



## MEDFORD PUBLIC SCHOOLS

489 Winthrop Street Medford, MA 02155

781-393-2132/ 2131

MedfordRegOffice@medford.k12.ma.us

### LISTA DE REQUISITOS PARA INSCRIPCIÓN EN MEDFORD PUBLIC SCHOOLS

Para inscribir a un estudiante en Medford Public Schools, **deben presentar TODOS los documentos en la Oficina de Inscripción en Medford High School.**

#### DOCUMENTOS REQUERIDOS:

- Comprobante de Domicilio:** 2 facturas recientes de servicios públicos (p. ej., gas, electricidad, cable de TV) o un contrato de alquiler
- Prueba de Identidad del padre/madre/tutor/cuidador:** licencia de conducir, identificación con foto o pasaporte. Si es Tutor Legal debe proporcionar acuerdo de custodia.

***\*Si un estudiante y su cuidador viven con una persona que reside en Medford, se requiere lo siguiente para completar la inscripción:***

- Declaración Jurada de Residencia*** notariada
- Prueba de domicilio de la persona que firma el documento (2 facturas recientes de servicios públicos)*
- Tanto el propietario como el inquilino deben firmar el documento ante un notario.*

#### INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE:

- Paquete de Inscripción**, complete, imprima y firme todo lo que sea aplicable
- Certificado de Nacimiento** (original, traducido and certificado si no está en Ingles)

#### HISTORIAL MÉDICO:

- Registro de vacunas actualizado
- Copia del examen físico más reciente (fechado dentro de los 12 meses posteriores a la fecha de inscripción)
- Evaluación del riesgo de tuberculosis o resultados de la prueba cutánea.
- Preescolar y jardín de infantes: resultado de detección de plomo
- Jardín de infantes: resultado del examen de visión que incluya la estereopsis

*El historial médico puede enviarse por correo electrónico a [MedfordHealthOffice@medford.k12.ma.us](mailto:MedfordHealthOffice@medford.k12.ma.us) con el asunto: "Inscripción: {nombre, escuela y grado (si se conoce)}" o fax al 781-393-2379. Para cualquier pregunta relacionada con la salud, llame al 781-393-2218 y pida hablar con una enfermera.*

#### EXPEDIENTES ACADÉMICOS:

- Programa de Educación Individualizada (solo si aplica)
- Plan 504 (solo si aplica)
- Reporte de calificación de ACCESS para ELLs (solo si aplica)
- Tarjeta de transferencia de la escuela anterior en Massachusetts (si está disponible)
- Reporte de notas o calificaciones y resultados del MCAS (si está disponible)

#### Estudiantes de 9º grado

- Hojas de selección de cursos

#### Estudiantes de los grados 10-12

- Informe oficial de notas o calificaciones
- Registros de disciplina
- Registros de asistencia

Firma del Padre/Madre/ Tutor/ Cuidador: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_



For School Use Only

SASID: \_\_\_\_\_ LASID: \_\_\_\_\_ Date Received: \_\_\_\_\_ Entry Date: \_\_\_\_\_ HR: \_\_\_\_\_

Date Enrolled: \_\_\_\_\_ Proximity Zone: \_\_\_\_\_ School Assigned: \_\_\_\_\_ Grade: \_\_\_\_\_

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE: (Por favor, escriba a máquina o en letra de molde)

¿Este estudiante ha asistido a las Escuelas Públicas de Medford en el pasado? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Grado / Años de Asistencia:
Nombre:	2do Nombre:	Apellido:
Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> No-Binario		
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa):	Ciudad de Nacimiento:	País de Nacimiento:
Dirección:		Ciudad,, Estado, CP:
# de Teléfono del Estudiante:	Correo Electrónico del Estudiante:	
Fecha de Entrada a EUA (mm/dd/aaaa):		
<b>EDUCACIÓN ESPECIAL / ESTUDIANTES CON DISCAPACIDAD</b>		
¿Tiene el estudiante actualmente un IEP o recibe servicios de educación especial? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
¿Recibe este estudiante actualmente servicios en un Plan 504? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		

