



LITTLE HUSKIES PRESCHOOL

EL PREESCOLAR LITTLE HUSKIES
se enfocará en los siguientes estudiantes y
familias:

**Por favor, solo registre a su estudiante si cumple
al menos con una de las siguientes situaciones:**

1. El estudiante se encuentra actualmente en la lista de espera para Head Start.
2. El estudiante no calificó para los servicios de preescolares con retrasos de desarrollo del Distrito Escolar de Emmett.
3. El estudiante califica para los servicios bajo la Ley McKinney-Vento (consulte la documentación incluida en el paquete de registro para obtener más detalles).
4. El estudiante está actualmente en la lista de espera para otro preescolar, o el estudiante no está inscrito en otro lugar.
5. El estudiante vive en el hogar de un familiar inmediato que es empleado del Distrito Escolar de Emmett.



Respuestas a tus preguntas

El preescolar es gratuito.

Un total de 36 estudiantes asistirán al preescolar cuatro días a la semana. Habrá sesiones de mañana y tarde de 18 alumnos cada una.

El preescolar se llevará a cabo en la escuela primaria Butte View.

Los estudiantes deben saber ir al baño independientemente para asistir al preescolar Little Huskies.

Los estudiantes que asistirán al Kindergarten para la sesión del próximo año serán inscritos primero (que cumplirán 4 años antes del 1 de septiembre).

El preescolar Little Huskies es posible gracias a los siguientes fondos de subvención en asociación con el distrito escolar de Emmett:

La subvención del Centro de Aprendizaje Comunitario del Siglo 21 de Nita M. Lowey (21CCLC)

Asociación de Idaho para la Educación de Niños Pequeños (ID AEYC)

Puede enviar un correo electrónico a la directora del programa

sanderson@isd221.net o llame a la oficina del Distrito Escolar de Emmett al 208-365-6301 si tiene alguna pregunta..

El preescolar comenzará oficialmente las clases en septiembre. En agosto se llevará a cabo una jornada de casa abierta para los padres de aquellos niños que estén matriculados oficialmente.

Si estás en los Little Huskies lista de

espera:Dirija cualquier pregunta

sanderson@isd221.net Se le notificará cuando haya espacio disponible para su estudiante.





Formulario de inscripción de estudiantes del Distrito Escolar Independiente de Emmett

Primer día de inscripción _____ Nivel de grado _____

Nombre LEGAL del estudiante : _____

Nombres/Primer apellido /segundo apellido/

También conocido como: _____ Última escuela a la que asistió _____

Fecha de nacimiento: _____ Correo electrónico: _____ Teléfono _____

Hombre _____ Mujer _____ Dirección _____

¿Servicios especiales en la escuela anterior? Sí _____ No _____

En caso afirmativo, Nombre del Programa _____

Etnicidad (Opcional) Circule
todo lo que corresponda

- ◇ Soy indio/nativo de
Alaska ◇ Asiático Asian
- ◇ Negro/africano Pacific
Islander
- ◇ Isleño del Pacífico
- ◇ Blanco
- ◇ Hispano

Información de custodia

Custodia _____ Madre _____ Padre _____ Joint

Padres sin custodia conjunta: _____ Permiso para ver _____

Permiso para Recoger _____

Transporte:

☐

Generalmente, un estudiante es elegible para el transporte
en autobús si su residencia está a 1,5 millas o más de su

Sólo para uso de oficina

- ◇ Certificado de nacimiento
- ◇ Certificado ◇ Registros de
vacunación
- ◇ Historia de salud
- ◇ Prueba de residencia
- ◇ Encuesta sobre el idioma
del hogar

Hogar primario

Número de teléfono de casa _____ Privado _____

Fecha de entrada en vigor _____

☐

Dirección del residente _____

Dirección postal (si es diferente) _____

Todos los niños que viven en el hogar principal

Nombre legal	M/F	D/O/B	Grado	Escuela El niño asiste
Nombre legal	M/F	D/O/B	Grado	Escuela El niño asiste
Nombre legal	M/F	D/O/B	Grado	Escuela El niño asiste
Nombre legal	M/F	D/O/B	Grado	Escuela El niño asiste
Nombre legal	M/F	D/O/B	Grado	Escuela El niño asiste

