

Estimadas familias de Kínder,

¡Con gran alegría y entusiasmo les doy la bienvenida a usted y a su hijo/a mientras se embarcan en este maravilloso viaje con nosotros en nuestro distrito escolar!

En el Distrito Escolar de Ferndale, creemos que cada niño merece sentirse aceptado, apoyado, y con sentido de pertenencia desde el momento en que cruza nuestras puertas. Cuando su hijo comience su aventura educativa con nosotros, sepa que estamos comprometidos a fomentar un entorno inclusivo y enriquecedor donde cada estudiante reciba los recursos que necesita para prosperar.

Entendemos que comenzar el kínder es un acontecimiento importante tanto para usted como para su hijo, y estamos aquí para apoyarlo en cada paso del camino. A nuestro dedicado equipo de educadores le apasiona brindar una educación de alta calidad que no solo se centre en el crecimiento académico, sino que también promueva el desarrollo socioemocional y un sentido de comunidad.

Juntos, trabajaremos mano a mano para crear experiencias de aprendizaje memorables, celebrar logros y superar desafíos. Como colegas en la educación de su hijo, fomentamos la comunicación abierta y la colaboración para garantizar que cada niño alcance su máximo potencial.

La inscripción está disponible en línea y se puede encontrar en nuestro sitio web en nuestra página de inscripción de Kínder. Si no puede utilizar el enlace en línea o necesita un paquete de inscripción en otro idioma, hay paquetes disponibles en el sitio web para completar, así como en cada una de nuestras escuelas primarias.

Si tiene preguntas mientras completa el paquete de inscripción, sepa que puede obtener información en cualquiera de nuestras escuelas primarias o llamando a nuestra oficina del distrito al (360) 383-9200.

Una vez más, ¡bienvenidos al Distrito Escolar de Ferndale! Estamos encantados de tenerlo con nosotros y esperamos construir una base sólida para el éxito futuro de su hijo.

Atentamente,



Dr. Kristi Dominguez  
Superintendente



## Distrito Escolar de Ferndale - Formulario de Inscripción

(Por favor imprimir)

**FECHA:** \_\_\_\_\_

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                                                                                                                                                                      |                                                                                 |  |                                                                                                      |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| ¿Su hijo alguna vez asistió a las Escuelas Públicas de Ferndale? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                                                                                                                                                                            |  |                                                                                                                                                                      | En caso afirmativo, proporcione el nombre de la escuela a la que asistió: _____ |  | Fechas en las que asistió: _____                                                                     |  |
| Apellido Legal del Estudiante: _____                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                                                                                                                                                                      | Nombre Legal del Estudiante: _____                                              |  | Segundo Nombre: _____                                                                                |  |
| Fecha de Nacimiento (Mes/Día/año) _____                                                                                                                                                                                                                                                             |  | Género<br><input type="checkbox"/> Hombre<br><input type="checkbox"/> Mujer                                                                                          | Lugar de Nacimiento: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ País: _____              |  | Grado: _____                                                                                         |  |
| Pref. de Género<br><input type="checkbox"/> Hombre<br><input type="checkbox"/> Mujer<br><input type="checkbox"/> No-Binario                                                                                                                                                                         |  | Si su hijo nació fuera de los Estados Unidos:<br>Fecha del primer registro en una escuela en EUA: _____<br>Cuantos meses ha asistido en escuelas fuera de EUA: _____ |                                                                                 |  | Lenguaje que habla en casa<br><input type="checkbox"/> Inglés<br><input type="checkbox"/> Otro _____ |  |
| <b>Información sobre origen étnico y raza</b><br><b>CONSULTE LA PÁGINA ADICIONAL</b>                                                                                                                                                                                                                |  |                                                                                                                                                                      |                                                                                 |  |                                                                                                      |  |
| <b>Encuesta Militar</b><br><input type="checkbox"/> Fuerzas Armadas <input type="checkbox"/> Reservas de las Fuerzas Armadas <input type="checkbox"/> Guardia Nacional<br><input type="checkbox"/> Más de un miembro en las Fuerzas Armadas/Guardia Nacional <input type="checkbox"/> No Afiliación |  |                                                                                                                                                                      |                                                                                 |  |                                                                                                      |  |

### #1 Hogar Primario

**ESTUDIANTE VIVE CON:** ☐ Ambos Padres    ☐ Solo con el Padre    ☐ Solo con la Madre    ☐ Abuelos    ☐ Padre/Madrastra  
☐ Madre/Padrastra    ☐ Padrastra/Madrastra    ☐ Guardian    ☐ Solo    ☐ Agencia    ☐ Otro

#### Teléfono de Casa (DONDE EL ESTUDIANTE VIVE)

(    ) \_\_\_\_\_ No publicar

|                                                                                                                                                |                                               |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Hogar primario (donde el estudiante vive)<br>Apellido _____ Nombre _____ Celular: _____<br>Email: _____ Trabajo: _____ Tel. del Trabajo: _____ |                                               |  | <b>CONTACTOS DE EMERGENCIA:</b> En caso de poder localizarlo, o si no puede venir por su hijo/a, usted da permiso de entregarle a su hijo a los siguientes contactos:<br><br>#1 Nombre _____<br>Teléfono (    ) _____<br>Relación _____<br><br>#2 Nombre _____<br>Teléfono (    ) _____<br>Relación _____<br><br>#3 Nombre _____<br>Teléfono (    ) _____<br>Relación _____ |
| Hogar primario (donde el estudiante vive)<br>Apellido _____ Nombre _____ Celular: _____<br>Email: _____ Trabajo: _____ Tel. Trabajo: _____     |                                               |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| DIRECCIÓN                                                                                                                                      | CALLE (INCLUYE # DE APARTAMENTO)              |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| DONDE EL ESTUDIANTE VIVE                                                                                                                       | CIUDAD _____ ESTADO _____ CÓDIGO POSTAL _____ |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| DIRECCIÓN DE CORRE                                                                                                                             | PO BOX # _____                                |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| SI ES DIFERENTE DE ANTERIOR                                                                                                                    | CIUDAD _____ ESTADO _____ CÓDIGO POSTAL _____ |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |

### #2 SEGUNDO HOGAR -RELACIÓN ☐ Solo con Padre    ☐ Solo con la Madre    ☐ Abuelos    ☐ Padre/Madrastra    ☐ Madre/Padrastra ☐ Padrastra/Madrastra    ☐ Guardian    ☐ Agencia    ☐ Solo    ☐ Otro

|                                                                                                                                                              |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                    |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Segundo Hogar – No la residencia primaria del estudiante<br>APELLIDO _____ NOMBRE _____<br>Cell Ph: _____<br>Email: _____ Trabajo: _____ Tél. Trabajo: _____ |  |  | Segundo Hogar – Teléfono de Casa<br>(    ) _____<br>No publicar<br>Dirección del Segundo Hogar (Dirección, Ciudad, Estado, Código Postal) _____<br><br>Dirección de Correo del Segundo Hogar (Dirección, #PO, Ciudad, Estado, Código Postal) _____ |  |
| Segundo Hogar – No la residencia primaria del estudiante<br>APELLIDO _____ NOMBRE _____<br>Cell Ph: _____<br>Email: _____ Trabajo: _____ Tél. Trabajo: _____ |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                    |  |
| Second Household School Mailings Requested <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No                                                          |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                    |  |



Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

### Formulario de Recopilacion de datos de Etnicidad y Raza en el Estado de Washington

Los distritos escolares del estado de Washington deben informar los datos de los estudiantes por categorías étnicas y raciales a la Oficina del Superintendente de Instrucción Pública (OSPI) del estado. Las categorías de origen étnico y racial las establecen el gobierno federal, la Legislatura del estado de Washington y la OSPI. Si los padres, tutores o estudiantes no brindan información sobre origen étnico y raza, los distritos son responsables de asignar categorías basadas en la observación. Seleccione tanto el origen étnico como la raza. Hispano Sí o No, en caso afirmativo, seleccione cuál(es). Luego seleccione las carreras que puedan aplicarse. Asegúrese de notar las categorías en negrita antes de seleccionar la(s) carrera(s).

