian) Last Name _____ First Name _____	RELATIONSHIP TO CHILD	PHONE #1 (include area code) <input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Work <input type="checkbox"/> Cell	PHONE #2 (include area code) <input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Work <input type="checkbox"/> Cell
THIRD CONTACT (other than parent/guardian) Last Name _____ First Name _____	RELATIONSHIP TO CHILD	PHONE #1 (include area code) <input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Work <input type="checkbox"/> Cell	PHONE #2 (include area code) <input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Work <input type="checkbox"/> Cell

ARE THERE ANY CUSTODIAL ORDERS OR RESTRAINING ORDERS IN EFFECT? Yes No

If yes please give the school a copy for your child's file.

VERIFICATION OF INFORMATION: The information on this form is true and accurate as of this date. I understand that falsification of information to achieve enrollment may be cause for revocation of the student's enrollment in the South Bend School District. I also understand that by providing Emergency contact information, the person(s) listed are authorized to pick up my child if parent/guardian is unreachable.

EMERGENCY MEDICAL AUTHORIZATION: I understand that in the event of accident or illness, every effort will be made to contact parent/guardian immediately. If parent/guardian cannot be reached, I authorize the school authorities to obtain emergency care for my child.

Legal Parent/Guardian Signature

Date _____

Recently, the federal government expanded the categories for student ethnicity and race data. Because of these changes, we need to ask you to identify your child as Hispanic/Latino or not Hispanic/Latino and by one or more racial groups.

Question 1: Is your child of Hispanic or Latino origin? No (Please check all that apply)

<input type="checkbox"/>	Hispanic	<input type="checkbox"/>	Costa Rican	<input type="checkbox"/>	Mexican	<input type="checkbox"/>	Salvadoran
<input type="checkbox"/>	Argentine	<input type="checkbox"/>	Cuban	<input type="checkbox"/>	Mestizo	<input type="checkbox"/>	Spaniard
<input type="checkbox"/>	Bolivian	<input type="checkbox"/>	Dominican	<input type="checkbox"/>	Native	<input type="checkbox"/>	Surinamese
<input type="checkbox"/>	Brazilian	<input type="checkbox"/>	Ecuadorian	<input type="checkbox"/>	Nicaraguan	<input type="checkbox"/>	Uruguayan
<input type="checkbox"/>	Chicano (Mexican American)	<input type="checkbox"/>	Guatemalan	<input type="checkbox"/>	Panamanian	<input type="checkbox"/>	Venezuelan
<input type="checkbox"/>	Chilean	<input type="checkbox"/>	Guyanese	<input type="checkbox"/>	Paraguayan	<input type="checkbox"/>	Hispanic/Latino (Write In)
<input type="checkbox"/>	Colombian	<input type="checkbox"/>	Honduran	<input type="checkbox"/>	Peruvian	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	Jamaican	<input type="checkbox"/>	Puerto Rican		

Question 2: What race(s) do you consider your child? (Please check ALL that apply)

White/Black/African American

<input type="checkbox"/>	White
<input type="checkbox"/>	Black/African-American
<input type="checkbox"/>	African-American

Washington State Tribes/Alaskan Native

<input type="checkbox"/>	American Indian/Alaskan Native
<input type="checkbox"/>	Chinook Tribe
<input type="checkbox"/>	Confederated Tribes and Bands of the Yakama Nation
<input type="checkbox"/>	Confederated Tribes of the Chehalis Reservation
<input type="checkbox"/>	Confederated Tribes of the Colville Reservation
<input type="checkbox"/>	Cowlitz Indian Tribe
<input type="checkbox"/>	Duwamish Tribe
<input type="checkbox"/>	Hoh Indian Tribe
<input type="checkbox"/>	Jamestown S'Klallam Tribe
<input type="checkbox"/>	Kalispel Indian Community of the Kalispel Reservation
<input type="checkbox"/>	Kikiallus Indian Nation
<input type="checkbox"/>	Lower Elwha Tribal Community
<input type="checkbox"/>	Lummi Tribe of the Lummi Reservation
<input type="checkbox"/>	Makah Indian Tribe of the Makah Indian Reservation
<input type="checkbox"/>	Marietta Band of Nooksack Tribe
<input type="checkbox"/>	Muckleshoot Indian Tribe
<input type="checkbox"/>	Nisqually Indian Tribe
<input type="checkbox"/>	Nooksack Indian Tribe of Washington
<input type="checkbox"/>	Port Gamble S'Klallam Tribe
<input type="checkbox"/>	Puyallup Tribe of Puyallup Reservation
<input type="checkbox"/>	Quileute Tribe of the Quileute Reservation
<input type="checkbox"/>	Quinalt Indian Nation
<input type="checkbox"/>	Samish Indian Nation
<input type="checkbox"/>	Sauk-Suiattle Indian Tribe of Washington
<input type="checkbox"/>	Shoalwater Bay Indian Tribe of the Shoalwater Bay Indian Reservation
<input type="checkbox"/>	Skokomish Indian Tribe
<input type="checkbox"/>	Snohomish Tribe
<input type="checkbox"/>	Snoqualmie Indian Tribe
<input type="checkbox"/>	Snoqualmoo Tribe
<input type="checkbox"/>	Spokane Tribe of the Spokane Reservation
<input type="checkbox"/>	Squaxin Island Tribe of the Squaxin Island Reservation
<input type="checkbox"/>	Steilacoom Tribe
<input type="checkbox"/>	Stillaguamish Tribe of Indians of Washington
<input type="checkbox"/>	Suquamish Indian Tribe of the Port Madison Reservation
<input type="checkbox"/>	Swinomish Indian Tribal Community
<input type="checkbox"/>	Tulalip Tribes of Washington
<input type="checkbox"/>	Alaskan Native (Write In)
<input type="checkbox"/>	American Indian (Write In)

Asian

<input type="checkbox"/>	Asian Indian	<input type="checkbox"/>	Lao
<input type="checkbox"/>	Bangladeshi	<input type="checkbox"/>	Malaysian
<input type="checkbox"/>	Bhutanese	<input type="checkbox"/>	Mien
<input type="checkbox"/>	Burmese/Myanmar	<input type="checkbox"/>	Mongolian
<input type="checkbox"/>	Cambodian/Khmer	<input type="checkbox"/>	Nepali
<input type="checkbox"/>	Cham	<input type="checkbox"/>	Okinawan
<input type="checkbox"/>	Chinese	<input type="checkbox"/>	Pakistani
<input type="checkbox"/>	Filipino	<input type="checkbox"/>	Punjabi
<input type="checkbox"/>	Hmong	<input type="checkbox"/>	Singaporean
<input type="checkbox"/>	Indonesian	<input type="checkbox"/>	Sri Lankan
<input type="checkbox"/>	Japanese	<input type="checkbox"/>	Taiwanese
<input type="checkbox"/>	Korean	<input type="checkbox"/>	Thai
<input type="checkbox"/>	Asian (Write In)	<input type="checkbox"/>	Tibetan
		<input type="checkbox"/>	Vietnamese

Middle Eastern/North African

<input type="checkbox"/>	Algerian	<input type="checkbox"/>	Israeli
<input type="checkbox"/>	Amazigh or Berber	<input type="checkbox"/>	Jordanian
<input type="checkbox"/>	Arab or Arabic	<input type="checkbox"/>	Kurdish Kuwaiti
<input type="checkbox"/>	Assyrian	<input type="checkbox"/>	Lebanese
<input type="checkbox"/>	Bahraini	<input type="checkbox"/>	Libyan
<input type="checkbox"/>	Bedouin	<input type="checkbox"/>	Moroccan
<input type="checkbox"/>	Chaldean	<input type="checkbox"/>	Omani
<input type="checkbox"/>	Copt	<input type="checkbox"/>	Palestinian
<input type="checkbox"/>	Druze	<input type="checkbox"/>	Qatari
<input type="checkbox"/>	Egyptian	<input type="checkbox"/>	Saudi Arabian
<input type="checkbox"/>	Emirati	<input type="checkbox"/>	Syrian
<input type="checkbox"/>	Iranian	<input type="checkbox"/>	Tunisian
<input type="checkbox"/>	Iraqi	<input type="checkbox"/>	Yemeni
<input type="checkbox"/>	Middle Eastern (Write In)	<input type="checkbox"/>	North African (Write In)

