

Summer Jump Start Enrollment Form

July 8-26, 2024

CIRCLE ONE: Apache Bluejacket-Flint Broken Arrow Brookridge
Comanche Crestview East Antioch Merriam Park Nieman Pawnee
Overland Park Rising Star Roesland Rosehill Rushton (at Roesland) Shawanoe

Welcome to the Shawnee Mission Summer Jump Start program for incoming kindergarten students. We appreciate your interest and involvement in the education of your child. Please complete the information below and email to susanabelvedere@smsd.org by Friday, June 14, 2024.

STUDENT NAME: _____

ADDRESS: _____

PARENT/GUARDIAN: _____

HOME PHONE: _____ WORK PHONE: _____ CELL: _____

EMAIL: _____

Does your child have an active Individualized Education Program (IEP)? YES _____ NO _____

SESSION TIME: 8:30 -11:30 A.M.

TRANSPORTATION: (check one)

Walk Home

Picked Up (List everyone who has authorization to pick up your child.)

HEALTH CONCERNS OR SPECIAL NEEDS: NO _____ YES _____ If yes, please describe:

Contact Paula Bunde, Coordinator of Health Services at (913) 993-6289 for health related questions.

EMERGENCY CONTACT:

Name Relationship Phone

Name Relationship Phone

Agreement to the following information is mandatory in order for your child to be officially enrolled in the Summer Jump Start Program.

- Daily attendance is required.* Classes take place Monday-Friday the weeks of July 8th through July 26th.

Parent Signature

Date



SHAWNEE MISSION
SCHOOL DISTRICT

Inscripción para el Programa de Verano Jump Start

Desde el 8 de Julio al 26 de Julio de 2024

Indique uno : Apache Bluejacket-Flint Broken Arrow Brookridge
Comanche Crestview East Antioch Merriam Park Nieman Pawnee
Overland Park Rising Star Roesland Rosehill Rushton (at Roesland) Shawanoe

Bienvenidos al programa de Jump Start de Shawnee Mission para los futuros niños de Kindergarten. Apreciamos su interés y participación en la educación de su hijo. Por favor complete la información a continuación y envíe un correo electrónico a susanabelvedere@smsd.org antes del viernes 14 de junio de 2024.

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____

DIRECCIÓN: _____

PADRE/MADRE/TUTOR: _____

TELÉFONOS: HOGAR: _____ TRABAJO: _____ CELULAR: _____

EMAIL (Correo electrónico): _____

Su hijo/a tiene un IEP (Educación Especial)? SI _____ NO _____

HORARIO: 8:30 -11:30 A.M.

TRANSPORTE: (Marque una de las opciones)

Caminando

Alguien lo recoge (Escriba el nombre de las personas autorizadas para recoger al niño.)

INDICACIONES DE SALUD O NECESIDADES ESPECIALES: NO__ SÍ__ Si indica "SÍ", por favor describa: _____

Comuníquese a Paula Bunde, Coordinator of Health Services al (913) 993-6289 con preguntas relacionadas con la salud.

CONTACTOS DE EMERGENCIA:

Nombre	Relación	Teléfono
--------	----------	----------

Nombre	Relación	Teléfono
--------	----------	----------

Es obligatorio estar de acuerdo con la siguiente información a fin de que su hijo quede oficialmente inscrito en el programa de Jump Start.

Es requisito asistir todos los días. Las clases se llevan a cabo de lunes a viernes las semanas del 8 al 26 de julio.

Firma de uno de los Padres

Fecha



SHAWNEE MISSION
SCHOOL DISTRICT