|                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                 |
|--------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ORIGEN ÉTNICO                  | Hispano: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No (H01)                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                 |
|                                | <input type="checkbox"/> Hispano (H00)<br><input type="checkbox"/> Argentina (H02)<br><input type="checkbox"/> Bolivia (H03)<br><input type="checkbox"/> Brasil (H04)<br><input type="checkbox"/> Chicano (Mex-Amer) (H05)<br><input type="checkbox"/> Chile (H06)<br><input type="checkbox"/> Colombia (H07)<br><input type="checkbox"/> Costa Rica (H08) | <input type="checkbox"/> Cuba (H09)<br><input type="checkbox"/> Rep. Dominicana (H10)<br><input type="checkbox"/> Ecuador (H11)<br><input type="checkbox"/> Guatemala (H12)<br><input type="checkbox"/> Guayana (H13)<br><input type="checkbox"/> Honduras (H14)<br><input type="checkbox"/> Jamaica (H15)<br><input type="checkbox"/> México (H16) | <input type="checkbox"/> Mestizo (H17)<br><input type="checkbox"/> Nativo (H18)<br><input type="checkbox"/> Nicaragua (H19)<br><input type="checkbox"/> Panama (H20)<br><input type="checkbox"/> Paraguay (H21)<br><input type="checkbox"/> Peru (H22)<br><input type="checkbox"/> Puerto Rico (H23)<br><input type="checkbox"/> Salvador (H24) | <input type="checkbox"/> Español (H25)<br><input type="checkbox"/> Surinam (H26)<br><input type="checkbox"/> Uruguay (H27)<br><input type="checkbox"/> Venezuela (H28)<br><input type="checkbox"/> Hispano/Latino Write-In(H29) |
| ORIGEN ÉTNICO                  | <input type="checkbox"/> Nativo Hawaii<br><input type="checkbox"/> Hawaii Nativo / Otra Isla del Pacifico                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                 |
|                                | <input type="checkbox"/> Carolina (P01)<br><input type="checkbox"/> Chamorro (P02)<br><input type="checkbox"/> Chuukese (P03)<br><input type="checkbox"/> Fiji (P04)<br><input type="checkbox"/> i-Kiribati/Gilbertese (P05)<br><input type="checkbox"/> Kosraean (P06)                                                                                    | <input type="checkbox"/> Maori (P07)<br><input type="checkbox"/> Marshallese (P08)<br><input type="checkbox"/> Native Hawaiian (P09)<br><input type="checkbox"/> Ni-Vanuatu (P10)<br><input type="checkbox"/> Palauan (P11)<br><input type="checkbox"/> Papuan (P12)                                                                                | <input type="checkbox"/> Pohpeian (P13)<br><input type="checkbox"/> Samoan (P14)<br><input type="checkbox"/> Solomon Island (P15)<br><input type="checkbox"/> Tahitian (P16)<br><input type="checkbox"/> Tokelauan (P17)<br><input type="checkbox"/> Tongan (P18)                                                                               | <input type="checkbox"/> Tuvaluan (P18)<br><input type="checkbox"/> Yapese (P20)<br><input type="checkbox"/> Pacific Islander Write-in                                                                                          |
| RAZA: NEGRO/AFRICANO-AMERICANO | <input type="checkbox"/> NEGRO<br><input type="checkbox"/> AFRI-<br><input type="checkbox"/> CANO                                                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano (B00) <input type="checkbox"/> Afroamericano (B01) <input type="checkbox"/> Afro-Canadiense (B02) <input type="checkbox"/> Black Write-In (C02)                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                 |
|                                | <input type="checkbox"/> Caribeño<br><input type="checkbox"/> Anguila (B03)<br><input type="checkbox"/> Antigua (B04)<br><input type="checkbox"/> Bahamas (B05)<br><input type="checkbox"/> Barbados (B06)<br><input type="checkbox"/> San Bartolomeo (B07)                                                                                                | <input type="checkbox"/> Islas Virgen Britanica (B08)<br><input type="checkbox"/> Islas Caiman (B09)<br><input type="checkbox"/> Cuba-Dominicana (B10)<br><input type="checkbox"/> Rep. Dominicana (B11)<br><input type="checkbox"/> Antilla Holandesa (B12)                                                                                        | <input type="checkbox"/> Granada (B13)<br><input type="checkbox"/> Isla Guadalupe (B14)<br><input type="checkbox"/> Haiti (B15)<br><input type="checkbox"/> Jamaica (B16)<br><input type="checkbox"/> San Martin (B17)                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> Montserratt (B18)<br><input type="checkbox"/> Puerto Rico (B19)<br><input type="checkbox"/> Caribeño Write-In (B20)                                                                                    |
|                                | <input type="checkbox"/> Centro-<br><input type="checkbox"/> africa<br><input type="checkbox"/> Angola (B21)<br><input type="checkbox"/> Cameru (B22)<br><input type="checkbox"/> Centro-Africa (B23)                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> Chadian (B24)<br><input type="checkbox"/> Rep. of Congo (B25)<br><input type="checkbox"/> Dem. Rep. of Congo (B26)                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> Guinea Ecuatorial (B27)<br><input type="checkbox"/> Gabon (B28)<br><input type="checkbox"/> Santo Tome and Pricipe (B29)                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> Principe (B30)<br><input type="checkbox"/> Centro-Africa Write-In (B31)                                                                                                                                |
|                                | <input type="checkbox"/> Africa Oriental<br><input type="checkbox"/> Burundi (B32)<br><input type="checkbox"/> Comoros (B33)<br><input type="checkbox"/> Yibuty (B34)<br><input type="checkbox"/> Eritreo (B35)<br><input type="checkbox"/> Etiopia (B36)<br><input type="checkbox"/> Kenya (B37)                                                          | <input type="checkbox"/> Malaga (B38)<br><input type="checkbox"/> Malawi (B39)<br><input type="checkbox"/> Mauricio (B40)<br><input type="checkbox"/> Mahora (B41)<br><input type="checkbox"/> Mozambican (B42)<br><input type="checkbox"/> Reunionese (B43)                                                                                        | <input type="checkbox"/> Ruanda (B44)<br><input type="checkbox"/> Seychelles (B45)<br><input type="checkbox"/> Somalia (B46)<br><input type="checkbox"/> Sudan del Sur (B47)<br><input type="checkbox"/> Sudan (B48)<br><input type="checkbox"/> Uganda (B49)                                                                                   | <input type="checkbox"/> Tanzania (B50)<br><input type="checkbox"/> Zamba (B51)<br><input type="checkbox"/> Zimbawen (B52)<br><input type="checkbox"/> Africa del Este Write-In (B53)                                           |
|                                | <input type="checkbox"/> Latinoamericano<br><input type="checkbox"/> Argentina (B54)<br><input type="checkbox"/> Belice (B55)<br><input type="checkbox"/> Bolivia (B56)<br><input type="checkbox"/> Brasil (B57)<br><input type="checkbox"/> Chile (B58)<br><input type="checkbox"/> Colombia (B59)                                                        | <input type="checkbox"/> Costa Rica (B60)<br><input type="checkbox"/> Ecuador (B61)<br><input type="checkbox"/> El Salvador (B62)<br><input type="checkbox"/> Isla Fakland (B63)<br><input type="checkbox"/> Guinea Francesa (B64)<br><input type="checkbox"/> Guatemala (B65)                                                                      | <input type="checkbox"/> Guaymas (B66)<br><input type="checkbox"/> Honduras (B67)<br><input type="checkbox"/> México (B68)<br><input type="checkbox"/> Nicaragua (B69)<br><input type="checkbox"/> Panama (B70)<br><input type="checkbox"/> Paraguay (B71)                                                                                      | <input type="checkbox"/> Peru (B72)<br><input type="checkbox"/> S. Georgia B73)<br><input type="checkbox"/> Suriname (B74)<br><input type="checkbox"/> Uruguay (B75)<br><input type="checkbox"/> Venezuela (B76)                |
|                                | <input type="checkbox"/> Sud-<br><input type="checkbox"/> Africa<br><input type="checkbox"/> Botswana (B78)<br><input type="checkbox"/> Lesoto (B79)                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> Namibian (B80)<br><input type="checkbox"/> Sudafrica (B81)                                                                                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> Swazi (B82)                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> Sud-Africa Write-In (B83)                                                                                                                                                                              |
|                                | <input type="checkbox"/> Africa Occidental<br><input type="checkbox"/> Benin (B84)<br><input type="checkbox"/> Guinea-Bissau (B85)<br><input type="checkbox"/> Burkina Faso (B86)<br><input type="checkbox"/> Capo Verdean (B87)<br><input type="checkbox"/> Costa de Marfil (B88)                                                                         | <input type="checkbox"/> Gambia (B89)<br><input type="checkbox"/> Ghana (B90)<br><input type="checkbox"/> Liberia (B91)<br><input type="checkbox"/> Malia (B92)<br><input type="checkbox"/> Mauritania (B93)                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> Niger (B94)<br><input type="checkbox"/> Nigeria (B95)<br><input type="checkbox"/> Santa Helena (B96)<br><input type="checkbox"/> Senegal (B97)<br><input type="checkbox"/> Sierra Leona (B98)                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> Togo (B99)<br><input type="checkbox"/> Africa Occidental Write-In (C01)                                                                                                                                |