Caribbean

<input type="checkbox"/>	Anguillian	<input type="checkbox"/>	Dominican (Dominican Republic)
<input type="checkbox"/>	Antiguan	<input type="checkbox"/>	Dutch Antillean (Netherlands Antilles)
<input type="checkbox"/>	Bahamian	<input type="checkbox"/>	Grenadian
<input type="checkbox"/>	Barbadian	<input type="checkbox"/>	Guadeloupean
<input type="checkbox"/>	Barthélemois/Barthémoises	<input type="checkbox"/>	Haitian
<input type="checkbox"/>	British Virgin Islander	<input type="checkbox"/>	Jamaican
<input type="checkbox"/>	Caymanian (Cayman Island)	<input type="checkbox"/>	Martiniquais/Martiniquaise
<input type="checkbox"/>	Cuba Dominican	<input type="checkbox"/>	Montserratian
<input type="checkbox"/>	Caribbean (Write In)	<input type="checkbox"/>	Puerto Rican

East African

<input type="checkbox"/>	Burundian	<input type="checkbox"/>	Reunionese
<input type="checkbox"/>	Comoran	<input type="checkbox"/>	Rwandan
<input type="checkbox"/>	Djiboutian	<input type="checkbox"/>	Seychellois
<input type="checkbox"/>	Eritrean	<input type="checkbox"/>	Seychelloise
<input type="checkbox"/>	Ethiopian	<input type="checkbox"/>	Somali
<input type="checkbox"/>	Kenyan	<input type="checkbox"/>	South Sudanese
<input type="checkbox"/>	Malagasy (Madagascar)	<input type="checkbox"/>	Sudanese
<input type="checkbox"/>	Malawian	<input type="checkbox"/>	Ugandan
<input type="checkbox"/>	Mauritian (Mauritius)	<input type="checkbox"/>	Tanzanian (United RC of Tanzania)
<input type="checkbox"/>	Mahoran (Mayotte)	<input type="checkbox"/>	Zambian
<input type="checkbox"/>	Mozambican	<input type="checkbox"/>	Zimbabwean
<input type="checkbox"/>	East African (Write In)		

Latin American

<input type="checkbox"/>	Argentine	<input type="checkbox"/>	Guatemalan
<input type="checkbox"/>	Belizean	<input type="checkbox"/>	Guyanese
<input type="checkbox"/>	Bolivian	<input type="checkbox"/>	Honduran
<input type="checkbox"/>	Brazilian	<input type="checkbox"/>	Mexican
<input type="checkbox"/>	Chilean	<input type="checkbox"/>	Nicaraguan
<input type="checkbox"/>	Colombian	<input type="checkbox"/>	Panamanian
<input type="checkbox"/>	Costa Rican	<input type="checkbox"/>	Paraguayan
<input type="checkbox"/>	Ecuadorian	<input type="checkbox"/>	Peruvian
<input type="checkbox"/>	El Salvadoran	<input type="checkbox"/>	So. Georgia/So. Sandwich Islands
<input type="checkbox"/>	Falkland Islander	<input type="checkbox"/>	Surinamese
<input type="checkbox"/>	French Guianese	<input type="checkbox"/>	Uruguayan
<input type="checkbox"/>	Latin American (Write In)	<input type="checkbox"/>	Venezuelan

West African

<input type="checkbox"/>	Beninese	<input type="checkbox"/>	Liberian
<input type="checkbox"/>	Bissau-Guinean	<input type="checkbox"/>	Malian
<input type="checkbox"/>	Burkinabé (Burkina Faso)	<input type="checkbox"/>	Mauritanian
<input type="checkbox"/>	Cabo Verdean	<input type="checkbox"/>	Nigerien (Niger)
<input type="checkbox"/>	Ivorian (Coted'Ivoire)	<input type="checkbox"/>	Nigerian (Nigeria)
<input type="checkbox"/>	Gambian	<input type="checkbox"/>	Saint Helenian
<input type="checkbox"/>	Ghanaian	<input type="checkbox"/>	Senegalese
<input type="checkbox"/>	West African (Write In)	<input type="checkbox"/>	Sierra Leonean
		<input type="checkbox"/>	Togolese

Central African

<input type="checkbox"/>	Angolan	<input type="checkbox"/>	Congolese (Dem. RC of the Congo)
<input type="checkbox"/>	Cameroonian	<input type="checkbox"/>	Equatorial Guinean
<input type="checkbox"/>	Central African (Cent. African RC)	<input type="checkbox"/>	Gabonese
<input type="checkbox"/>	Chadian	<input type="checkbox"/>	São Toméan
<input type="checkbox"/>	Congolese (RC of the Congo)	<input type="checkbox"/>	Principe
<input type="checkbox"/>	Central African (Write In)		

Eastern European

<input type="checkbox"/>	Bosnian	<input type="checkbox"/>	Romanian
<input type="checkbox"/>	Herzegovinian	<input type="checkbox"/>	Russian
<input type="checkbox"/>	Polish	<input type="checkbox"/>	Ukrainian
<input type="checkbox"/>	Eastern European (Write In)		

Pacific Islander/Native Hawaiian

<input type="checkbox"/>	Native Hawaiian/Other Pacific Islander	<input type="checkbox"/>	Palauan
<input type="checkbox"/>	Carolinian	<input type="checkbox"/>	Papuan
<input type="checkbox"/>	Chamorro	<input type="checkbox"/>	Pohpeian
<input type="checkbox"/>	Chuukese	<input type="checkbox"/>	Samoan
<input type="checkbox"/>	Fijian	<input type="checkbox"/>	Solomon Islander
<input type="checkbox"/>	i-Kiribati/Gilbertese	<input type="checkbox"/>	Tahitian
<input type="checkbox"/>	Kosraean	<input type="checkbox"/>	Tokelauan
<input type="checkbox"/>	Maori	<input type="checkbox"/>	Tongan
<input type="checkbox"/>	Marshallese	<input type="checkbox"/>	Tuvaluan
<input type="checkbox"/>	Native Hawaiian	<input type="checkbox"/>	Yapese
<input type="checkbox"/>	Ni-Vanuatu	<input type="checkbox"/>	Other Pac. Islander (Write In)
<input type="checkbox"/>	Native Hawaiian (Write In)	<input type="checkbox"/>	

South African

<input type="checkbox"/>	Botswanan	<input type="checkbox"/>	South African
<input type="checkbox"/>	Mosotho (Lesotho)	<input type="checkbox"/>	Swazi
<input type="checkbox"/>	Namibian		
<input type="checkbox"/>	South African (Write In)		



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</p> <p>Todos los padres tienen el derecho de recibir información sobre la educación de su hijo en un idioma que entiendan. Indique el idioma de su preferencia para que podamos brindarle un intérprete o documentos traducidos, sin cargo alguno, cuando los necesite.</p>	<p>1. a) ¿En qué idioma(s) preferiría su familia recibir las comunicaciones por escrito de la escuela? _____</p> <p>b) ¿Necesita un intérprete para las reuniones y llamadas telefónicas (incluso de ASL)?</p> <p>Nombre del padre/madre/tutor 1: _____</p> <p>¿Necesita intérprete? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Idioma _____</p> <p>Nombre del padre/madre/tutor 2: _____</p> <p>¿Necesita intérprete? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Idioma _____</p>		
<p>Requisitos para recibir apoyo en capacitación de idiomas</p> <p>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(s) habló o entendió primero su hijo(a)? _____</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 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/></p>		
<p>Educación previa</p> <p>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) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Si la respuesta es Sí: Número de meses: _____</p> <p style="padding-left: 150px;">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 style="padding-left: 40px;">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.





The Home Language Survey is given to *all* students enrolling in Washington schools.

Student Name: _____	Grade: _____	Date: _____
----------------------------	---------------------	--------------------

Parent/Guardian Name _____ Parent/Guardian Signature _____

<p>Right to Translation and Interpretation Services</p> <p>All families have the right to information about their child's education in a language they understand. Please tell us your language preferences so we can provide an interpreter or translated documents, free of charge, when you need them.</p>	<p>1. a) In what language(s) would your family prefer to receive written communication from the school? _____</p> <p>b) Do you need an interpreter for meetings and phone calls (including ASL)?</p> <p>Parent/Guardian Name #1: _____</p> <p>Interpreter Needed? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Language _____</p> <p>Parent/Guardian Name #2: _____</p> <p>Interpreter Needed? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Language _____</p>
--	--

<p>Eligibility for Language Development Support</p> <p>Information about the student's language helps us identify students who qualify for support to develop the language skills necessary for success in school. Testing may be necessary to determine if language supports are needed.</p>	<p>2. What language(s) did your child first speak or understand? _____</p> <p>3. What language does your child use the most at home? _____</p> <p>4. What is the primary language used in the home, regardless of the language spoken by your child? _____</p> <p>5. Has your child received English language development support in a previous school? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Don't Know <input type="checkbox"/></p>
--	--

<p>Prior Education</p> <p>Your responses about your child's birth country and previous education:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Give us information about the knowledge and skills your child is bringing to school. • May enable the school district to receive additional federal funding to provide support to your child. <p><i>This form is not used to identify students' immigration status.</i></p>	<p>6. In what country was your child born? _____</p> <p>7. Has your child ever received formal education outside of the United States? (K-12th Grade) <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p> <p>If yes: Number of months: _____</p> <p>Language(s) of instruction: _____</p> <p>8. When did your child first attend a school in the United States? (K-12th Grade)</p> <p>_____</p> <p>Month Day Year</p>
--	--

Thank you for providing the information needed on the Home Language Survey. Contact your school district if you have further questions about this form or about services available at your child's school.