Padre/Tutor (Vive en este Hogar) Infinite Campus _____ Acceso de Padres _____ Correo _____
Nombre _____ Relación con el Estudiant _____
Empleador _____ Teléfono del Trabajo _____
Correo Electrónico _____ Teléfono Celular _____
Militar _____ Sí _____ No En caso afirmativo, qué sucursal _____

Padre/Tutor (Vive en este Hogar) Infinite Campus _____ Acceso de Padres _____ Correo _____
Nombre _____ Relación con el Estudiante _____
Empleador _____ Teléfono del Trabajo _____
Correo Electrónico _____ Teléfono Celular _____
Militar _____ Sí _____ No En caso afirmativo, qué sucursal _____

Hogar Secundario -*Si el estudiante vive en ambos hogares, marque aquí* ☐

Padre/Tutor (Vive en este Hogar) Infinite Campus _____ Acceso de Padres _____ Correo _____
Nombre _____ Relación con el Estudiante _____
Empleador _____ Teléfono del Trabajo _____
Correo Electrónico _____ Teléfono Celular _____
Militar _____ Y Sí _____ No En caso afirmativo, qué sucursal _____

Padre/Tutor (Vive en este Hogar) Infinite Campus _____ Acceso de Padres _____ Correo _____
Nombre _____ Relación con el Estudiante _____
Empleador _____ Teléfono del Trabajo _____
Correo Electrónico _____ Teléfono Celular _____
Militar _____ Sí _____ No En caso afirmativo, qué sucursal _____

Contactos de emergencia

Nombre _____ Teléfono celular _____
Relación con el estudiante _____ Teléfono del trabajo _____
Nombre _____ Teléfono celular _____
Relación con el estudiante _____ Teléfono del trabajo _____
Nombre _____ Teléfono celular _____
Relación con el estudiante _____ Teléfono del trabajo _____
Nombre _____ Teléfono celular _____
Relación con el estudiante _____ Teléfono del trabajo _____

Autorizaciones de padres/tutores del distrito escolar de Emmett

Marque todo lo que corresponda:

Comunicado de prensa:

- ☐ No Fotografía - No fotografiar, no nombre y no descripción puede publicarse.
- ☐ No Publicar - No foto, no nombre o descripción puede aparecer.
- ☐ Libro del año - foto, nombre y descripción puede aparecer solamente en el libro del año.
- ☐ Doy permiso para que la escuela o el distrito escolar presenten el trabajo de mi hijo .

Uso aceptable de la red:

- ☐ Recibí una copia y leeré la aceptable Política de uso.
- ☐ Doy mi permiso para que mi hijo tenga acceso a todos los componentes de la red del distrito y libero al distrito de cualquier reclamo de daño que surja del uso de esta red.

Manual del estudiante:

- ☐ Recibí una copia y leeré el Código de Conducta .

Excursiones:

- ☐ Doy permiso para que mi hijo/ a asista a cualquier viaje o excursiones planificadas por la escuela. Los estudiantes viajarán en autobús del distrito escolar, una camioneta conducida por un conductor designado por el distrito chárter autobús con acompañantes del personal escolar. Escribiré una nota informando al personal si mi hijo no participará.

Lesiones de los Estudiantes:

Incluso con las mayores precauciones y la supervisión más cercana, los accidentes pueden ocurrir y ocurren en la escuela. Son un hecho de la vida y una parte del proceso de crecimiento por el que pasan nuestros hijos.

Los padres deben ser conscientes de esto y estar preparados para los posibles gastos médicos puedan surgir si su hijo se lesiona en la escuela. El distrito escolar no proporciona seguro médico para los gastos médicos cuando los estudiantes se lesionan en la escuela. Esta es responsabilidad de los padres o tutores legales. El distrito tiene seguro de responsabilidad. El distrito tiene seguro médico a disposición de las familias para la compra. Los folletos que describen la cobertura y las primas se entregan al comienzo del año y están disponibles en la oficina de la escuela durante todo el año. Padres, por favor estén preparados para pagar gastos médicos.