### Formulario de Recopilacion de datos de Etnicidad y Raza en el Estado de Washington

Los distritos escolares del estado de Washington deben informar los datos de los estudiantes por categorías étnicas y raciales a la Oficina del Superintendente de Instrucción Pública (OSPI) del estado. Las categorías de origen étnico y racial las establecen el gobierno federal, la Legislatura del estado de Washington y la OSPI. Si los padres, tutores o estudiantes no brindan información sobre origen étnico y raza, los distritos son responsables de asignar categorías basadas en la observación. Seleccione tanto el origen étnico como la raza. Hispano Sí o No, en caso afirmativo, seleccione cuál(es). Luego seleccione las carreras que puedan aplicarse. Asegúrese de notar las categorías en negrita antes de seleccionar la(s) carrera(s).

|                                                 |                                          |                                                                                             |                                                                                   |                                                                                |                                                                                       |                                         |                                          |
|-------------------------------------------------|------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|------------------------------------------|
| <b>RAZA-INDIO AMERICANO / NATIVOS DE ALASKA</b> | <b>Tribus del estado de Washington</b>   | American Indian/Alaska Native <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No (N00) |                                                                                   |                                                                                |                                                                                       |                                         |                                          |
|                                                 |                                          | <input type="checkbox"/> Chinook Tribe (N01)                                                | <input type="checkbox"/> Confederated Tribes and Bands of the Yakama Nation (N02) | <input type="checkbox"/> Confederated Tribes of the Chehalis Reservation (N03) | <input type="checkbox"/> Confederate Tribes of the Colville Reservation (N04)         |                                         |                                          |
|                                                 |                                          | <input type="checkbox"/> Cowlitz Indian Tribe (N05)                                         | <input type="checkbox"/> Duwamish Tribe (N06)                                     | <input type="checkbox"/> Hoh Indian Tribe (N07)                                | <input type="checkbox"/> Jamestown S'Klallam Tribe (N08)                              |                                         |                                          |
|                                                 |                                          | <input type="checkbox"/> Kalispel Indian Community/Kalispel Reservation (N09)               | <input type="checkbox"/> Kikiallus Indian Nation (N10)                            | <input type="checkbox"/> Lower Elwha Tribal Community (N11)                    | <input type="checkbox"/> Lummi Tribe of the Lummi Reservation (N12)                   |                                         |                                          |
|                                                 |                                          | <input type="checkbox"/> Makah Indian Tribe/ Makah Indian Reservation (N13)                 | <input type="checkbox"/> Marietta Band of Nooksack Tribe (N14)                    | <input type="checkbox"/> Muckelshoot Indian Tribe (N15)                        | <input type="checkbox"/> Nisqually Indian Tribe (N16)                                 |                                         |                                          |
|                                                 |                                          | <input type="checkbox"/> Nooksack Indian Tribe of Washington (N17)                          | <input type="checkbox"/> Port Gamble S'Klallam Tribe (N18)                        | <input type="checkbox"/> Puyallup Tribe of Puyallup Reservation (N19)          | <input type="checkbox"/> Quileute Tribe of the Quileute Reservation (N20)             |                                         |                                          |
|                                                 |                                          | <input type="checkbox"/> Quinault Indian Nation (N21)                                       | <input type="checkbox"/> Samish Indian Nation (N22)                               | <input type="checkbox"/> Sauk-Suiattle Indian Tribe of WA (N23)                | <input type="checkbox"/> Shoalwater Bay Indian Tribe/Shoalwater Bay Indian Res. (N24) |                                         |                                          |
|                                                 |                                          | <input type="checkbox"/> Skokomish Indian Tribe (N25)                                       | <input type="checkbox"/> Snohomish Tribe (N26)                                    | <input type="checkbox"/> Snoqualmie Indian Tribe (N27)                         | <input type="checkbox"/> Snoqualmoo Tribe (N28)                                       |                                         |                                          |
|                                                 |                                          | <input type="checkbox"/> Spokane Tribe of the Spokane Reservation (N29)                     | <input type="checkbox"/> Squaxin Island Tribe of the Squaxin Island Res. (N30)    | <input type="checkbox"/> Steilacoom Tribe (N31)                                | <input type="checkbox"/> Stillaguamish Tribe of Indians of WA (N32)                   |                                         |                                          |
|                                                 |                                          | <input type="checkbox"/> Suquamish Indian Tribe of the Port Madison Res. (N33)              | <input type="checkbox"/> Swinomish Indian Tribal Community (N34)                  | <input type="checkbox"/> Tulalip Tribes of Washington (N35)                    |                                                                                       |                                         |                                          |
|                                                 |                                          |                                                                                             |                                                                                   |                                                                                |                                                                                       |                                         |                                          |
|                                                 |                                          |                                                                                             |                                                                                   |                                                                                |                                                                                       |                                         |                                          |
|                                                 |                                          |                                                                                             |                                                                                   |                                                                                |                                                                                       |                                         |                                          |
|                                                 |                                          |                                                                                             |                                                                                   |                                                                                |                                                                                       |                                         |                                          |
|                                                 |                                          |                                                                                             |                                                                                   |                                                                                |                                                                                       |                                         |                                          |
|                                                 |                                          |                                                                                             |                                                                                   |                                                                                |                                                                                       |                                         |                                          |
|                                                 |                                          |                                                                                             |                                                                                   |                                                                                |                                                                                       |                                         |                                          |
|                                                 |                                          | <b>RAZA-ASIÁTICA</b>                                                                        | <b>Asiático</b>                                                                   | <input type="checkbox"/> Asia (A00)                                            | <input type="checkbox"/> China (A06)                                                  | <input type="checkbox"/> Malasia (A14)  | <input type="checkbox"/> Singapor (A21)  |
|                                                 |                                          |                                                                                             |                                                                                   | <input type="checkbox"/> Asia - Indio (A01)                                    | <input type="checkbox"/> Filipinas (A08)                                              | <input type="checkbox"/> Mien (A15)     | <input type="checkbox"/> Sri Lanka (A22) |
|                                                 |                                          |                                                                                             |                                                                                   | <input type="checkbox"/> Bangladesh (A02)                                      | <input type="checkbox"/> Hmong (A09)                                                  | <input type="checkbox"/> Mongolia (A16) | <input type="checkbox"/> Taiwan (A23)    |
| <input type="checkbox"/> Butanese (A03)         | <input type="checkbox"/> Indonesia (A10) |                                                                                             |                                                                                   | <input type="checkbox"/> Nepal (A17)                                           | <input type="checkbox"/> Thailandia (A24)                                             |                                         |                                          |
| <input type="checkbox"/> Burmese/Myabnar (A04)  | <input type="checkbox"/> Japón (A11)     |                                                                                             |                                                                                   | <input type="checkbox"/> Okinawa (A18)                                         | <input type="checkbox"/> Tibetan (A25)                                                |                                         |                                          |
| <input type="checkbox"/> Cambodia/Khmer (A05)   | <input type="checkbox"/> Korea (A12)     |                                                                                             |                                                                                   | <input type="checkbox"/> Pakistan (A19)                                        | <input type="checkbox"/> Vietnam (A26)                                                |                                         |                                          |
| <input type="checkbox"/> Cham (A05)             | <input type="checkbox"/> Lao (A13)       |                                                                                             |                                                                                   | <input type="checkbox"/> Punjabi (A20)                                         |                                                                                       |                                         |                                          |
|                                                 |                                          |                                                                                             |                                                                                   |                                                                                |                                                                                       |                                         |                                          |
|                                                 |                                          |                                                                                             |                                                                                   |                                                                                |                                                                                       |                                         |                                          |
|                                                 |                                          |                                                                                             |                                                                                   |                                                                                |                                                                                       |                                         |                                          |
| <b>RAZA BLANCA</b>                              | <b>Blanco</b>                            | <input type="checkbox"/> Blanco (W00)                                                       |                                                                                   |                                                                                |                                                                                       |                                         |                                          |
|                                                 |                                          |                                                                                             |                                                                                   |                                                                                |                                                                                       |                                         |                                          |
|                                                 | <b>Europa Oriental</b>                   | <input type="checkbox"/> Bosnia (W01)                                                       | <input type="checkbox"/> Polinesia (W03)                                          | <input type="checkbox"/> Rusia (W05)                                           | <input type="checkbox"/>                                                              |                                         |                                          |
|                                                 |                                          | <input type="checkbox"/> Herzegovina (W02)                                                  | <input type="checkbox"/> Rumania (W04)                                            | <input type="checkbox"/> Ucrania (W06)                                         | <i>Europa Oriental Write-In (W07)</i>                                                 |                                         |                                          |
|                                                 | <b>Medio Oriente y Norteafricano</b>     | <input type="checkbox"/> Algeria (W08)                                                      | <input type="checkbox"/> Druze (W16)                                              | <input type="checkbox"/> Lebano (W24)                                          | <input type="checkbox"/> Tunisia (W32)                                                |                                         |                                          |
|                                                 |                                          | <input type="checkbox"/> Amazigh or Berber (W09)                                            | <input type="checkbox"/> Egyptian (W17)                                           | <input type="checkbox"/> Libyan (W25)                                          | <input type="checkbox"/> Yameni (W33)                                                 |                                         |                                          |
|                                                 |                                          | <input type="checkbox"/> Arabia (W10)                                                       | <input type="checkbox"/> Emirati (W18)                                            | <input type="checkbox"/> Morocco (W26)                                         |                                                                                       |                                         |                                          |
|                                                 |                                          | <input type="checkbox"/> Assyrian (W11)                                                     | <input type="checkbox"/> Iranian (W19)                                            | <input type="checkbox"/> Omani (W27)                                           | <i>Medio Oriente Write-in (W34)</i>                                                   |                                         |                                          |
|                                                 |                                          | <input type="checkbox"/> Bahraini (W12)                                                     | <input type="checkbox"/> Iraqi (W20)                                              | <input type="checkbox"/> Palestin (W28)                                        |                                                                                       |                                         |                                          |
|                                                 |                                          | <input type="checkbox"/> Bedouin (W13)                                                      | <input type="checkbox"/> Israel (W21)                                             | <input type="checkbox"/> Qatari (W29)                                          | <input type="checkbox"/>                                                              |                                         |                                          |
| <input type="checkbox"/> Chaldean (W14)         |                                          | <input type="checkbox"/> Jordan (W22)                                                       | <input type="checkbox"/> Arabia Saudita (W30)                                     | <i>Norteafrica Write-In (W35)</i>                                              |                                                                                       |                                         |                                          |
| <input type="checkbox"/> Copt (W15)             |                                          | <input type="checkbox"/> Kurdish Kuwaiti (W23)                                              | <input type="checkbox"/> Siria (W31)                                              |                                                                                |                                                                                       |                                         |                                          |