South Bend School District 118

Student Image Permission Form

Dear Parent/Guardian:

Please read over the following and make a decision as to whether you grant permission for South Bend School District to post, print, or release your child's image/photograph or student work.

Examples of how your child's image/photograph or student work may be used:

- Appear in a printed publication such as a class picture, newspaper, magazine, or yearbook
- Submitted as samples to programs (examples: sports programs or play programs) or as contest entries to sponsors
- Utilized as a demonstration or sample in educational workshops, classrooms, and/or conferences
- Appear on video/electronic image, which may or may not be used for a school/county project or the school website
- Other educational activity as South Bend Jr/Sr High School deems necessary

Your child's name or address **WILL NOT** be included with your child's image/photograph or student work when published on the Web.

RELEASE AUTHORIZATION

Your permission grants South Bend Public Schools approval to publicize without prior notification and remains in effect until SBSD receives written notice that you would like this revoked.

____ I/We **DO** give permission for _____'s image/photograph or school work to be used as described above. We are willing to release this into the public domain.

____ I/We **DO NOT** give permission for _____'s image/photograph or work to be used as described above.

____ I/We **DO NOT** give permission for _____'s image/photograph or work to be used as described above **EXCEPT to appear in the High School Yearbook.**

Parent/Guardian Name _____

Parent/Guardian Signature _____

Address _____

City, State, Zip Code _____

Phone Number _____ Date _____

Distrito Escolar de South Bend 118
South Bend Jr/Sr High School
Permiso del Formulario de Imagen de Estudiante

Estimado Padre / Guardian:

Por favor, lea lo siguiente y tomar una decisión en cuanto si usted concede permiso para que la Escuela de South Bend Jr/Sr High pueda publicar, imprimir, o liberar imagen / fotografía o trabajo del estudiante o su hijo/a.

Ejemplos de cómo se pueden usar imagen / fotografía de su hijo o el trabajo del estudiante:

- Aparecerá en una publicación, como una imagen de clase, periódicos, revistas, o el anuario
- Presentada como muestras de programas (programas deportivos o programas de juego) o como entradas de la competencia a los patrocinadores
- Utilizado como una demostración o muestras de cursos prácticos educativos, salones y / o conferencias
- Aparecerá en vídeo / imagen electrónica, que puede o no puede ser utilizado para un proyecto escolar / localidad o en el sitio web de la escuela
- Otra actividad educativa como la Escuela Primaria Chauncey Davis considere necesario

Nombre o dirección de su hijo **NO SE** incluirán con la imagen / fotografía o trabajo del estudiante o hijo cuando se publique en la web..

LIBERACIÓN DE AUTORIZACIÓN

Su permiso otorga la Escuela South Bend Jr/Sr High aprobación a publicar sin notificación previa y permanece en efecto hasta que reciba una notificación el CDES que quisiera este escrito revocar.

___ Yo/Nosotros **DAMOS** permiso para que la imagen/fotografía o trabajo escolar de _____ se utilice como se ha descrito anteriormente. Estamos dispuestos a realizar esto en el dominio público.

___ Yo/Nosotros **NO DAMOS** permiso para que la imagen/fotografía o el trabajo de _____ se utilice como se ha descrito anteriormente.

___ Yo/Nosotros **NO DAMOS** permiso para que la imagen/fotografía o el trabajo de _____ se utilice como se ha descrito anteriormente **EXCEPTO** para aparecer en el Anuario de la Escuela Secundaria.

Nombre del Padre / Guardián _____

Firma del Padre / Guardián _____

Dirección _____

Ciudad, Estado, Código Postal _____

Número de Teléfono _____ Fecha _____

08/15/2016

South Bend School Districts

Electronic Information System (K-20 Network) Individual User Access Informed Consent Form

In consideration for the privilege of using the network and in consideration for having access to the public networks, I hereby release the South Bend School District, the K-20 Network, and other intermediary providers, if any, and operators, and any institutions with which they are affiliated from any and all claims and damages of any nature arising from my, or my child's use, or inability to use, the K-20 Network including, without limitation, the type of damages identified in the South Bend School District's Acceptable Use Guidelines. Further, my child and I agree to abide by the District's Policy and Procedures for Electronic Information Systems, which we have reviewed and understand, and we acknowledge that failure to comply with the policy and procedures may result in revocation of network use privileges. My child and I acknowledge and agree that the South Bend School Districts has the right to review, edit or remove any materials installed, use, stored, or distributed on or through the network or District's system including e-mail and other electronic message and we hereby waive any right of privacy which my child or I may otherwise have into such material. My child and I acknowledge and agree that any copyright my child may have in material posted on the Internet through the school district's system is waived.

Signature of User

Signature of Parent/Guardian
(Required if user is under the age of 18)

Printed Name of User

Printed Name of Parent/Guardian

Address

Address

City/State/Zip

City/State/Zip

Phone Number

Phone Number

Date Signed

Date Signed

- Students over eighteen do not need a parent's signature.
- School Principal retains white copy and sends copy to: Technology Coordinator

Building Administrator Signature _____

Date _____

Distrito Escolar de South Bend

Sistema de Información Electrónica (K-20)

Formulario de Consentimiento Acceso Informado de Usuarios Individual

En consideración por el privilegio de usar el internet y en la consideración para tener acceso a las redes públicas, yo libero el Distrito Escolar de South Bend, la Red de K-20, y otros proveedores de intermediarios, en su caso, y los operadores, y cualquier institución con que están afiliados de cualquier y todas las demandas y daños de cualquier naturaleza derivados de mi, o el uso de mi hijo, o la imposibilidad de usar, la Red de K-20, que incluye, sin limitación, el tipo de daños identificados en Aceptable del Distrito Escolar de South Bend de Guía para el uso. Además, mi hijo y estamos de acuerdo en cumplir las póliza y procedimientos del Distrito para los sistemas electrónicos de información, que hemos revisado y entendido, y que reconocemos que el incumplimiento de la póliza y los procedimientos puede resultar en la revocación de los privilegios de uso de internet. Mi hijo y yo reconocemos y aceptamos que el Distrito Escolar de South Bend tiene el derecho de revisar, editar o eliminar cualquier material instalado, utilizados, almacenados o distribuidos en o a través del sistema de Distrito de red o incluido el correo electrónico y otros mensajes electrónicos y por la presente renuncia cualquier derecho de privacidad, que mi hijo o yo no haya adquirido en dicho material. Mi hijo y yo reconocemos y aceptamos que cualquier derecho de autor que mi hijo puede tener en el material publicado en Internet a través del sistema del distrito escolar se renunciado.

Firma del Usuario

Firma del Padre / Guardián
(Necesario si el usuario es menor de 18 años)

Imprimir Nombre de Usuario

Imprimir Nombre de Usuario

Dirección

Dirección

Ciudad/Estado/Código Postal

Ciudad/Estado/Código Postal

Teléfono

Teléfono

Fecha Firmada

Fecha Firmada

- Los estudiantes mayores de dieciocho años no necesitan la firma de los padres la Directora de la Escuela retiene la copia en blanco y le envía copia al: Coordinador de Tecnología

Firma del Administrador de Edificio

Fecha

SOUTH BEND JR/SR HIGH SCHOOL

P.O. Box 437

South Bend, WA 98586

Phone: (360) 875-5707 #4 Fax: (360)875-6036

Superintendent
Jon Tienhaara

Principal
Jason Nelson

Student Name _____

Does your student have allergies? Yes / No

If yes, please explain: _____

Does your student have medical issues? Yes / No

If yes, please explain: _____

EMERGENCY MEDICAL AUTHORIZATION: I understand that in the event of accident or illness, every effort will be made to contact parent/guardian immediately. If parent/guardian cannot be reached, I authorize the school authorities to obtain emergency care for my child. I also understand that by providing emergency contact information, the person(s) listed are authorized to pick up my child if parent/guardian is unreachable.