IDIOMA PRIMARIO

<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Chino	<input type="checkbox"/> Criollo Haitiano	<input type="checkbox"/> Español	<input type="checkbox"/> Portugués	<input type="checkbox"/> Otro: _____
---------------------------------	--------------------------------	-------------------------------------------	----------------------------------	------------------------------------	--------------------------------------

PARENT/ GUARDIAN /CAREGIVER INFORMATION

PADRE/MADRE TUTOR/ CUIDADOR 1	PADRE/MADRE TUTOR/ CUIDADOR 2
Nombre:	Nombre:
Teléfono de la Casa:	Teléfono de la Casa:
Teléfono Celular:	Numero de Celular:
Teléfono del Trabajo:	Teléfono del Trabajo:
Correo Electrónico:	Correo Electrónico:
Parentesco con el Alumno:	Parentesco con el Alumno:
Tiene Custodia del Estudiante: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Tiene Custodia del Estudiante: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Vive con el Estudiante: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Vive con el Estudiante: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Recibe Correo Estudiantil: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Recibe Correo Estudiantil: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Idioma Primario:	Idioma Primario:

**HERMANOS(AS):** (Por favor, indique todos los hermanos(as) en edad escolar de 18 años o menos)

Nombre	Edad	Parentesco	Grado	Escuela

**CONTACTOS DE EMERGENCIA:**

Contacto de Emergencia 1	Contacto de Emergencia 2
Nombre:	Nombre:
Teléfono de Casa:	Teléfono de Casa:
Teléfono Celular:	Teléfono Celular:
Parentesco con el Estudiante:	Parentesco con el Estudiante:
Idioma Primario:	Idioma Primario:

**STATUS DE FAMILIA MILITAR:** (marque lo que corresponda)

- Miembros en servicio activo de las Fuerzas Armadas, Guardia Nacional y de la Reserva Nacional.
- Miembros o Veteranos gravemente lesionados y dados de alta o retirados por razones médicas durante un período de 1 año tras el alta médica o la jubilación.
- Miembros de los servicios uniformados que fallecieron estando en servicio activo o como resultado de las lesiones sufridas en el servicio activo durante un período de 1 año después de la muerte.

**ORIGEN ÉTNICO/RAZA:** (cheque todos os que se aplican):

- Hispano o Latino:** una persona de origen cubano, mexicano, puertorriqueño, centro o sudamericano, o cuya cultura es de origen español, independientemente de su raza.
- Indio Americano o Nativo de Alaska:** una persona que tenga su origen en cualquiera los pueblos autóctonos de América del Norte, Sur y América Central, y que mantiene una afiliación tribal o vínculos comunitarios.
- Asiático:** una persona con orígenes en cualquier de los pueblos autóctonos del Lejano Oriente, el Sudeste Asiático o el Subcontinente Indio, incluyendo, por ejemplo, Camboya, China, India, Japón, Corea, Malasia, Pakistán, Filipinas, Tailandia y Vietnam.
- Negro o Afroamericano:** una persona con orígenes en cualquiera de los grupos raciales negros de África.
- Blanco:** una persona con orígenes en los pueblos autóctonos de Europa, Oriente Medio o África del Norte.
- Nativo de Hawái o de otras islas del Pacífico:** una persona con orígenes en cualquiera de los pueblos autóctonos de Hawái, Guam, Samos, Fiyi u otras islas del Pacífico.
- White:** a person having origins in any of the original peoples of Europe, Middle East, or Africa.