Firma del padre/tutor \_\_\_\_\_

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

**SOLO PARA USO DE LA OFICINA: Recibido por:** \_\_\_\_\_

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

## INFORMACIÓN DE SALUD DEL ESTUDIANTE

La información en este formulario debe actualizarse cada nuevo año escolar. Complete este formulario y regréselo a su escuela lo antes posible.

Nombre: \_\_\_\_\_ Año escolar: \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

### CONDICIONES DE SALUD

Marque si estos se aplican a su hijo:

☐ Condición cardíaca (C\_) : Lista \_\_\_\_\_

☐ ADD/ADHD (N\_) : Diagnosticado por \_\_\_\_\_

☐ Condición de salud mental (P\_) : Lista \_\_\_\_\_

☐ Alergias que no ponen en peligro la vida (E\_) : \_\_\_\_\_

☐ Neuro/lesión cerebral (N\_) : Lista \_\_\_\_\_

☐ Asma (R\_) : ¿Medicación en la escuela? Sí/No

☐ Músculo/Hueso (M\_) : Lista \_\_\_\_\_

☐ Trastorno del espectro autista (NC) :

☐ Discapacidad auditiva o visual (Y\_) : Lista \_\_\_\_\_

Diagnosticado por: \_\_\_\_\_

☐ Otro: Describa las preocupaciones \_\_\_\_\_

☐ Condición de desarrollo (NF) : Lista \_\_\_\_\_

### PLANIFICACIÓN ESPECIAL DE ATENCIÓN SANITARIA

☐ **Diabetes** (EK) Fecha del diagnóstico: \_\_\_\_\_

**Mi hijo tiene:** ☐ bomba de insulina ☐ pluma de insulina ☐ vial/jeringa de insulina

☐ **Trastorno convulsivo** (NP) Mi hijo necesita medicamentos **de emergencia** para las convulsiones. \*Nombre del medicamento: \_\_\_\_\_

☐ **Planificación especial de atención médica** : mi hijo tiene necesidades especiales de atención médica, tales como: alimentación por sonda, respiración por sonda, catéter, tubos intravenosos u otros. **Se requiere** orden de tratamiento .

Por favor describa la(s) condición(es) de su hijo: \_\_\_\_\_

☐ **Ayudas para la movilidad**: mi hijo necesita ayudas especiales para la movilidad, como una silla de ruedas o un andador. \_\_\_\_\_

### CONDICIONES QUE AMENAZAN LA VIDA

☐ **Peligro de vida** (OB) condición ☐ Alergia anafiláctica (se requiere epipen ) ☐ Asma crítica (requiere epipen )

Alérgenos): \_\_\_\_\_

☐ **Otra** condición que pone en peligro la vida: \_\_\_\_\_

\*Los medicamentos requieren el formulario de Autorización para Medicamentos en la Escuela y el medicamento **antes de asistir a la escuela** .

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

Entiendo que la información que proporcioné se compartirá con el personal escolar apropiado que necesita saberla para garantizar la salud y seguridad de mi hijo. Si los padres/tutores y los contactos de emergencia autorizados no pueden ser localizados en el momento de una emergencia médica, y si la atención inmediata es urgente a juicio de las autoridades escolares, autorizo y ordeno a las autoridades escolares que envíen a mi hijo al hospital o al centro de atención médica. Proveedor más fácilmente accesible. Entiendo que asumiré la responsabilidad total por el pago de cualquier servicio prestado.

**Nombre del padre/tutor:** \_\_\_\_\_ **Número de teléfono:** \_\_\_\_\_

Por favor imprimir

Entiendo que la ley de Washington requiere que las vacunas de mi estudiante estén completas o condicionalmente antes de comenzar la escuela. Doy permiso a la escuela de mi hijo para agregar información de vacunación verificada al Sistema de Información de Inmunización del Estado de Washington (WAIIS) para ayudar a la escuela a mantener el registro escolar de mi hijo.

**Firma del padre/tutor :** \_\_\_\_\_ **Fecha :** \_\_\_\_\_





## Requisitos del registro de vacunación

Año escolar 2024-25

Estimado padre o Guardianes,

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

A continuación se muestran algunos ejemplos de registros de vacunación verificados médicamente:

- [Certificado de estado de vacunación \(CIS\)](#) completo y firmado por un proveedor de atención médica. Encuentre [el formulario CIS](#) visitando <https://www.doh.wa.gov/SCCI> y haciendo clic en "Certificado de estado de vacunación".
- Un CIS completado por usted u otro padre/tutor con registros médicos adjuntos.
- Un CIS impreso por un proveedor de atención médica o una escuela del Sistema de Información de Inmunización del Estado de Washington.
- Un CIS impreso desde [My IR](#), que es una herramienta gratuita en línea del Departamento de Salud que permite a las familias ver e imprimir ellos mismos sus registros oficiales de vacunación. Vaya a <https://wa.myir.net/register> para comenzar el proceso de registro.

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

Si su hijo ya cumple con los requisitos de vacunación y tiene registros archivados en la escuela, no necesita hacer nada. Si no está seguro o tiene alguna pregunta, comuníquese con [Inserte nombre e información de contacto].

Atentamente,

Kellie Larrabee

Director Ejecutivo de Enseñanza y Aprendizaje

# Certificado de Estado de Vacunación

Imprima este formulario. Vea el reverso de este formulario para obtener instrucciones sobre cómo llenarlo o imprimirlo del Sistema Informático de Vacunación del estado de Washington.

Apellido del niño: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA): \_\_\_\_\_

Autorizo a la escuela/establecimiento de cuidado infantil de mi hijo a agregar información sobre las vacunas en el IIS para ayudar a la escuela a mantener un registro de mi hijo.

Solo estado condicional: Reconozco que mi hijo está ingresando a la escuela/establecimiento de cuidado infantil en estado condicional. Para que mi hijo permanezca en la escuela, debo proporcionar la documentación requerida de las vacunas en los plazos establecidos. Consulte en el reverso para obtener orientación sobre el estado condicional.