Legal Parent/Guardian Signature _____

Date: _____

SOUTH BEND JR/SR HIGH SCHOOL

P.O. Box 437

South Bend, WA 98586

Phone: (360) 875-5707 #4 Fax: (360)875-6036

Superintendent
Jon Tienhaara

Principal
Jason Nelson

Nombre del estudiante _____

¿Su estudiante tiene alergias? Sí / No

En caso afirmativo, explíquelo porfavor: _____

¿Su estudiante tiene problemas médicos? Sí / No

En caso afirmativo, explíquelo porfavor: _____

AUTORIZACIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA: Entiendo que en caso de accidente o enfermedad, se hará todo lo posible para contactar a los padres / tutores inmediatamente. Si no se puede comunicar con el padre / tutor, autorizo a las autoridades escolares a obtener atención de emergencia para mi hijo. También entiendo que al proporcionar información de contacto de emergencia, las personas enumeradas están autorizadas a recoger a mi hijo si el padre / tutor no está disponible.

Firma legal del padre / tutor _____

Fecha: _____

South Bend School District

Los Estudiantes con condiciones de salud que Amenazan la vida

Fecha: _____

Estimado Padre O Tutor:

La ley del estado de Washington requiere que los padres de los niños que tienen una condición de salud que amenazan la vida deben obtener un plan de medicación o tratamiento firmado por un médico con licencia y demostrarlo a la escuela cada año, a más tardar el primer día de clases. La ley requiere que el distrito escolar para excluir cualquier niño con una condición de salud que amenazan la vida de asistir a la escuela hasta que se proporcione un plan de medicación o tratamiento.

La seguridad de su hijo es nuestra prioridad y no queremos que su hijo falte a la escuela. Por favor haga planes para programar una cita con el médico o proveedor de atención médica de su hijo tan pronto como sea posible para obtener un plan de medicación o tratamiento firmado. Proporcionar una copia del plan a la siguiente persona. Por favor llame si tiene alguna pregunta.

Leah Heintz, School Nurse
South Bend School District
PO Box 437
South Bend, WA 98586
360-875-5615 #2
lheintz@southbendschools.org

Padre/Tutor: Por favor complete la sección de abajo y devolver todo el formulario de inmediato.

Nombre del Estudiante: _____ Fecha: _____

Nombre del Padre: _____ Escuela: _____

Por Favor complete y envíe este formulario para cada niño que tiene una enfermedad grave a potencialmente mortal que puede poner él/ella en peligro que pueden requerir los servicios médicos que se deben realizar en la escuela si un plan de medicamento o tratamiento no está en orden.

_____ asma severa
_____ alergia a los alimentos
_____ alergia a la picadura de abeja
_____ diabetes inestable
_____ convulsiones
_____ otro: _____

_____ He adjuntado un plan de medicación o tratamiento

_____ Voy a proporcionar un plan de medicación o tratamiento _____ (fecha).

Firma del Padre/Tutor: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Correo electrónico: _____ Número de Teléfono: _____

South Bend School District

Students with Life-Threatening Health Conditions

Date: _____

Dear Parent or Guardian:

Washington State law requires that parents of children who have a life-threatening health condition obtain a medication or treatment plan signed by a licensed health care provider and provide it to the school each year, on or before the first day of school. The law requires the school district to exclude any child with a life-threatening health condition from attending school until a medication or treatment plan is provided.

Your child's safety is our priority and we do not want your child to miss any school. Please make plans to schedule an appointment with your child's physician or health care provider as soon as possible to obtain a signed medication or treatment plan. Provide a copy of the plan to the following person. Please call if you have any questions.

Leah Heintz, School Nurse
South Bend School District
PO Box 437
South Bend, WA 98586
360-875-5615 #2
lheintz@southbendschools.org

Parent/Guardian: Please complete the section below and return the form immediately.

Name of Student: _____ Date: _____

Name of Parent/Guardian: _____ School: _____

Please complete and return this form for each child who has a serious or life-threatening condition that may put him/her in danger that may require medical services to be performed at school if a medication or treatment plan is not in place.

_____ Severe Asthma
_____ Food Allergy: _____
_____ Bee Sting Allergy
_____ Unstable Diabetes
_____ Seizures
_____ Other _____

_____ I have attached a medication or treatment plan.

_____ I will provide a medication or treatment plan by _____ (date).

Signature of Parent/Guardian: _____

Address: _____ City: _____ State: _____ Zip Code: _____

Email address: _____ Phone number: _____

MILITARY PARENT OR GUARDIAN AFFILIATION FORM

Washington State Legislature has mandated that data on students from military families must be collected as stated in RCW 28A.300.507.

For the purpose of collecting the data please mark all that apply (only one form is needed per family):

- No parent or guardian **currently** serving as a member of the U.S. Armed forces, Reserves of the U.S. Armed Forces or Washington National Guard.
- Yes a parent/guardian is a current member of the **active duty** U.S. Armed Forces.
- Yes a parent/guardian is a current member of the **reserves** of the U.S. Armed Forces.
- Yes a parent/guardian is a current member of the **Washington National Guard**.
- Yes more than one parent or guardian is currently either a member on **active duty** in the U.S. Armed forces, Reserves of the U.S. Armed Forces or Washington National Guard.
- No Response/Refused to state.

Student Name: _____ Grade: _____

Siblings: _____

Parent/Guardian: _____ Date: _____

(Note: If at any time during the school year the military status changes please contact office personnel at your child's school.)

Padres militar o Formulario de Afiliación Guardián

Legislatura del Estado de Washington ha ordenado que los datos sobre los estudiantes de familias de militares deben ser recogidos como se indica en RCW 28A.300.507.

A los efectos de la recogida de los datos por favor marque todo lo que corresponda (sólo se necesita una forma por familia):

- Ningún padre o tutor que sirve actualmente como un miembro de las fuerzas de EE.UU. Armadas, las Reservas de las Fuerzas Armadas de Estados Unidos o la Guardia Nacional de Washington.
- Si un padre / tutor es un miembro actual del servicio activo de las Fuerzas Armadas de Estados Unidos.
- Si un padre / tutor es un miembro actual de las reservas de las Fuerzas Armadas de EE.UU..
- Si un padre / tutor es un miembro actual de la Guardia Nacional de Washington.
- Si más de un padre o tutor es actualmente sea un miembro en servicio activo en las fuerzas de EE.UU. Armadas, las Reservas de las Fuerzas Armadas de Estados Unidos o la Guardia Nacional de Washington.
- Sin respuesta / No contesta a estado.

Nombre del estudiante: _____ grado: _____

Hermanos _____

Padre / Guardián: _____ fecha: _____

(Nota: Si en cualquier momento durante el año escolar los cambios de estado militares póngase en contacto con personal de la oficina en la escuela de su hijo.)



**SOUTH
BEND
PUBLIC
SCHOOLS**

A great place for kids.

Dear Parent/Guardian,

South Bend School District is working to ensure that all students fully benefit from their education by attending school regularly. Attending school regularly helps children feel better about school—and themselves. Your student can start building this habit in preschool so they learn right away that going to school on time, every day is important. Consistent attendance will help children do well in high school, college, and at work.

WHAT WE NEED FROM YOU

We miss your student when they are gone and we value their contributions to our school. We would like you to help ensure that your student attends regularly and is successful in school. If your student is going to be absent, please contact your child’s school office at (360) 875-5707.

OUR PROMISE TO YOU

We know that there are a wide variety of reasons that students are absent from school, from health concerns to transportation challenges. There are people in our buildings who are prepared to help you if you or your student face challenges in getting to school regularly or on time. We promise to track attendance daily, to notice when your student is missing from class, communicate with you to understand why they were absent, and to identify barriers and supports available to overcome challenges you may face in helping your student attend school. We are required to take daily attendance and notify you when your student has an unexcused absence.

SCHOOL POLICIES AND STATE LAWS

It is important that you understand our school policies and procedures, as well as Washington State Law, to ensure your child is successful in school. State law for mandatory attendance, called the Becca Bill, requires children from age 8 to 17 to attend a public school, private school, or a district-approved home school program. Children that are 6- or 7-years-old are not required to be enrolled in school. However, if parents enroll their 6- or 7-year-old, the student must attend full-time. If your student has seven unexcused absences in any month or ten unexcused absences within the school year, we are required to file a petition with the Juvenile court, alleging a violation of RCW 28A.225.010, the mandatory attendance laws.