He leído y comprendo la anterior :

Firma_____ **Nombre impreso**_____ **Fecha**_____

Información médica/ Divulgación de emergencia

Nombre del estudiante: _____

Fecha de nacimiento _____ Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino

Médico: _____ Número de teléfono del médico _____

Autorización de medicamentos sin receta medica

Doy permiso a la enfermera de la escuela y/o al personal autorizado para que le den a mi hijo lo siguiente:

Acetaminofeno/Tylenol ☐ Sí ☐ No Ibuprofeno/Advil ☐ Sí ☐ No

Historial Medico

Condiciones Alérgicas que amenazan la vida (marque todo lo que corresponda)

Medicamentos requeridos ☐Epinefrina ☐ Difenhidramina/Benadryl

☐insectos/Insectos: Nueces _____

☐árbol/cacahuets: _____

☐Productos alimenticios: _____

☐Otras alergias graves: _____

Marque la casilla si su hijo tiene antecedentes de cualquiera de los siguientes. Más espacio al dorso para más detalles

☐ Asma	☐ cabeza/migrañas Frecuencia	☐ Convulsiones Tipo de trastorno
☐ Atención Preocupación ☐ ADD ☐ TDAH	☐ Historial de lesiones en la cabeza	☐ piel Preocupación
☐ comportamiento Preocupación	☐ auditiva/audífonos	☐ Trastorno estomacal/intestinal
☐ Preocupación cardiovascular/del corazón Preocupación del	☐ riñón/vejiga Preocupación	☐ de la vista ☐ Anteojos/lentes de contacto
☐ Retraso en el desarrollo	☐ Trastorno muscular/articular/óseo	☐ Actualmente bajo el cuidado de un médico por:
☐ Diabetes ☐ Tipo 1 ☐ Tipo 2 ☐ Bomba ☐ MCG	☐ Trastorno del sistema nervioso	☐ Enfermedad/lesión grave pasada
☐ Preocupación emocional Ansiedad	☐ Alergias	☐ Hospitalizaciones/cirugías anteriores

Describe cualquier condición física/discapacidad no mencionada anteriormente: _____

Medicamentos actuales que el estudiante está tomando: _____

Doy permiso para compartir esta información con el personal que necesita saber:

Nombre	Firma	Fecha
Número de teléfono :	C:	Otro:

Consentimiento médico (se requiere firma)

Por la presente damos nuestro consentimiento para el tratamiento de nuestro hijo menor por parte de un médico o personal médico en cualquier hospital O tratamiento temporal por parte de una enfermera práctica registrada o con licencia o técnico médico de emergencia hasta que se pueda obtener un médico para cualquier enfermedad o lesiones a nuestro hijo menor de edad mientras se encuentre en o junto a cualquier terreno escolar del Distrito Escolar de Emmett. Este consentimiento incluirá, entre otros, cualquier cirugía que se considere necesaria o deseable para la salud y el tratamiento médico inmediatos de nuestro hijo. Este consentimiento será efectivo sólo si ninguno de los abajo firmantes puede ser contactado o encontrado con diligencia razonable en el momento del tratamiento médico necesario. Este consentimiento terminará tan pronto como se contacte a cualquiera de los abajo firmantes, en cuyo caso se puede realizar un tratamiento médico adicional solo con el consentimiento de la persona contactada. Este consentimiento será válido a menos y hasta que sea revocado por escrito por uno de los abajo firmantes.

Firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____

Nombre _____

Utilice este espacio si es necesario para obtener más detalles.

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____



Idaho Migrant Education Program

Encuesta de Empleo para los Padres

English version on the other side



La información abajo es para identificar a estudiantes que puedan calificar para recibir servicios adicionales de educación. Es posible que un empleado del programa le contacte a usted para obtener más información. Toda la información es confidencial.

Nombre del niño: _____ Distrito: _____ Fecha: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Escuela: _____ Grado: _____

1. ¿En los últimos tres años, ha vivido su familia en otro distrito escolar? Esto incluye otros distritos escolares en Idaho, u otro estado o país.

Sí _____ (SIGA AL #2)

No _____ (PARE AQUÍ)

2. En los últimos tres años, ¿hubo alguien en su hogar un trabajando con alguno de estos productos o actividades (sin incluir su propiedad)?