## INFORMACIÓN MÉDICA

Nombre Completo del Doctor:		Teléfono:
Dirección :		
¿Tiene usted seguro médico?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Nombre del Seguro Médico :
¿Ha tenido su hijo/a un examen físico completo??	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Fecha del examen más reciente:
Por favor, marque si su hijo/a tiene o ha tenido alguna de las siguientes condiciones :		
<input type="checkbox"/> Cardíaco	<input type="checkbox"/> Convulsiones	<input type="checkbox"/> Asma
<input type="checkbox"/> Habla	<input type="checkbox"/> Auditiva	<input type="checkbox"/> Alergias
		<input type="checkbox"/> Eczema <input type="checkbox"/> Vista
Si ha marcado alguna de las casillas anteriores, describa:		
¿Toma su hijo/a medicamento?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Nombre (s) del Medicamento(s):

## **SOLO PARA ESTUDIANTES QUE INGRESAN AL JARDÍN DE INFANTE**

### ENCUESTA SOBRE LA EXPERIENCIA EN EDUCACIÓN PREESCOLAR

<input type="checkbox"/>	Mi hijo no tuvo ninguna experiencia formal en programas de educación preescolar	01
<input type="checkbox"/>	Mi hijo no tuvo experiencia formal en programas de educación preescolar, pero participo en los servicios de <u>Participación Coordinada de la Familia y la Comunidad</u>	02
<input type="checkbox"/>	Mi hijo no tuvo experiencia formal en programas para la primera infancia, pero participo en los servicios del <u>Programas de Padres y Niños en el Hogar</u>	03
<input type="checkbox"/>	Mi hijo no tuvo experiencia formal en un programa para la primera infancia, pero participó tanto en los servicios del <u>Programa Coordinado de Participación Familiar y Comunitaria</u> como también en los del <u>Programa de Padres y Niños en el Hogar</u>	04
<input type="checkbox"/>	Mi hijo asistió a un proveedor de <u>Cuidado Infantil Familiar con Licencia</u> (indique las horas abajo) <input type="checkbox"/> Menos de 20 horas por semana <input type="checkbox"/> 20+ horas por semana	05/06
<input type="checkbox"/>	Mi hijo asistió a un <u>Centro de Cuidado Infantil</u> (indique las horas abajo) <input type="checkbox"/> Menos de 20 horas por semana <input type="checkbox"/> 20+ horas por semana	07/08
<input type="checkbox"/>	Mi hijo asistió tanto a un proveedor de <u>Cuidado Infantil Familiar con Licencia</u> como a un <u>Centro de Cuidado Infantil</u> (indique las horas abajo) <input type="checkbox"/> Menos de 20 horas por semana <input type="checkbox"/> 20+ horas por semana	09/10

# ENCUESTA DEL IDIOMA HABLADO EL HOGAR

Los reglamentos del Departamento de Educación Primaria y Secundaria de Massachusetts exigen que todas las escuelas determinen los idiomas que se hablan en los hogares de los estudiantes para así identificar sus necesidades específicas relacionadas con el idioma. Esta información es esencial para que las escuelas puedan proveer instrucción que todos los estudiantes puedan aprovechar. Si en su hogar se habla otro idioma que no sea inglés, se requiere que el Distrito evalúe a su hijo más a fondo. Ayúdenos a cumplir con este importante requisito respondiendo a las siguientes preguntas. Gracias por su ayuda.