Your signature below indicates that you have read and understand the attendance policies and procedures in South Bend School District:

Student Name: _____

Parent Signature: _____ Date: _____

25 de agosto de, el año 2016
Estimado Padre/s,

Distrito Escolar South Bend está trabajando para asegurar que todos los estudiantes se beneficien plenamente de su educación asistiendo a la escuela regularmente. Asistir a la escuela regularmente ayuda a los niños a sentirse mejor acerca de la escuela y de ellos mismos. Su estudiante puede empezar a construir este hábito en preescolar para que aprendan de inmediato que va a la escuela a tiempo, todos los días es importante. La asistencia constante ayudará a los niños les va bien en la escuela secundaria, la universidad y en el trabajo.

Lo que necesitamos de ustedes

Echamos de menos a su hijo cuando se han ido y valoramos sus contribuciones a nuestra escuela. Nos gustaría que para ayudar a que su hijo asiste regularmente y tiene éxito en la escuela. Si el estudiante va a estar ausente, por favor, póngase en contacto con la escuela de su hijo al (360) 875-5707.

Nuestra promesa a usted

Sabemos que hay una gran variedad de razones por las que los estudiantes están ausentes de la escuela, de los problemas de salud a los desafíos de transporte. Hay gente en nuestros edificios que están preparados para ayudar si usted o sus retos de cara estudiantiles en llegar a la escuela regularmente o en el tiempo. Nos comprometemos a realizar un seguimiento de la asistencia diaria, darse cuenta cuando su hijo no se encuentra en la clase, comunicarse con usted para entender por qué estaban ausentes, y para identificar las barreras y apoyos disponibles para superar los retos que puede enfrentar en ayudar a su estudiante asista a la escuela. Estamos obligados a tomar la asistencia diaria y le notificará cuando el estudiante tiene una ausencia injustificada.

Políticas de la escuela y las leyes estatales

Es importante que entienda nuestras políticas y procedimientos de la escuela, así como la ley del estado de Washington, para asegurar que su hijo tenga éxito en la escuela. La ley estatal de asistencia obligatoria, llamada la ley Becca, requiere que los niños de 8 a 17 años para asistir a una escuela pública, escuela privada, o un programa de escuela de origen aprobado por el distrito. Los niños que son 6 o 7 años de edad, no están obligados a ser matriculados en la escuela. Sin embargo, si los padres inscriban a sus 6 ó 7 años de edad, el estudiante debe asistir a tiempo completo. Si el estudiante tiene siete ausencias injustificadas en un mes o diez ausencias injustificadas en el año escolar, estamos obligados a presentar una petición ante el tribunal de menores, alegando una violación de RCW 28A.225.010, las leyes de asistencia obligatoria.

Su firma indica que ha leído y entendido las políticas y procedimientos de asistencia en el Distrito Escolar de South Bend.

Nombre del estudiante: _____

Firma del padre: _____

Fecha: _____

21 de Agosto 2018

Estimados padres, Nos complace compartir que el Distrito Escolar de South Bend y la Biblioteca Regional de Timberland (TRL) han formado una nueva asociación para proporcionarles a los estudiantes acceso a un rango más amplio y profundidad de información a través de la vasta colección de servicios electrónicos de la biblioteca.

Luego de enterarse de la implementación de "MyTRL" en los distritos escolares vecinos, abrimos la conversación con TRL para descubrir cómo y cuándo nuestros estudiantes podrían ser los beneficiarios de "MyTRL", una tarjeta de biblioteca de Timberland solo en línea. La respuesta que recibimos fue: "¡Tan pronto como lo desee!"

El programa "MyTRL", que se lanzará oficialmente Viernes, Septiembre 14, proporcionará a nuestros estudiantes en la escuela primaria, intermedia y secundaria acceso a la colección grande y actualizada de la biblioteca pública de recursos de investigación, libros electrónicos, revistas digitales, música descargable, videos y ayuda con tareas para niños y adolescentes. Este programa se basa en otras asociaciones similares de la biblioteca / distrito escolar en todo el estado. Los estudiantes podrán ver y pagar los recursos de la biblioteca electrónica que se devuelven automáticamente, por lo que no incurren en multas.

Los estudiantes también pueden actualizar su tarjeta de biblioteca solo en línea a una tarjeta de biblioteca regular con el permiso de los padres y la verificación de la dirección y la información de contacto. Alentamos a los padres y tutores a participar activamente en la asistencia y el control del uso de los recursos de TRL en línea fuera de la escuela por parte de sus hijos. Los estudiantes que ya tienen una tarjeta TRL regular, pueden fusionarse con su nueva tarjeta "MyTRL" en cualquier ubicación de TRL. Los padres pueden optar por no participar en el programa "MyTRL" antes de que se inicie el día Viernes, Septiembre 14, al devolver la línea de la firma con la casilla "opt out" marcada.

Si tiene preguntas adicionales, no dude en llamar a la escuela primaria o Jr./Sr. oficinas de la escuela secundaria.

Estamos muy entusiasmados con esta nueva asociación y esperamos escuchar cómo esta nueva herramienta mejorará el aprendizaje de los estudiantes en nuestro distrito.

Sinceramente,

Login: Lunch number + MMYYYY(birthdate), ie: 12345012005
Password: MMDD (month + day of birth), 0107



Jason Nelson
Director de escuela

Please Detach this piece and return to office if you choose to have your child opted out of the program.

opts out of the "MyTRL" program.

Child's Name

Parent Signature:

Date:

August 21, 2018

Dear Parents/Guardians,

We are excited to share that South Bend School District and the Timberland Regional Library (TRL) have formed a new partnership to provide students access to a wider range and depth of information via the library's vast electronic services collection.

After hearing of the implementation of "MyTRL" in neighboring school districts, we opened the conversation with TRL to find how and when our students could be the beneficiaries of "MyTRL" -- an online-only Timberland library card. The response we received was, "As soon as you want to!" The "MyTRL" program, which will officially launch Friday, September 14th, will provide our students in elementary, middle, and high school with access to the public library's large and updated collection of research resources, eBooks, digital magazines, downloadable music, videos, and kids and teen homework help. This program is modeled after other similar library/school district partnerships statewide.

Students will be able to view and checkout electronic library resources that are automatically returned, so no fines incur. Students can also upgrade their online-only library card to a regular library card with the parent's permission and verification of the address and contact information. We encourage parents and guardians to be actively involved in assisting and monitoring their child's use of TRL online resources outside of school.

Students who already have a regular TRL card, may have it merged with their new "MyTRL" card at any TRL location. Parents may choose to opt out of the "MyTRL" program before it launches on Friday, September 14th, by returning the signature line with the "opt out" box checked.

If you have additional questions, please feel free to call the elementary or Jr./Sr. high school offices. We are very excited about this new partnership and look forward to hearing how this new tool will enhance student learning in our district.

Sincerely,



Jason Nelson
Principal

Login: Lunch number + MMYYYY(birthdate), ie: 12345012005
Password: MMDD (month + day of birth), ie: 0107

Please Detach this piece and return to office if you choose to have your child opted out of the program.

_____ opts out of the "MyTRL" program.

Child's Name

Parent Signature: _____

Date: _____

Probationary Status

Student: _____

Home School: _____

Effective Date: _____

Transfer students accepted in the South Bend School District may be withdrawn for violating rules listed in the student "Code of Conduct". By signing this contract I agree to comply with the rules and regulations of the South Bend School District. Failure to comply will result in my being withdrawn from the South Bend School District.

STUDENT EXPECTATIONS

1. All school rules and regulations must be followed in order to remain enrolled at South Bend Schools.
2. Any behavior judged to be disruptive by staff or administration will be reason to terminate from program.
3. Students must pass all classes in order to remain enrolled at South Bend Schools.
4. Students must comply with the school attendance policy to remain enrolled at South Bend Schools.

Example of reasons for termination:

1. Student violates the student code of conduct.
2. Student receives a two or more failing grades at the mid-term or one failing grade at the quarter.
3. Student fails to comply with the school attendance policy.