Si _____ (SIGA AL #3)

No _____ (PARE AQUÍ)

Por favor marque todos los que apliquen abajo:

	☐ Cualquier Cultivos Ejemplos: maíz, papas, frijoles, trigo, remolacha, frutas, lúpulo, alfalfa, etc.o preparación de campo		☐ Cualquier ganado Ejemplos: vacas, cerdos, ovejas, pollos, lechería
	☐ Procesamiento de productos agrícolas. Ejemplos: (Clasificación, empaque, corte, etc.) cebollas, papas, carne, frutas, árboles, etc.		☐ Otra agricultura Ejemplos: silvicultura, cuidado de plantas de vivero, pescar

3. Nombre de los padres: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____

Por favor liste a todos los niños menores de 22 años en la casa:

Nombre	Fecha de Nacimiento	Escuela	Grado

Distrito Independiente de Emmett #221

Encuesta Estatal del Idioma en el Hogar

Nuestro Distrito escolar juntamente con el Departamento de Educación Estatal de Idaho y la Oficina de los Derechos Civiles requiere que el idioma(s) de los estudiantes este identificado. El propósito de esta encuesta tiene por objeto determinar si los estudiantes son potencialmente elegibles para servicios de idiomas.

Información del Estudiante	Respuesta
Fecha [MM/DD/YYYY]	
Nombre del Estudiante	
Fecha de Nacimiento [MM/DD/YYYY]	
Escuela	
Género:	☐ Masculino ☐ Femenino
Grado	

1. ¿Qué idioma(s) se habla en el hogar?

2. ¿Qué idioma(s) habla más frecuentemente su hijo?

3. ¿Qué idioma(s) aprendió su hijo primero?

4. ¿Qué idioma habla su hijo con usted? _____

5. ¿Qué idioma utiliza usted cuando habla con su hijo? _____

6. ¿En qué idioma prefiere usted llamadas y cartas? _____

7. ¿Cuál es su relación con el niño? ☐ Madre ☐ Padre ☐ Guardián ☐ Otro (especificar)

8. ¿Tiene alguna información adicional que usted desearía que la escuela conozca sobre su hijo? _____



Preguntas sobre Residencia Estudiantil

Por favor complete las siguientes preguntas con respecto a la vivienda del estudiante para ayudar a determinar los servicios que el estudiante puede ser elegible para recibir. (McKinney-Vento Act 42 U.S.C. 11435) La información que usted proporciona es confidencial. A si hijo no se le hará discriminación en base a la información proporcionada.

Nombre del estudiante		Escuela
¿Está el estudiante viviendo con un padre o tutor legal? Sí ☐ No ☐		
Si la respuesta es no, ¿con quien vive el estudiante?		¿Relación con el estudiante?
Marque (✓) una	Por favor, identifique el arreglo de vivienda actual del estudiante	Para uso Escolar
	1 - Vivienda Permanente - Renta/propietario de su casa/departamento o una residencia doble NO debido a dificultades económicas. <i>Por favor proporcione el domicilio</i> _____	P
	2 - Compartiendo Vivienda - Vive <i>temporalmente</i> con una familia o amigos debido a la falta de la pérdida de vivienda, dificultades económicas, o motivo similar <i>Por favor proporcione el domicilio(s)</i> _____	D
	3 - Refugio - Vive en refugio de emergencia o de transición <i>Por favor proporcione el nombre del refugio</i> _____	S
	4 - Hotel/Motel - Temporalmente debido a la falta de otras viviendas adecuadas <i>Por favor proporcione el nombre del hotel</i> _____	H
	5 - Otra Situación de Vivienda Temporal - En un vehículo de cualquier tipo, parque para casas móviles o un campamento que no tenga agua potable/electricidad, en un edificio abandonado o vivienda deteriorada .	U
¿Se ha mudado en los últimos 3 años para buscar trabajo como jornalero o en cualquier tipo de agricultura o pesca? (Marque una) Sí ☐ No ☐		

Por favor, conteste las siguientes preguntas, si marcó cualquiera de las opciones 2, 3, 4 o 5

¿Cuánto tiempo espera estar en este domicilio? _____

¿Esta buscando vivienda permanente? _____

Fecha en que el estudiante se mudó a esta domicilio _____

Por favor escriba los nombres de los hermanos / hermanas a continuación:

Apellido Paterno	Primer Nombre	Escuela

El que suscribe certifica que la información proporcionada arriba es correcta.

Nombre de la persona que llena el formulario (letra de imprenta) Firma Relación con el estudiante Fecha

Nota: Los estudiantes que están protegidos bajo la Ley McKinney-Vento tienen derecho a la inscripción inmediata en la escuela aunque no tengan los documentos que normalmente se necesitan, como un comprobante de domicilio, registros escolares y de la inmunización. La Coordinadora del Distrito ayudará al estudiante a obtener los documentos necesarios o vacunas. Los estudiantes que están protegidos bajo la Ley McKinney-Vento también pueden tener derecho a otros apoyos.