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE		
Nombre	Segundo Nombre	Apellido(s) <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Não-Binario Sexo
País de Nacimiento	Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa)	Fecha de 1ra Registro en una escuela en los EUA (mm/dd/aaaa)
INFORMACIÓN DE LA ESCUELA		
Fecha de inicio en la nueva escuela (mm/dd/aaaa)	Nombre de la antigua escuela	Grado Actual
PREGUNTAS PARA LOS PADRES/TUTORES		
<b>¿Cuál es el idioma principal que se habla en el hogar, independientemente del idioma que hable el estudiante?</b>  _____	<b>¿Qué idioma(s) se habla(n) con su hijo?</b> (maque uno) (incluya parientes -abuelos, tíos, tías, etc. - y encargados del cuidado)  <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>            _____ raras veces/algunas veces/a menudo/siempre   <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>            _____ raras veces/algunas veces/a menudo/siempre         </div>	
<b>¿Cuál fue el primer idioma que entendió y hablo su hijo?</b>  _____	<b>¿Cuál idioma habla usted principalmente con su hijo?</b>  _____	
<b>¿Cuántos años ha asistido el estudiante a escuelas en los Estados Unidos (sin incluir el preescolar)?</b>  _____	<b>¿Cuáles idiomas habla su hijo?</b> (marque uno)  <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>            _____ raras veces/algunas veces/a menudo/siempre   <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>            _____ raras veces/algunas veces/a menudo/siempre         </div>	
<b>¿Requerirá usted la información impresa de la escuela en su idioma natal?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No  Si contesto que sí, ¿Qué idioma? _____	<b>Requerirá usted un <u>intérprete/traductor</u> en reuniones de padres y maestros?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No  Si contesto que sí, ¿Qué idioma? _____	
<b>X</b> <b>Firma de los padres/tutor/cuidador:</b> _____	_____ <b>Fecha</b> (mm/dd/aaaa)	

# FORMULARIO DE PERMISO ESTUDIANTIL DE GOOGLE

El Distrito de las Escuelas Públicas de Medford puede crear cuentas para que todos los estudiantes colaboren utilizando nuestra implementación personalizada de Google Apps for education. Estas cuentas se utilizarán para proyectos relacionados con la escuela. Las normas que rigen la comunicación electrónica adecuada por parte de los estudiantes se incluyen en la Política de Uso Aceptable de la Tecnología.

Una vez asignada la cuenta el alumno pueden acceder a Google Docs, procesador de textos, hoja de cálculo, correo electrónico, calendario, herramientas de creación de sitios web, y otros servicios. Esto permite que el alumno colabore con los profesores y alumnos; además de compartir información con la familia y otros usuarios de Internet.

**Correo electrónico oficial:** A los estudiantes se les asignará una cuenta de correo electrónico de estudiante.

**Conducta:** Los estudiantes son responsables de la buena conducta. Es ilegal usar lenguaje obsceno, profano, amenazante o irrespetuoso. La comunicación con los demás debe estar siempre relacionada con el curso. Los estudiantes no deben acceder a ninguna cuenta que no sea la suya, ni compartir la información de la cuenta, ni intentar saltarse ninguna restricción o medida de seguridad. Los alumnos deben notificar al profesor cualquier cosa inapropiada o que les incomode. No se tolerará el acoso y se deberá respetar siempre la privacidad de los demás.

**Restricción de acceso:** El acceso y uso de Google Apps for Education es un privilegio concedido a discreción de las Escuelas Públicas de Medford. El Distrito se reserva el derecho de retirar inmediatamente el acceso y el uso de la cuenta cuando haya motivos para creer que se han producido violaciones de la ley o de las políticas del Comité Escolar del Distrito. En tales casos, la supuesta violación será remitida para una investigación más profunda y la aplicación de las consecuencias necesarias, tal como se indica en el Manual del Estudiante.

**Seguridad:** El Distrito de las Escuelas Públicas de Medford no garantiza la seguridad de los archivos electrónicos ubicados en los sistemas de Google. Aunque Google dispone de un potente filtro de contenidos, el colegio no puede asegurar que los usuarios no estén expuestos a material no educativo.

**Privacidad:** El Distrito de las Escuelas Públicas de Medford se reserva el derecho de acceder y revisar el contenido del sistema Google Apps en cualquier momento. Cada correo electrónico se registra y archiva en nuestro sistema. Las políticas del Comité Escolar del Distrito cumplen con todas las leyes de privacidad estatales y federales.