Student Signature: _____

Parent Signature: _____

School Official: _____

CHOICE PAPERWORK MUST BE COMPLETED BEFORE SCHOOL STARTS

Go to: southbendschools.org and click on the choice transfer link

*Choose 2021-22 school year

*Resident district is where you reside / Requested school district is South Bend

Estado de prueba

Alumno/Alumna: _____

Escuela en casa (residente): _____

Fecha efectiva: _____

Los estudiantes transferidos aceptados en el Distrito Escolar de South Bend pueden ser retirados por violar las reglas enumeradas en el "Código de Conducta" del estudiante. Al firmar este contrato, acepto cumplir con las reglas y regulaciones del Distrito Escolar de South Bend. El incumplimiento resultará en que me retiren del Distrito Escolar de South Bend.

EXPECTATIVAS DEL ESTUDIANTE

1. Se deben seguir todas las reglas y regulaciones de la escuela para permanecer inscrito en las escuelas de South Bend.
2. Cualquier comportamiento que el personal o la administración considere perjudicial será motivo para terminar el programa.
3. Los estudiantes deben aprobar todas las clases para permanecer inscritos en las escuelas de South Bend.
4. Los estudiantes deben cumplir con la política de asistencia escolar para permanecer inscritos en las escuelas de South Bend.

Ejemplo de motivos de rescisión:

1. El estudiante viola el código de conducta del estudiante.
2. El estudiante recibe dos o más calificaciones reprobatorias en la mitad del período o una calificación reprobatoria en el trimestre.
3. El estudiante no cumple con la política de asistencia de la escuela.

Firma del alumno: _____

Firma de los padres: _____

Funcionario de la escuela: _____

EL DOCUMENTO DE ELECCIÓN DEBE COMPLETARSE ANTES DE QUE COMIENZE LA ESCUELA

Vaya a: southbendschools.org y haga clic en el enlace de transferencia de opciones

* Elija el año escolar 2021-22

* El distrito de residencia es donde reside / El distrito escolar solicitado es South Bend

SOUTH BEND SCHOOL DISTRICT

School Year 2023-24 Family Income Survey

Return this form to:

Mike Morris Elementary School – Tammy McDougall, Secretary

South Bend Jr./Sr High School – Susie Williams, Secretary

Melissa Kudasik, Secretary

Questions?

Bailey Johnson – Food Service Director, 360-875-6041

Complete one application per household

To ensure all students have equitable access to a high-quality public education, schools receive additional education funding based on the number of enrolled students who are from households that are at or below designated income levels. The Family Income Survey collects household income information that is used to see what additional funding the school might qualify for. The information provided may also qualify your student for additional supports. It is important that you complete this survey.

Step 1: List all students living with you that are attending school.

Student's Last Name	Student's First Name	Middle Initial	Date of Birth	School	Grade

Step 2: Are any of the listed students: In Foster Care Experiencing Homelessness Receiving Migrant Education Services

Step 3: Do any household members participate in: Basic Food TANF Food Distribution on Indian Reservation (FDPIR)

Step 4: Household Income: List all household members even if they do not receive income. For each household member listed, report total gross income (before taxes and deductions)

Names of ALL other household members (do not include students listed above)	Earnings from work (before any deductions)	Paid Monthly		Paid Bi-Weekly		Paid Weekly		Public Assistance/ Child Support/ Alimony	Pensions/ Retirement/ Social Security (SSI)	Paid Monthly	Paid Bi-Weekly	Paid Weekly	Any Other Income Not Already Listed	Paid Monthly		Paid Bi-Weekly		Paid Weekly	
		\$		\$		\$								\$		\$		\$	
	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Step 5: Contact Information & Signature

I promise that the information on this application is true and that all income is reported. I understand that my child's school may qualify for additional state and federal funds based on the information I give. I understand that school officials may check the information. I understand my child's income status may be shared with other programs or agencies to support my child's education as allowed by law.

Printed Name of Adult Household Member _____

Adult Household Member Signature _____

E-mail Address _____

Mailing Address

City, State, & Zip Code

Daytime Phone

Date

South Bend School District is and equal opportunities employer

South Bend School District does not discriminate in any programs or activities on the basis of sex, race, creed, religion, color, national origin, age, veteran or military status, sexual orientation, gender expression or identity, disability, or the use of a trained dog guide or service animal and provides equal access to the Boy Scouts and other designated youth groups. This holds true for all district employment and opportunities. Inquiries regarding compliance and/or grievance procedures may be directed to the school district's Title IX Officer, and/or Section 504/ADA Coordinator, and/or Civil Rights Compliance Coordinator, 304 Adams Street South, PO Box 437, South Bend, WA 98586 (360) 875-6041.

SCHOOL USE ONLY - DO NOT WRITE BELOW THIS LINE

ANNUAL INCOME CONVERSION: Weekly x 52; Bi-Weekly x 26; Twice per month x 24; Monthly x 12. (Do NOT convert to annual income unless household reports multiple pay frequencies).

APPROVAL: Basic Food/TANF/FDPIR/Foster Total Household Size Weekly Bi-Weekly 2x per Month Monthly Annual
 Income Household Total Household Income \$ _____ Yes No

Application qualifies for household at or below the income eligibility guidelines listed below: Yes No

Date Notice sent

Signature of Approving Official

Date

Income Eligibility Guidelines
Effective from July 1, 2023, through June 30, 2024

Household Size	Income				
	Annual	Monthly	Twice Per Month	Every Two Weeks	Weekly
1	\$26,973	\$2,248	\$1,124	\$1,038	\$519
2	\$36,482	\$3,041	\$1,521	\$1,404	\$702
3	\$45,991	\$3,833	\$1,917	\$1,769	\$885
4	\$55,500	\$4,625	\$2,313	\$2,135	\$1,068
5	\$65,009	\$5,418	\$2,709	\$2,501	\$1,251
6	\$74,518	\$6,210	\$3,105	\$2,867	\$1,434
7	\$84,027	\$7,003	\$3,502	\$3,232	\$1,616
8	\$93,536	\$7,795	\$3,898	\$3,598	\$1,799
For each additional household member, add:	\$9,509	\$793	\$397	\$366	\$183

**Consent to Share Eligibility Information for Other School Programs
 2023 -2024 School Year**

We are a CEP (Community Eligible Provision) school so everyone gets to eat for free. However, if you qualify for free or reduced priced meals based on household size or income, or if you receive Basic Food, Temporary Assistance for Needy Families (TANF), Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR), or have been Directly Certified as eligible for free meals, you may be eligible to have fees waived for some school programs. Submitting or declining to submit this form will NOT affect your child's eligibility for free or reduced priced meals.

You must check the box for this program if you would like your eligibility information to be shared in order to access benefits. It is important to note that information sharing will be restricted to eligibility category only.

Check to Participate	Title of School Program	How the Shared Information will be used
<input type="checkbox"/>	ASB Cards	Waive the fee for JH and HS ASB cards
<input type="checkbox"/>	ASB Special Events dances, movie nights, etc)	Waive the fee for admittance

Print student name(s) here:

Signature of Parent/Guardian: _____ Date: _____

Email Address: _____ Phone: _____

South Bend School District does not discriminate in any programs or activities on the basis of sex, race, creed, religion, color, national origin, age, veteran or military status, sexual orientation, gender expression or identity, disability, or the use of a trained dog guide or service animal and provides equal access to the Boy Scouts and other designated youth groups. This holds true for all district employment and opportunities. Inquires regarding compliance and/or grievance procedures may be directed to the school district's Title IX/RCW 28A.640 Officer Robyn Rose, and/or Jon Tienhaara Section 504/ADA Coordinator, and/or Barb Cenci Compliance Coordinator, 304 S. Adams St, PO Box 437, South Bend, WA 98586 (360) 875-6041.

**Consentimiento para compartir información de elegibilidad para otros programas escolares
2023 - 2024 School Year**

Somos una escuela CEP (Community Eligible Provision) por lo que todos pueden comer gratis. Sin embargo, si califica para comidas gratis oa precio reducido según el tamaño del hogar o los ingresos, o si recibe Alimentos básicos, Asistencia temporal para familias necesitadas (TANF), Programa de distribución de alimentos en reservaciones indígenas (FDPIR), o ha sido certificado directamente como elegible para comidas gratis, es posible que sea elegible para que se le exoneren las tarifas de algunos programas escolares. Enviar o negarse a enviar este formulario NO afectará la elegibilidad de su hijo para recibir comidas gratis oa precio reducido.

Debe marcar la casilla de este programa si desea que se comparta su información de elegibilidad para acceder a los beneficios. Es importante tener en cuenta que el intercambio de información se limitará únicamente a la categoría de elegibilidad.