X \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_

Firma del padre, la madre o el tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Se requiere la firma del padre, la madre o el tutor si comienza en estado condicional Fecha

▲ Se requiere para la escuela ● Se requiere para el establecimiento de cuidado infantil/prescolar

| Vacunas obligatorias para el ingreso a la escuela o al establecimiento de cuidado infantil |  |  |  |  |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|
| ● ▲ DTaP (difteria, tétanos y tos ferina)                                                  |  |  |  |  |  |
| ▲ Tdap (tétanos, difteria y tos ferina) (a partir de 7.º grado)                            |  |  |  |  |  |
| ● ▲ DT o Td (tétanos, difteria)                                                            |  |  |  |  |  |
| ● ▲ Hepatitis B                                                                            |  |  |  |  |  |
| ● Hib ( <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b)                                              |  |  |  |  |  |
| ● ▲ IPV (polio) (cualquier combinación de IPV/OPV)                                         |  |  |  |  |  |
| ● ▲ OPV (polio)                                                                            |  |  |  |  |  |
| ● ▲ MMR (sarampión, paperas, rubéola)                                                      |  |  |  |  |  |
| ● PCV/PPSV (antineumocócica)                                                               |  |  |  |  |  |
| ● ▲ Varicela                                                                               |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Antecedentes de la enfermedad verificados por el IIS              |  |  |  |  |  |

Vacunas recomendadas (no se requieren para el ingreso a la escuela o al establecimiento de cuidado infantil)

|                                        |  |  |  |  |  |  |
|----------------------------------------|--|--|--|--|--|--|
| COVID-19                               |  |  |  |  |  |  |
| Gripe (influenza)                      |  |  |  |  |  |  |
| Hepatitis A                            |  |  |  |  |  |  |
| VPH (virus del papiloma humano)        |  |  |  |  |  |  |
| MCV/MPSV (meningococo tipo A, C, W, Y) |  |  |  |  |  |  |
| MenB (meningococo tipo B)              |  |  |  |  |  |  |
| Rotavirus                              |  |  |  |  |  |  |

## Documentation of Disease Immunity (Health care provider use only)

If the child named in this Certificate of Immunization Status (CIS) has a history of varicella (chickenpox) disease or can show immunity by blood test (titer), it must be verified by a health care provider.

I certify that the child named on this CIS has:  
☐ A verified history of varicella (chickenpox) disease.

☐ Laboratory evidence of immunity (titer) to disease(s) marked below.

|                                     |                                      |                                      |
|-------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Diphtheria | <input type="checkbox"/> Hepatitis A | <input type="checkbox"/> Hepatitis B |
| <input type="checkbox"/> Hib        | <input type="checkbox"/> Measles     | <input type="checkbox"/> Mumps       |
| <input type="checkbox"/> Rubella    | <input type="checkbox"/> Tetanus     | <input type="checkbox"/> Varicella   |

☐ Polio (all 3 serotypes must show immunity)

► \_\_\_\_\_  
Licensed Health Care Provider Signature Date  
► \_\_\_\_\_  
Printed Name

I certify that the information provided on this form is correct and verifiable. Health Care Provider or School Official Name: \_\_\_\_\_ Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
If verified by school or child care staff the medical immunization records must be attached to this document.



**Instrucciones para completar el Certificado de Estado de Vacunación: Imprima el formulario del Sistema Informático de Vacunación o rellénelo a mano.**

**Para imprimir con la información de la vacunación completada:**

Pregunte si el consultorio de su proveedor médico ingresa las vacunas en el Sistema Informático de Vacunación de WA (el registro estatal de Washington). Si es así, solicítele que impriman el certificado usando el sistema y la información de vacunación de su hijo se llenará de forma automática. También puede imprimir un certificado en su casa. Solo tiene que registrarse e ingresar a MyIR en wa.myr.net. Si su proveedor no utiliza el sistema, envíe un correo electrónico al Departamento de Salud a [waisrecords@doh.wa.gov](mailto:waisrecords@doh.wa.gov) o llame al 1-866-397-0337 para obtener una copia del certificado de su hijo.

**Para llenar el formulario a mano:**

1. Escriba en letra de imprenta el nombre y la fecha de nacimiento de su hijo y firme donde se indica en la página uno.
2. Escriba la fecha de cada dosis de la vacuna recibida en las columnas de fechas (con el formato DD/MM/AA). Si su hijo recibe una vacuna combinada (una sola inyección que lo protege contra varias enfermedades), utilice las guías de referencia que aparecen a continuación para registrar cada vacuna de manera correcta. Por ejemplo, registre la vacuna Pediarix bajo difteria, tétanos, tos ferina como DTaP, hepatitis B como Hep B, y polio como IPV.
3. Si su hijo tuvo varicela y no fue vacunado, un proveedor de atención médica debe corroborar que tuvo varicela para cumplir con los requisitos de la escuela.
  - ☐ Si el proveedor médico puede corroborar que su hijo tuvo varicela, pídale que marque la casilla en la sección en inglés "Documentation of Disease Immunity" y que firme el formulario.
  - ☐ Si el personal de la escuela tiene acceso al Sistema Informático de Vacunación y ven la verificación de que su hijo tuvo varicela, marcarán la casilla debajo de varicela en la sección de las vacunas.
4. Si un análisis de sangre (valor) da positivo y muestra que su hijo es inmune, pídale al proveedor médico que marque las casillas de la enfermedad correspondiente en la sección en inglés "Documentation of Disease Immunity", y que firme y ponga la fecha el formulario. Debe proporcionar los resultados del laboratorio junto con este certificado.
5. Proporcione pruebas de registros con verificación médica según las pautas que se indican a continuación.

**Registros médicos aceptables**

Todos los registros de vacunación deben estar corroborados por un médico. Por ejemplo:

- Un formulario del Certificado de Estado de Vacunación impreso con las fechas de vacunación del Sistema Informático de Vacunación del estado de Washington, MyIR o el sistema de otro estado.
- Una copia impresa completa del certificado con la firma de validación del proveedor médico.
- Una copia impresa completa del certificado con los registros de vacunación adjuntos, impresos desde el registro de salud electrónico de un proveedor médico y con la firma o el sello de un proveedor médico. El administrador de la escuela, el enfermero o la persona designada debe verificar que las fechas en el certificado se transcribieron con precisión y debe firmar el formulario.

**Estado condicional**

Los niños pueden ingresar y permanecer en la escuela o en el establecimiento de cuidado infantil en estado condicional si se están poniendo al día con las vacunas obligatorias para ingresar a la escuela o al establecimiento de cuidado infantil. (Las dosis del esquema de vacunas se distribuyen en intervalos mínimos, por lo que algunos niños pueden tener que esperar un tiempo antes de terminar de recibir sus vacunas. Esto significa que es posible que ingresen a la escuela mientras esperan la siguiente dosis de la vacuna obligatoria). Para ingresar a una escuela o establecimiento de cuidado infantil en estado condicional, un niño debe tener todas las dosis de las vacunas obligatorias antes de empezar a ir a la escuela o al establecimiento de cuidado infantil.

Los estudiantes que estén en estado condicional pueden permanecer en la escuela hasta la fecha de validez mínima de la próxima dosis de la vacuna y tendrán un período adicional de 30 días para presentar la documentación de la vacunación. Si un estudiante debe ponerse al día con varias vacunas, el estado condicional continúa de forma similar hasta que reciba todas las vacunas obligatorias.

Si el período condicional de 30 días se vence antes de que se presente la documentación en la escuela o en el establecimiento de cuidado infantil, el estudiante deberá ser excluido de dicha escuela o establecimiento de cuidado infantil, conforme al capítulo 28A.210.120 del Código Revisado de Washington. La documentación válida incluye pruebas de inmunidad a la enfermedad en cuestión, registros médicos que demuestren la vacunación o un formulario de certificado de exención (COE) completado.

**Reference guide for vaccine trade names in alphabetical order** For updated list, visit <https://www.cdc.gov/vaccines/terms/usvaccines.html>

| Trade Name | Vaccine | Trade Name | Vaccine | Trade Name | Vaccine     | Trade Name    | Vaccine            |
|------------|---------|------------|---------|------------|-------------|---------------|--------------------|
| ActHIB     | Hib     | Fluarix    | Flu     | Havrix     | Hep A       | Menvéo        | Meningococcal      |
| Adacel     | Tdap    | Flucelvax  | Flu     | Hiberix    | Hib         | Pediarix      | DTaP + Hep B + IPV |
| Afluria    | Flu     | Flulaval   | Flu     | HibTTTÉR   | Hib         | PedvaxHIB     | Hib                |
| Bexsero    | MenB    | FluMist    | Flu     | Ipol       | IPV         | Pentacel      | DTaP + Hib +IPV    |
| Boostrix   | Tdap    | Fluvirin   | Flu     | Infanrix   | DTaP        | Pneumovax     | PPSV               |
| Cervarix   | 2vHPV   | Fluzone    | Flu     | Kinrix     | DTaP + IPV  | Prevnar       | PCV                |
| Daptacel   | DTaP    | Gardasil   | 4vHPV   | Menactra   | MCV or MCV4 | ProQuad       | MMR + Varicella    |
| Engerix-B  | Hep B   | Gardasil 9 | 9vHPV   | Menomune   | MPSV4       | Recombivax HB | Hep B              |



**DISTRITO ESCOLAR DE FERNDALÉ**  
**PO BOX 698, Ferndale WA 98248**

**Cuestionario de Vivienda para Estudiantes**

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_

Primer Nombre

Segundo Nombre

Apellido(s)

Nombre de la Escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

*Las respuestas a las siguientes preguntas pueden ayudar a determinar los servicios a los que el estudiante puede ser elegible en recibir bajo la Ley McKinney-Vento 42 U.S.C. 11435. La Ley McKinney-Vento proporciona servicios y apoyo a los niños y jóvenes sin hogar*

1 – ¿Usted alquila/es dueño de su casa o apartamento/etc.? ☐ Si (NO conteste el formulario) ☐ No, Por favor responda #2

2 – Si NO alquila/es propietario de su casa/apartamento/etc., ¿se debe a la pérdida de vivienda o por dificultades económicas?