1. He discutido con mi estudiante sus responsabilidades con respecto al uso de la cuenta de Google Apps del Distrito de las Escuelas Públicas de Medford.
2. Entiendo que cualquier violación de las directrices por parte de mi estudiante puede resultar en la suspensión o revocación de su cuenta de Google Apps, la acción disciplinaria de la escuela y, si se justifica, la remisión a las autoridades policiales.
3. No responsabilizaré al Distrito de las Escuelas Públicas de Medford de ningún material al que mi alumno acceda, adquiera o transmita a través de la cuenta de Google Apps de las Escuelas Públicas de Medford.

**Mi alumno y yo entendemos y estamos de acuerdo en seguir las directrices indicadas más arriba para el uso de las cuentas de Google Apps. Doy permiso para que se le asigne una cuenta de Google Apps a mi alumno.**

**Certifico que la información proporcionada a las Escuelas Públicas de Medford en este paquete de registro es verdadera bajo las penas o perjurio como se identifica en la Ordenanza de la Ciudad de Medford y la Política de las Escuelas Públicas de Medford.**

Firma del Padre/Madre/Tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**MEDFORD PUBLIC SCHOOLS STAFF ONLY**

*Authorized Signature:* \_\_\_\_\_ *Date:* \_\_\_\_\_



**AUTORIZACIÓN PARA EMITIR/OBTENER EXPEDIENTES ESTUDIANTILES**

Yo, \_\_\_\_\_, soy el padre/madre/tutor legal del estudiante nombrado abajo.

Por la presente autorizo la emisión de todos los registros académicos, incluyendo el reporte de notas oficial, los resultados de las pruebas, la disciplina, la salud, la educación especial, y cualquier otra información con respecto a mi hijo a las Escuelas Públicas de Medford. Además, doy permiso a las Escuelas Públicas de Medford para que hablen con los antiguos profesores de mi hijo, el director, el orientador y otro personal de la escuela según sea necesario.

Firma del Padre/Madre/Tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del Estudiante:		Fecha de Nacimiento:	
------------------------	--	----------------------	--

**Información de la Escuela Anterior:**

Nombre de la Escuela Anterior:		Grado:	
Dirección de la Escuela:			
Ciudad, Estado y Código Postal:			
Número de Teléfono:			
Número de Fax:			

..... Sólo para uso escolar .....

Records can be mailed to:	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
---------------------------	-------------------------



AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD

<b>NOMBRE DEL PACIENTE/ESTUDIANTE:</b>		<b>FECHA DE NACIMIENTO</b>	
Por la present autorizo _____ e _____ (Proveedor Medico) (Nombre de Enfermero(a) )			
difundir información/registros verbales/escritos sobre salud y educación para los fines que se enumeran a continuación.			
<b>PROVEEDOR MÉDICO</b>			
<b>DIRECCIÓN:</b>			
<b>TELÉFONO:</b>		<b>FAX:</b>	
<b>ESCUELA:</b>			
<b>DIRECCIÓN:</b>			
<b>TELÉFONO:</b>		<b>FAX:</b>	

**Descripción**

La información a divulgar consiste en (marque las casillas correspondientes):

- Registro de vacunación
- Examen físico más reciente
- Lista de medicamentos actuales
- Plan de acción contra el asma
- Evaluaciones de Comportamiento/Salud Mental
- Resultados de la prueba cutánea de TB (tuberculosis) o evaluación de bajo riesgo
- Resultados de la evaluación de la Escoliosis
- Resultados de las pruebas de plomo más reciente
- Resultados de la evaluación de la vista
- Resultados de la evaluación del oído
- Resultados del examen odontológico
- Registro de Visitas al Consultorio, Clínica o Sala de Emergencias para la(s) siguiente(s) fecha(s) \_\_\_\_\_
- Otros problemas y/o inquietudes \_\_\_\_\_

**Esta información será utilizada para los siguientes propósitos (Marque las opciones apropiadas):**

- Actualizar el registro médico del estudiante.
- Desarrollar un plan de atención médica/emergencia/apoyo conductual para este estudiante
- Desarrollar un plan de administración/supervisión de medicamentos para este estudiante
- Determinar la colocación en el aula y los planes de acomodaciones para este estudiante.