Cheque a Participar	Título del programa escolar	Cómo se utilizará la información compartida
<input type="checkbox"/>	tarjetas ASB	Exención del cargo por las tarjetas JH y HS ASB
<input type="checkbox"/>	Eventos especiales de ASB (bailes, noches de cine, etc.)	Renunciar a la tarifa de admisión

Escriba el (los) nombre (s) del estudiante aquí:

_____	_____
_____	_____
_____	_____

Firma del padre / tutor: _____ Fecha: _____

Dirección de correo electrónico: _____ Teléfono: _____

El Distrito Escolar de South Bend no discrimina en ningún programa o actividad por motivos de sexo, raza, credo, religión, color, origen nacional, edad, condición de veterano o militar, orientación sexual, expresión o identidad de género, discapacidad o el uso de un perro guía o un animal de servicio entrenado y proporciona igualdad de acceso a los Boy Scouts y otros grupos juveniles designados. Esto es válido para todos los empleos y oportunidades del distrito. Las consultas sobre el cumplimiento y / o los procedimientos de quejas pueden dirigirse al Oficial del Título IX / RCW 28A.640 del distrito escolar, Robyn Rose, y / o al Coordinador de la Sección 504 / ADA de Jon Tienhaara, y / o al Coordinador de Cumplimiento de Barb Cenci, 304 S Adams St, PO Box 437, South Bend, WA 98586 (360) 875-6041



McKinney-Vento Program Intake Form

(For Liaison use upon Intake)

PARENT/GUARDIAN/OTHER	CURRENT ADDRESS	PHONE	For Office Use Only: <input type="checkbox"/> Entered in SIS <input type="checkbox"/> Free Meals <input type="checkbox"/> Title I Supports <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
-----------------------	-----------------	-------	---

Please list ALL children (Birth through 21 years of age) in your care: (For non-relative caregivers, please list only the children staying with you temporarily)

Name	Student No. (SSID)	Grade	Age	Date of Birth	Current or Last Attended School (if not enrolled, please indicate)

Student(s) living situation:

<input type="checkbox"/> Shelter	<input type="checkbox"/> Doubled Up ¹	<input type="checkbox"/> Migrant
<input type="checkbox"/> Unsheltered ²	<input type="checkbox"/> Motel/Hotel	<input type="checkbox"/> Transitional Housing
<input type="checkbox"/> Unaccompanied Child or Youth ³		

¹ Sharing the housing of other persons due to loss of housing, economic hardship, or similar reason
² Living in a car, park, campsite, trailer park, bus/train station, abandoned building, abandoned hospital, or other location not ordinarily used as sleeping accommodations
³ Unaccompanied child or youth not living with a parent or guardian

Is your living arrangement due to the loss of housing or economic hardship? Yes No

Please check the following services that are needed or desired:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Childcare | <input type="checkbox"/> Tutoring |
| <input type="checkbox"/> School transportation | <input type="checkbox"/> Before/after-school programs |
| <input type="checkbox"/> Clothing/Uniform/PE shoes | <input type="checkbox"/> Sports/Athletics |
| <input type="checkbox"/> School supplies | <input type="checkbox"/> Mentoring |
| <input type="checkbox"/> Counseling | <input type="checkbox"/> Special Education |
| <input type="checkbox"/> Medical/dental referral – medical coupons | <input type="checkbox"/> Gifted/talented |
| <input type="checkbox"/> Vision referral | <input type="checkbox"/> Vocational/technical |
| <input type="checkbox"/> Medicaid/DSHS services – food stamps/TANF | <input type="checkbox"/> Music/Fine Arts |
| <input type="checkbox"/> Preschool enrollment records | <input type="checkbox"/> LEP/Bilingual program |
| <input type="checkbox"/> Early Childhood program | <input type="checkbox"/> Graduation |
| <input type="checkbox"/> Extra-curricular clubs/activities | <input type="checkbox"/> Indian Education program |
| <input type="checkbox"/> Housing | <input type="checkbox"/> Shelter |
| <input type="checkbox"/> Enrollment | <input type="checkbox"/> College/FAFSA |
| <input type="checkbox"/> Fees | <input type="checkbox"/> Summer program |
| <input type="checkbox"/> ASB, lab fees, etc. | <input type="checkbox"/> Immunizations |
| <input type="checkbox"/> Missing enrollment records | <input type="checkbox"/> Migrant Education program |
| <input type="checkbox"/> Birth certificate | <input type="checkbox"/> Immunization/medical records |
| <input type="checkbox"/> Credit Recovery | <input type="checkbox"/> Other _____ |

Financial assistance needed for _____ Cost \$ _____

Parent/Guardian/Unaccompanied Youth Signature: _____

Name _____

Date _____



Programa McKinney-Vento

Formulario de ingreso

(Para uso del enlace en el momento del ingreso)

PADRE/TUTOR/OTRO	DIRECCIÓN ACTUAL	TELÉFONO	Para uso exclusivo de la oficina: <input type="checkbox"/> Ingresó a SIS <input type="checkbox"/> Alimentos gratuitos <input type="checkbox"/> Apoyos del Título I <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
------------------	------------------	----------	---

Por favor liste a **TODOS** los menores (desde recién nacidos hasta los 21 años de edad) bajo su cuidado: (Para cuidadores que no sean familiares, liste solamente a los niños que se alojen con usted de manera temporal)

Nombre	No. de estudiante (SSID)	Grado	Edad	Fecha de nacimiento	Escuela actual o última escuela (si no está inscrito, indíquelo)

Situación de alojamiento de los estudiantes:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Albergue | <input type="checkbox"/> Vivienda compartida ¹ | <input type="checkbox"/> Migrante |
| <input type="checkbox"/> Sin albergue ² | <input type="checkbox"/> Motel/Hotel | <input type="checkbox"/> Vivienda de transición |
| <input type="checkbox"/> Niño o joven solo ³ | <input type="checkbox"/> En espera de tutela temporal ⁴ | |

- Compartir la vivienda con otras personas, debido a la pérdida de la vivienda, dificultades económicas o motivos similares.
- Vivir en un auto, parque, lugar para acampar, parque de casas rodantes, estación de tren/autobús, edificio abandonado, hospital abandonado u otro lugar que no se utiliza habitualmente como un alojamiento para dormir.
- Niños o menores solos, que no viven con un padre o tutor.
- Período de tiempo entre la colocación inicial bajo el cuidado del estado y la audiencia de albergue de 30 días.

¿Su situación de vivienda se debe a la pérdida de su hogar o a dificultades económicas? Sí No

Seleccione los siguientes servicios que necesita o desea:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Guardería | <input type="checkbox"/> Tutela |
| <input type="checkbox"/> Transporte escolar | <input type="checkbox"/> Programas antes/después de la escuela |
| <input type="checkbox"/> Ropa/Uniformes/Calzado deportivo | <input type="checkbox"/> Deportes/Atletismo |
| <input type="checkbox"/> Útiles escolares | <input type="checkbox"/> Mentores |
| <input type="checkbox"/> Asesoría | <input type="checkbox"/> Educación especial |
| <input type="checkbox"/> Derivación médica/dental – cupones médicos | <input type="checkbox"/> Superdotado/Talentoso |
| <input type="checkbox"/> Derivación a cuidado de la vista | <input type="checkbox"/> Vocacional/técnica |
| <input type="checkbox"/> Servicios de Medicaid/DSHS – estampillas de alimentos/TANF | <input type="checkbox"/> Música/Bellas artes |
| <input type="checkbox"/> Registros de inscripción preescolar | <input type="checkbox"/> Programa LEO/Bilingüe |
| <input type="checkbox"/> Programa de infancia temprana | <input type="checkbox"/> Graduación |
| <input type="checkbox"/> Clubes/actividades extracurriculares | <input type="checkbox"/> Programa de educación indígena |
| <input type="checkbox"/> Vivienda | <input type="checkbox"/> Albergue |
| <input type="checkbox"/> Inscripción | <input type="checkbox"/> Universidad/FAFSA |
| <input type="checkbox"/> Cuotas | <input type="checkbox"/> Programa de verano |
| <input type="checkbox"/> ASB, cuotas de laboratorio, etc. | <input type="checkbox"/> Vacunas |
| <input type="checkbox"/> Registros de inscripción faltantes | <input type="checkbox"/> Programa de educación para migrantes |
| <input type="checkbox"/> Acta de nacimiento | <input type="checkbox"/> Registros médicos/de vacunas |
| <input type="checkbox"/> Recuperación de créditos académicos | <input type="checkbox"/> Otros _____ |

Asistencia financiera necesaria para Costo \$

Firma del padre/tutor/joven no acompañado:

Nombre _____ Fecha _____

South Bend Jr/Sr High

South Bend School District

Jason Nelson, Principal

400 E. First

South Bend, WA 98586

Phone (360)875-5707

Fax (360)875-6036

Dear Parents,

This letter is to inform you of your ability to access your child's school information through Skyward Family Access. Skyward is the computerized program we use to manage student information. You may log in at any time to view the following: Student information, attendance, schedules, fee management, graduation requirements, etc.