☐ No (NO responda/conteste el resto del formulario)

☐ Si (Por favor conteste el resto del formulario)

**¿Dónde vive actualmente el estudiante?** Conteste esta sección SÓLO si su respuesta a la Pregunta # 2 fue **Sí**:

☐ En un motel

☐ En un carro, parque, campamento, o en otro lugar similar

☐ En un albergue (para personas sin hogar)

☐ Vivienda Transitoria

☐ Mudándose de un lugar a otro/viviendo temporalmente con otros

☐ Otro \_\_\_\_\_

☐ Con otra familia

☐ En una casa/apartamento con instalaciones inadecuadas (sin agua, calefacción, electricidad, etc.)

DIRECCIÓN/DOMICILIO ACTUAL: \_\_\_\_\_

NUMERO TELEFÓNICO: \_\_\_\_\_ CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_

☐ Vive solo(a) (no vive con un padre o tutor legal))

☐ Vive con su Padre/Madre o Tutor Legal

**ESCRIBA EL NOMBRE** de los Padres/Tutores Legales/Joven que vive solo: \_\_\_\_\_

\* Firma de los Padres/Tutor Legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

- O - \* Firma del JÓven que vive solo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**\* Declaro bajo pena de perjurio según las leyes del estado de Washington que la información proporcionada aquí es verdadera y correcta.**

Enlace/Coordinadora Distrital: Nancy Schubeck 564-209-1986, [nancy.schubeck@ferndalesd.org](mailto:nancy.schubeck@ferndalesd.org)

**For School Personnel Only:** Forward completed questionnaire to Nancy Schubeck at the Family Resource Center..

☐ (N) Not Homeless ☐ (A) Shelters ☐ (B) Doubled-Up ☐ (C) Unsheltered ☐ (D) Hotels/Motels

SEC. 725. DEFINICIONES.

Para efectos de este subtítulo:

(1) Los términos "inscribirse" e "inscripción" incluyen asistir a clases y participar plenamente en las actividades escolares.

(2) El término "niños y jóvenes sin hogar"

(A) significa personas que carecen de una residencia nocturna fija, regular y adecuada (dentro del significado de la sección 103(a)(l)); y

(B) incluye:

(i) niños y jóvenes que comparten la vivienda de otras personas debido a la pérdida de la vivienda, dificultades económicas o una razón similar; viven en moteles, hoteles, parques de casas rodantes o terrenos para acampar debido a la falta de alojamiento alternativo adecuado; están viviendo en refugios de emergencia o de transición; son abandonados en hospitales;

(ii) niños y jóvenes que tienen una residencia nocturna principal que es un lugar público o privado no diseñado ni utilizado normalmente como alojamiento habitual para dormir de seres humanos (dentro del significado de la sección 103(a)(2)(C)) ;

(iii) niños y jóvenes que viven en automóviles, parques, espacios públicos, edificios abandonados, viviendas infraviviendas, estaciones de autobús o tren, o entornos similares; y (iv) niños migratorios (como se define dicho término en la sección 1309 de la Ley de Educación Primaria y Secundaria de 1965) que califican como personas sin hogar para los propósitos de este subtítulo porque los niños viven en circunstancias descritas en las cláusulas ( i) a (iii)

(3) El término "joven no acompañado" incluye jóvenes que no están bajo la custodia física de un padre o tutor.

Recursos adicionales

La información y los recursos para padres se pueden encontrar en lo siguiente:

- <https://nche.ed.gov/resources/>
- <http://www.schoolhouseconnection.org/>



## Distrito Escolar Ferndale 502

6041 Vista Drive, Ferndale WA 98248  
(360) 383-9200 <http://ferndalesd.org>

### Acuerdo de Requisitos de Notificación y Asistencia – BECCA Distrito Escolar Ferndale

#### Información del Estudiante en el Año Escolar 2024-2025

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Escuela: \_\_\_\_\_ Género: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Según la ley estatal (RCW 28A.225), los estudiantes deben asistir a la escuela a tiempo completo, sin ausencias, faltas o llegadas tarde injustificadas. Cuando un estudiante acumula siete (7) días de ausencias injustificadas en cualquier mes (un día consta de más de medio día escolar) o diez (10) días de ausencias injustificadas en un año escolar, es posible que se presente una Petición Becca ante tribunal de menores donde se pueden imponer sanciones. Estas sanciones pueden incluir ensayos, club de estudio, servicio comunitario, alternativas de detención y detención. También se pueden imponer multas a los padres de hasta \$25.00 por cada día de ausencia injustificada de la escuela.

#### Comunicación:

- Entiendo que por cada día que he estado ausente de la escuela, mi padre/tutor presentará una nota escrita, enviará un correo electrónico o llamará a la escuela dentro de los dos (2) días posteriores a mi regreso a la escuela para que se justifique la ausencia.
- Deberán indicar el motivo de la ausencia.
- Si no se proporciona ningún motivo o el motivo no cumple con los criterios de ausencia justificada que se definen en la Política escolar No. 3122P, la ausencia se considerará injustificada.

#### Injustificado:

- Entiendo que cuando acumulo siete (7) días de ausencias injustificadas en cualquier mes (un día consta de más de medio día escolar) o diez (10) ausencias injustificadas en un año escolar, esto resultará en la presentación de una Petición BECCA con el tribunal de menores.
- Entiendo que si falto veinte (20) días consecutivos a la escuela, seré retirado de la escuela a la que asisto.

#### Excusado/Justificado:

- Entiendo que cuando acumulo quince (15) días de ausencias justificadas en un año, es posible que se requiera una nota del médico por cada dos días en una semana de ausencias justificadas para que se consideren justificadas. Sin una nota del médico, las ausencias pueden considerarse injustificadas.
- Cuando hayan ocurrido veinte (20) ausencias consecutivas, seré retirado de la escuela y se presentará una Petición BECCA ante el tribunal de menores.

#### Retiro de Nuestro Distrito Escolar:

Entiendo que si el Secretario o Registradora de la escuela no recibe una solicitud de récords dentro de los diez (10) días posteriores a mi retiro, se presentará una Petición BECCA ante el tribunal de menores.



Yo, \_\_\_\_\_, (*nombre del estudiante*) asistiré a todas las clases programadas todos los días, a tiempo, sin ausencias, faltas o tardanzas injustificadas.

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

**Firma del Padre/Guardian:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Nombre del Padre/Guardian:** \_\_\_\_\_

**Criterios de ausencia justificada (consulte la Política No. 3122P para obtener más detalles):**

- A. Participación en actividad aprobada por la escuela
- B. Ausencia justificada por condición de salud crónica
- C. Ausencias por enfermedad, condición de salud, emergencia familiar o motivos religiosos
- D. Enfermedad o condición de salud prolongada
- E. Ausencia para actividades aprobadas por los padres - REG Becca.2 Rev 6/2016
- F. Ausencia resultante de acciones disciplinarias o suspensión a corto plazo