La enfermera o el asesor de la escuela pueden compartir información médica provista con los miembros apropiados del equipo educativo para su uso en la satisfacción de las necesidades educativas y medicas del estudiante. **Esto se hará sobre una base de "necesidad de conocer", de manera confidencial y también puede incluir la comunicación entre el proveedor médico y la enfermería de la escuela para facilitar este proceso.**

**Autorización**

Esta autorización es válida hasta un año calendario. Expirará el \_\_\_\_\_ (fecha). Yo entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento enviando un aviso por escrito sobre el retiro de mi consentimiento. Reconozco que estos registros, una vez recibidos por el distrito escolar, pueden no estar protegidos por la Regla de Privacidad de HIPAA, pero se convertirán en registros educativos protegidos por la Ley de Derechos Educativos y Privacidad de la Familia. También entiendo que, si me niego a firmar, dicho rechazo no interferirá con la capacidad de mi hijo de obtener atención médica.

Firma de los Padres/Tutor /Cuidador \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del Estudiante\* \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Si un estudiante menor de edad está autorizado a dar su consentimiento para recibir atención médica sin el consentimiento de los padres según la ley federal o estatal, solo el estudiante deberá firmar este formulario de autorización. Un menor competente, dependiendo de la edad, puede dar su consentimiento para atención ambulatoria de salud mental, tratamiento por abuso de alcohol y drogas, pruebas de VIH/SIDA y servicios de salud reproductiva.



## SOLO PARA ESTUDIANTE QUE INGRESAN A LOS GRADOS 6-12

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: \_\_\_\_\_ ESCUELA: \_\_\_\_\_

Medford Public Schools (MPS) le entregará un Chromebook para hacer las tareas escolares en la escuela y en casa. Eres responsable de este computador, su Cargador y Protector en todo momento. No se debe esperar que un portátil robado o dañado sea sustituido por un equipo idéntico.

*Al firmar este formulario, usted acepta y está de acuerdo con las siguientes condiciones:*

1. Estoy recibiendo un Chromebook, Cargador y Protector, asignado por MPS para uso estudiantil
2. Asumo la responsabilidad de la seguridad y el cuidado adecuado del Chromebook
3. Entiendo que el Chromebook y su software son propiedad de MPS y lo utilizaré de acuerdo con la Política de Uso Responsable de MPS
4. No modificaré el Chromebook, ni cambiaré su configuración de ninguna manera, ni desarmaré ninguna parte de él, ni intentaré ninguna reparación.
5. Voy a devolver la computadora portátil en la misma condición en la que se fue entregado
6. Estoy de acuerdo en pagar \$50.00 para reemplazar la computadora portátil en caso de:
  - a) Pérdida o extravío
  - b) Daño, en este caso estoy de acuerdo en devolver el aparato dañado
  - c) Robo, en este caso estoy de acuerdo en presentar un informe oficial de la policía a MPS
7. Estoy de acuerdo en pagar \$25.00 por el Cargador; y \$10.00 por el Protector en caso de pérdida o daño

Nombre del Padre/Madre/Tutor: \_\_\_\_\_

Firma del Padre/Madre/Tutor (requerido si el alumno es menor de 18 años): \_\_\_\_\_

Firma del Estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

El pago por un Chromebook, Cargador y/o Protector dañado/perdido/robado puede hacerse con tarjeta de crédito/debito, dinero en efectivo, cheque o giro postal a nombre de Medford Public Schools.

**Si hay alguna razón por la que no puede pagar por un Chromebook o sus accesorios perdido, dañado o robado; por favor firme abajo y traiga este formulario a su Asistente del Director antes de recoger otro Chromebook.**

\_\_\_\_\_