To log in to Skyward Family Access, follow these steps:

1. Go to the South Bend School District website at:
www.southbendschools.org
2. Click on Skyward Family Access on the left hand side.
3. Use your assigned **Login ID**: first name.lastname
4. Use the **Initial Password**: #SBbears23
5. You will be prompted to change this password when you log in the first time.

You should then be able to view information on any students you have enrolled with the South Bend School District. If you have any questions about using Skyward Family Access, please feel free to call the office @ 360-875-5707, opt #4.

South Bend Jr/Sr High

South Bend School District

Jason Nelson, Principal

400 E. First

South Bend, WA 98586

Phone (360)875-5707

Fax (360)875-6036

Queridos padres,

Esta carta es para informarle sobre su capacidad para acceder a la información escolar de su hijo a través de Skyward Family Access. Skyward es el programa computarizado que utilizamos para administrar la información de los estudiantes. Puede iniciar sesión en cualquier momento para ver lo siguiente: Información del estudiante, asistencia, horarios, administración de tarifas, requisitos de graduación, etc.

Para iniciar sesión en Skyward Family Access, siga estos pasos:

1. Vaya al sitio web del Distrito Escolar de South Bend en:
www.southbendschools.org
2. Haga clic en Skyward Family Access en el lado izquierdo.
3. Use su ID de inicio de sesión asignado: nombre primero.nombre_de_hombre
4. Utilice la contraseña inicial: #SBbears23
5. Se le pedirá que cambie esta contraseña cuando inicie sesión por primera vez.

Entonces debería poder ver información sobre cualquier estudiante que se haya inscrito en el Distrito Escolar de South Bend. Si tiene alguna pregunta sobre el uso de Skyward Family Access, no dude en llamar a la oficina al 360-875-5707, opt # 4.



Washington State Governor's Office of the Education Ombuds (OEO)

The Washington State Governor's Office of the Education Ombuds (OEO) is an independent state agency that helps to reduce educational opportunity gaps by supporting families, students, educators, and other stakeholders in communities across WA in understanding the K-12 school system and resolving concerns collaboratively. OEO services are free and confidential. Anyone can contact OEO with a question or concern about school.

OEO listens, shares information and referrals, and works informally with families, communities, and schools to address concerns so that every student can fully participate and thrive in our state's public schools. OEO provides support in multiple languages and has telephone interpretation available. To get help or learn more about what OEO does, please visit our website: <https://www.oeo.wa.gov/en>; email oeoinfo@gov.wa.gov, or call: [1-866-297-2597](tel:1-866-297-2597) (interpretation available). (English)

La Oficina de Educación y Resolución de Quejas (OEO, por sus siglas en inglés) es una agencia estatal independiente que ayuda a reducir las brechas de oportunidades educativas al apoyar a familias, estudiantes, educadores y otras partes interesadas en las comunidades de WA para comprender el sistema escolar K-12 y resolver inquietudes colaborativamente. Los servicios de OEO son gratuitos y confidenciales. Cualquiera puede comunicarse con la OEO si tiene alguna pregunta o inquietud acerca de la escuela.

La OEO escucha, comparte información y referencias, y trabaja de manera informal con las familias, las comunidades y las escuelas para abordar las inquietudes para que todos los estudiantes puedan participar plenamente y prosperar en las escuelas públicas de nuestro estado. OEO brinda apoyo en varios idiomas y tiene interpretación telefónica disponible. Para obtener ayuda u obtener más información sobre lo que hace la OEO, visite nuestro sitio web: <https://www.oeo.wa.gov/es>; envíe un correo electrónico a oeoinfo@gov.wa.gov, o llame al: [1-866-297-2597](tel:1-866-297-2597) (interpretación disponible). (Spanish)



A positive digital education for every child

Technology makes a direct impact on children, their families, and their learning environment. For children to learn and grow as digital citizens in our increasingly connected world, we must first lay out the foundations of **online safety, digital literacy, and wellbeing.**

Our collaboration matters

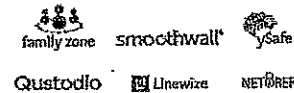
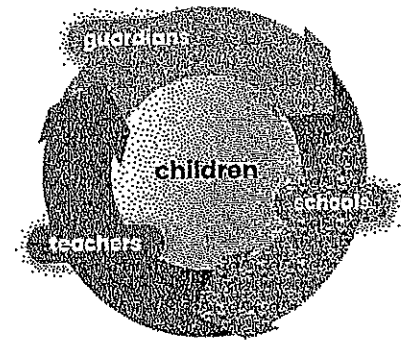
Our group mission is to bring the wider community together and help parents, guardians, and educators to create a positive digital environment as one.

 **15 million children protected**

 **23,000+ schools covered**





 **3 billion threats averted**

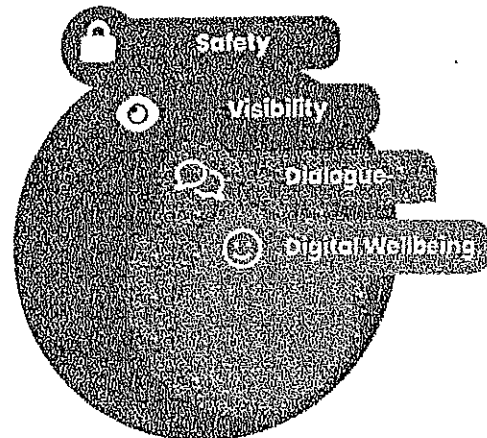
Millions of families around the world are supported by our essential protection and the digital tools they need to help children become healthy digital citizens.



Building the foundations together

Qustodio promotes the safety, visibility, and knowledge essential to every child's online journey.



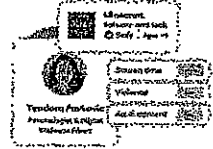

-  **Safety:** Enable families and schools to form a **united front against threats**
-  **Visibility:** Build a better understanding of **children's habits and accountability** in the digital world
-  **Dialogue:** Provide expert advice and opportunities for increased participation, to facilitate open conversation and informed decisions
-  **Digital wellbeing:** Help children **learn and grow** with a safe, healthy and balanced approach to technology.









TEAMWORK MADE EASY

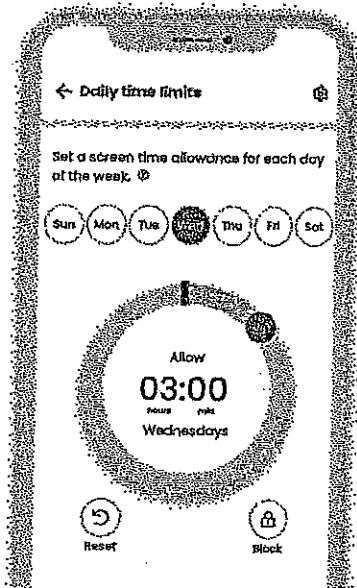
App for Parents & Families

Through our school district's partnership with Linewize, our online safety and wellbeing provider, we are able to extend visibility and safeguarding controls on to parents and guardians so they can track their child's activity and pause the internet on their school issued devices.

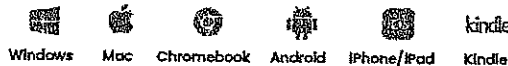
 <p>Visibility on student activity and device Insights</p>	 <p>Security coverage for in and out-of-school hours</p>
 <p>Expert advice and guidance on digital threats and trends</p>	 <p>Pause button to regulate digital activity</p>

Parents and guardians can also extend protection to personal devices with family-focused digital wellbeing features that adapt to different needs as their child grows:

-  **Filter and block feature for content and apps**
-  **Location tracking and panic button feature**
-  **Visibility on browsing history, social media, and screen time**
-  **Calls & messages tracking to monitor suspicious activity**
-  **Time limits and screen-free schedules**
-  **Tailored reports and alerts for inappropriate content**



Works on the following devices:



Multi-parent access and management available

Qustodio is COPPA compliant and does not share personal data with third parties



How to get started

1. Scan the QR code or visit qustodio.com/my-school
2. Create your account using the email address your school has on file
3. Get real-time visibility

For any queries, contact us at myschool@qustodio.com