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

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |               |               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|---------------|
| <b>Nombre del alumno:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <b>Grado:</b> | <b>Fecha:</b> |
| Nombre del padre, madre o tutor legal _____<br>Firma del padre, madre o tutor legal _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |               |               |
| <b>Derecho a los servicios de traducción o interpretación</b><br><br>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.                                                                                                                                                             | 1. a) ¿En qué idioma(s) preferiría su familia recibir las comunicaciones por escrito de la escuela? _____<br><br>b) ¿Necesita un intérprete para las reuniones y llamadas telefónicas (incluso de ASL)?<br><br>Nombre del padre/madre/tutor 1: _____<br>¿Necesita intérprete? ____ Sí ____ No   Idioma _____<br><br>Nombre del padre/madre/tutor 2: _____<br>¿Necesita intérprete? ____ Sí ____ No   Idioma _____                           |               |               |
| <b>Requisitos para recibir apoyo en capacitación de idiomas</b><br><br>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.                                                                                                        | 2. ¿Qué idioma(s) habló o entendió primero su hijo(a)? _____<br><br>3. ¿Qué idioma utiliza más su hijo en casa? _____<br><br>4. ¿Cuál es el idioma principal que se utiliza en casa, independientemente del idioma que habla su hijo? _____<br><br>5. ¿Ha recibido su hijo apoyo en capacitación del idioma inglés en una escuela anterior? Sí ____ No ____ No sé ____                                                                      |               |               |
| <b>Educación previa</b><br><br>Sus respuestas sobre el país de nacimiento de su hijo y su educación previa: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bríndenos información sobre el conocimiento y las aptitudes que su hijo trae a la escuela.</li> <li>• Esto puede ayudar a que el distrito escolar reciba fondos federales adicionales para brindarle apoyo a su hijo.</li> </ul> <p><b><i>Este formulario no se utiliza para identificar la situación migratoria de los alumnos.</i></b></p> | 6. ¿En qué país nació su hijo? _____<br><br>7. ¿Alguna vez ha recibido su hijo educación formal fuera de Estados Unidos? (Kindergarten – 12.º grado) ____ Sí ____ No<br><br>Si la respuesta es Sí: Número de meses: _____<br>Idioma de formación: _____<br><br>8. ¿Cuándo asistió su hijo por primera vez a la escuela en Estados Unidos? (Kindergarten – 12.º grado)<br><br>_____<br>Mes                      Día                      Año |               |               |

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.





## DECLARACIÓN JURADA DE RESIDENCIA DE ESTUDIANTES

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

*WAC 392-137-115 Definición de residencia estudiantil. Tal como se utiliza en este capítulo, el término "residencia estudiantil" significa la ubicación física de la residencia principal de un estudiante, es decir, el hogar, la casa, el apartamento, las instalaciones, la estructura o la ubicación, etc., donde el estudiante vive la mayor parte del tiempo.*

*Al aplicar esta sección se considerará lo siguiente:*

- 1. La dirección postal del estudiante (por ejemplo, la dirección de los padres o el apartado postal) puede ser diferente de la residencia principal del estudiante.*
- 2. El domicilio principal del estudiante puede ser diferente al domicilio principal de los padres del estudiante.*
- 3. La falta de una dirección postal para un estudiante no excluye la residencia bajo esta sección.*
- 4. Si se espera que los estudiantes residan en la dirección durante veinte días consecutivos o más.*

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

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

**Nombre de estudiante:** \_\_\_\_\_

**Reside legalmente en:** \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/tutor legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del padre/tutor legal

**Distrito Escolar Ferndal Encuesta Sobre Aprendizaje Temprano, Primavera 2024**  
**Actividades e Interés en Aprendizaje Temprano y Preescolar**

Creemos que las familias son los primeros maestros del niño y que los niños llegan a la escuela con una variedad de fortalezas y experiencias. Las experiencias de aprendizaje de su hijo antes del jardín de infantes pueden brindarle a nuestro distrito escolar una idea de cómo podemos apoyar mejor a su hijo y a su familia cuando ingresan a la escuela. Esta información también nos ayudará a aprender cómo nuestra gran comunidad de Ferndale apoya el aprendizaje temprano y a las familias y qué podemos hacer para mejorar continuamente las experiencias de aprendizaje temprano de los niños.

1. ¿Su hijo ingresará al jardín de infantes en el otoño de 2024?

☐ Si ☐ No En caso afirmativo, ¿qué escuela primaria de Ferndale? \_\_\_\_\_

2. ¿Su hijo asiste o asistió a preescolar?

☐ Si ☐ No En caso afirmativo, por favor indique en donde y cuando:

| Nombre del Preescolar | Horas a la Semana | Años que asistió |
|-----------------------|-------------------|------------------|
|                       |                   |                  |

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

☐ Si ☐ No En caso afirmativo, por favor indique donde y cuando:

|                                                                                                    | Horas a la Semana | Años que asistió |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|------------------|
| En un <b>centro de cuidado</b> infantil autorizado o en un hogar Nombre:                           |                   |                  |
| Con un acuerdo de cuidado infantil de un amigo o vecino                                            |                   |                  |
| Con un familiar proveedor de cuidado infantil                                                      |                   |                  |
| Por favor circule al miembro de la familia que brinda cuidado: abuelo, tía, tío, hermano, hermana. |                   |                  |

4. ¿Participa su hijo en otras experiencias de aprendizaje ☐ Si ☐ No Por favor marque todas las que applique

☐ Cuentos en la Biblioteca ☐ Tiempo de conversacion en la libreria para ELL ☐ MOP –Madres de Preescolar

☐ Iglesia/Escuela Dominical ☐ Programas de Parques Locales ☐ Clase de Arte ☐ Clase de Música ☐ Gimnasia

☐ Ferndale Tiempo de Niños ☐ Grupo de Juego ☐ Otro (por favor especifique): \_\_\_\_\_

5. ¿Hay experiencias de aprendizaje en las que su hijo no puede participar? ☐ Si ☐ No

En caso afirmativo, ¿cuáles son esas experiencias y por qué no pueden participar? (costo, transporte, capacidad lingüística limitada, horario de trabajo, otro.....)

6. ¿Está interesado en obtener más información sobre estas actividades preescolares? (marque todas las que correspondan)

☐ Cuentos en la Biblioteca ☐ Conversaciones en la libreria para ELL ☐ Ferndale Tiempo de Niños ☐ Visitando su grupo de juego/casa

☐ Reunión de Preparación para Padres Primavera K ☐ Clase de preparación para K el viernes ☐ Otro \_\_\_\_\_

¿Le gustaría ser contactado sobre estas actividades? ☐ Si ☐ No gracias

Nombre de Padre/Guardian \_\_\_\_\_ Telephone \_\_\_\_\_

Nombre del Niño/a \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Hermanos/as en preescolares \_\_\_\_\_

# **Encuesta de Ingresos Familiares y Aplicaciones de comidas gratis/a precio reducido**

Las encuestas y solicitudes de ingresos familiares para el año escolar 2024/2025 estarán disponibles en agosto de 2024.

Recomendamos encarecidamente a todos los padres/tutores a que envíen una Encuesta de ingresos familiares o una Solicitud de comida.

Las encuestas de ingresos familiares se hacen a los alumnos de Kindergarten a 8º grado. Las solicitudes de comidas gratis o a precio reducido se realizan para los alumnos de 9º a 12º grado.

Completar una encuesta o solicitud toma menos de 10 minutos.

Las solicitudes de comidas y las encuestas de ingresos familiares se pueden descargar de nuestro sitio web ([www.ferndalesd.org](http://www.ferndalesd.org)) después del 1 de agosto de 2024 para el año escolar 2024/2025. Además, las familias con estudiantes en los grados del 9 a 12 pueden completar las solicitudes de comidas en línea en la sección de Skyward Family Access.

## **Es más que una aplicación de comida.**

Llenar la Solicitud de Comidas Escolares o una Encuesta de Ingresos Familiares también puede ayudar a proporcionar:



**DISTRITO ESCOLAR DE FERNDALDE NO. 502**  
**TRAMITES ADMINISTRATIVOS**  
**ACUERDO DE USE DE RECURSOS TECNOLOGICOS**  
**No. 2314 P-1 Anexo 1**

|                                                    |               |                                            |
|----------------------------------------------------|---------------|--------------------------------------------|
| <b>Nombre del Estudiante:</b><br>(Nombre Completo) | <b>Grado:</b> | <b>Estudiante #:</b><br>(Skyward Other ID) |
|----------------------------------------------------|---------------|--------------------------------------------|

**Padre o Guardian:**

Los estudiantes del Distrito Escolar Ferndale (FSD) tienen acceso directo a Internet y a la red FSD. Este privilegio conlleva responsabilidad. Todos los estudiantes deben ser informados de las reglas relativas al uso de Internet y de la red y aceptar cumplir con estas reglas. El Distrito utiliza software y filtrado de contenido para evitar que los estudiantes accedan a materiales en línea inapropiados cuando están conectados a la red del distrito. Cuando los estudiantes aprovechan la oportunidad de llevarse a casa los dispositivos proporcionados por la escuela, los padres/tutores son responsables de monitorear el acceso a la red en el hogar y en otros lugares fuera de la escuela. A petición de un padre/tutor, el Distrito instalará un filtro 24 horas al día, 7 días a la semana en el dispositivo del estudiante. Para solicitar dicho filtro, comuníquese con la oficina de la escuela.

Los usuarios de la red y los dispositivos tecnológicos del distrito deben firmar un "Acuerdo de uso de recursos tecnológicos". Lea y analice esta información con su estudiante y firme electrónicamente o en una copia impresa. Se requerirá que los padres y estudiantes completen el "Acuerdo de uso de recursos tecnológicos" cuando utilicen la tecnología por primera vez (generalmente en el nivel de escuela primaria), al comienzo de cada una de las escuelas intermedias y secundarias (grados sexto y noveno), o cuando haya un cambio en la política del Acuerdo de Uso de Recursos Tecnológicos. A partir del año escolar 2021-2022, los estudiantes usarán y conservarán el mismo dispositivo durante toda la escuela intermedia y secundaria.

**Expectativas de los Estudiantes:**

El uso de los dispositivos y la red del distrito es un privilegio y el uso inapropiado puede resultar en la cancelación de esos privilegios. La seguridad en cualquier sistema informático es una alta prioridad, especialmente cuando el sistema involucra a muchos usuarios. Si el usuario identifica un problema de seguridad en el sistema, debe notificar al personal y no debe demostrar el problema a otros usuarios. **Los estudiantes son responsables de tener buen comportamiento en las computadoras de la escuela en todo momento, tanto dentro como fuera de la escuela.**

Los estudiantes deberán devolver su dispositivo a la escuela cuando abandonen el Distrito Escolar de Ferndale. Cada estudiante es financieramente responsable de cualquier daño al dispositivo que pueda haber ocurrido durante el año escolar y que no haya sido reportado previamente. Cada familia tiene la opción de comprar un seguro para dispositivos tecnológicos al comienzo del año escolar a \$25 por año (para un estudiante que califica para almuerzo reducido, el costo es de \$10 por año). El seguro cubrirá los daños del dispositivo y los costes de reparación.

La siguiente información fue extraída/adaptada del "Procedimiento de la Junta del Distrito Escolar de Ferndale #2314 P-1 Recursos tecnológicos". Copias de la Política de la Junta No. 2314 completa y los Procedimientos que la acompañan están disponibles en el sitio web de la FSD.

**Seguridad Personal en Internet:**

1. **No** revele información de contacto personal sobre usted (dirección, número de teléfono, etc.) mientras esté en línea.
2. **No** acepte conocer a personas con las que haya tenido un contrato a través de Internet sin el permiso de sus padres.
3. **No** proporcione información privada o confidencial sobre usted o los demás.
4. **Informe** a su maestro u otro empleado de la escuela sobre cualquier mensaje que reciba que sea inapropiado o que lo haga sentir incómodo.

**Uso Aceptable:**

El uso principal de la cuenta y el equipo del estudiante debe ser apoyar la educación y la investigación educativa.

**Uso Inaceptable:**

Ejemplos de actividades que **NO ESTÁN PERMITIDAS** incluyen (pero no se limitan a):

1. Mostrar mensajes o imágenes sexualmente explícitos, pornográficos, obscenos, lascivos u otros mensajes o imágenes inapropiados.
2. Usar lenguaje o material obsceno.
3. Participar en ataques ofensivos y/o amenazantes vía "Cyber Bullying" contra individuos o grupos.
4. Dañar computadoras, sistemas informáticos o redes informáticas.
5. Violar las leyes de derechos de autor.
6. Usar las contraseñas de otros usuarios.

7. Invadir el trabajo de otros usuarios: sistemas, carpetas, trabajos o archivos.
8. Uso excesivo de recursos limitados (más allá del tiempo autorizado por los administradores).
9. Participar en el correo electrónico personal o "navegar por la web" de forma gratuita durante el horario escolar.
10. Emplear la red con fines comerciales, personales o políticos.
11. Modificar el software en el equipo del distrito o instalar tecnología personal.
12. Acceder a cualquier computadora no autorizada explícitamente para su uso.

### **Correo Electrónico del Estudiante:**

El Distrito Escolar Ferndale ha creado cuentas de correo electrónico para todos los estudiantes, que incluyen acceso al correo electrónico si es necesario. FSD proporciona este servicio porque está obligado, a través de e-rate y regulaciones federales, a "garantizar que todos los estudiantes utilicen computadoras, redes y comunicaciones (incluido el correo electrónico) en las escuelas para fines relacionados con la escuela de manera adecuada". Se espera que los estudiantes de FSD dominen las comunicaciones por correo electrónico efectivas y adecuadas y está incluido en los Requisitos de aprendizaje académico esencial K-12 del estado de Washington y las expectativas de nivel de grado en tecnología educativa, como EALR2: Ciudadanía digital, Componente 2.3, que establece que los estudiantes deben ser capaz de "comunicarse con compañeros y profesores mediante el correo electrónico". En consecuencia, se espera que los estudiantes de FSD utilicen su cuenta de correo electrónico de FSD para la comunicación entre el distrito y la escuela.

Esta cuenta se asignará a los estudiantes cuando ingresen al distrito y estará disponible para uso escolar/educativo a lo largo de su carrera en el Distrito Escolar Ferndale. Sin embargo, esta cuenta sólo estará "activa" para el uso de los estudiantes a partir del sexto grado (antes en el caso de que un maestro solicite específicamente que se use en su salón de clases). Además del correo electrónico, esta cuenta brindará acceso a herramientas de colaboración (procesador de textos, calendario, hojas de cálculo), así como a otras herramientas relacionadas con la educación.

Los estudiantes deben tener cuidado con los correos electrónicos recibidos de remitentes desconocidos. Con el aumento del phishing y el software espía por correo electrónico, los estudiantes deben tener cuidado al abrir cualquier archivo adjunto y/o enlace si no confían en el remitente o no lo conocen. No responda correos electrónicos que soliciten información personal o financiera. Reportar cualquier sospechoso

### **Firma del Estudiante (requerida)**

Entiendo y cumpliré con la Política del Acuerdo de Uso de Recursos Tecnológicos y acepto usar la red de manera responsable. Además, entiendo que cualquier violación de las normas contenidas en el mismo puede dar lugar a medidas disciplinarias y puede constituir un delito penal. Si cometo alguna infracción, mis privilegios de acceso pueden ser revocados y se pueden tomar medidas disciplinarias escolares o acciones legales apropiadas.

Nombre completo del Estudiante \_\_\_\_\_

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

### **Permiso del Padre o Guardian:**

(Si el estudiante es menor de 18 años, un padre o tutor también debe leer y firmar este acuerdo) Como padre o tutor del nombre del estudiante, he leído la Política del Acuerdo de Uso de Recursos Tecnológicos. Entiendo que este acceso está diseñado principalmente para fines educativos. Reconozco que es imposible para el Distrito Escolar de Ferndale restringir completamente el acceso a información y materiales ofensivos, inapropiados u otros controversiales disponibles a través de Internet u otras fuentes de la red, y no responsabilizaré al distrito escolar por la información y los materiales obtenidos por este estudiante de la red. Entiendo que este acuerdo se mantendrá archivado en la escuela.

También entiendo que de vez en cuando el maestro o la escuela deseen publicar ejemplos de proyectos de estudiantes; fotografías no identificadas del clima de estudiantes identificados o no identificados pueden publicarse en un servidor accesible en Internet a través del sitio web del personal, la escuela o el distrito.

## Reconocimiento

Firmar este formulario electrónicamente o en copia impresa indica que los padres/tutores y los estudiantes han leído y aceptan cumplir con las condiciones descritas en este documento y asumen la responsabilidad por el uso y cuidado apropiados y seguros de la tecnología emitida por el distrito de FSD. El incumplimiento de los términos de este acuerdo puede resultar en la limitación o eliminación del acceso a la computadora portátil, Internet y otros contenidos o servicios digitales. Los estudiantes también pueden estar sujetos a acciones disciplinarias como se describe en el Código de conducta estudiantil de FSD.

### **Por favor, marque sus respuestas con un círculo**

He leído y revisado el Manual de Tecnología para Padres y Estudiantes con mi hijo y entiendo mis responsabilidades con respecto al uso de la tecnología en las Escuelas de Ferndale. (Este documento se puede revisar en línea en el sitio web de FSD y cada estudiante lo revisará al comienzo de cada año escolar)

Si                      No

Mi hijo puede usar el Internet y correo electrónico (con la supervisión de un maestro) en la escuela de acuerdo con las reglas que se dicen en este acuerdo.

Si                      No

El trabajo de mi hijo puede publicarse en Internet para fines escolares o en el aula.

Yes                      No

Las fotografías de mi hijo pueden publicarse en Internet para fines escolares o en el aula.

Yes                      No

Nombre del Padre/Guardian: \_\_\_\_\_

Firma del Padre/Guardian: \_\_\_\_\_

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

**\*\*Para más información, favor de contactar al director de la escuela de su hijo, o el Departamento de Tecnología del Distrito Escolar Ferndale\*\***  
Implementado 10-12-1995 Revisión 08-19-2021