

¡Bienvenidos a la Primaria Lyle!

~ Hogar de los Leones ~

2024-25



Necesitamos verificar:

___ Su dirección

* Planee mostrarnos una licencia de conducir, un documento de alquiler/hipoteca o una factura de servicios públicos. ¿Complicado? Hablemos.

___ Prueba de edad : niños de jardín de infantes que se inscriben en la escuela por primera vez únicamente

* Si su hijo se transfiere de otra escuela, no se requiere prueba de edad.

Paquete de registro:

___ Formulario de inscripción de estudiantes

___ Encuesta sobre el uso del lenguaje

___ Llegar a conocerte

___ Formulario de registro de autobús

___ Formulario de examen dental/de la vista

___ Tarjeta de vacunación de Oregon

* Si su hijo recibió vacunas en Oregon, deberíamos poder descargar los registros por usted.

___ Permiso de aplicaciones de Google

Por favor complete:

___ Verificación de antecedentes voluntaria

* Presenta tu solicitud en www.helpcounter.net/dallasoregon

* Requerido para excursiones, eventos escolares, etc. Este proceso puede tomar de 3 a 4 semanas durante las horas punta.

___ Me gusta nuestro Facebook: www.Facebook.com/LyleElementarySchool

___ Síguenos en Instagram: @lyleprincipal

___ Marcador favorito: www.dallas.k12.or.us/lyle-elementary -and- www.dallas.k12.or.us



Plaza de los padres es nuestra principal herramienta de comunicación. Descargue la aplicación. Tendrá acceso 24 horas después de que su hijo comience la escuela.

Contáctenos: lyle.office@dsd2.org o 503-623-8367

Distrito Escolar de Dallas No. 2 - Información Para Inscribir



Este forma para inscribir es un documento legal. La información que usted provee tiene que ser correcto y completo.
Este información esta protegido por la Family Educational Rights and Privacy Act (FERPA).

Fecha de Entrada: _____ Grado de Entrar : _____ Fecha de Nacimiento: _____ Masculino: ___ Femenino: ___ No-Binario: ___

Información Del Estudiante

_____ Apellido Legal _____ Nombre Legal _____ Segundo Nombre

Nombre Preferido de Estudiante: _____

Étnico: ___ Hispano/Latino (marca uno) ___ No Hispano/Latino	Raza: ___ Blanco ___ Asiático ___ Nativo de Hawái o Otros Islas Pacifico (Marca todo que aplica) ___ Negro o Americano Africano ___ Hispano/Latino ___ Nativo Americano/Nativo de Alaska
--	---

Información Demográfico Estudiantil

Dirección de Estuante: _____

Dirección postal del Estudiante: _____

Teléfono de la casa del estudiante: _____ Celular del Estudiante: _____

(Nota: Teléfono de la casa del estudiante será utilizado para la asistencia, las notificaciones de emergencia y eventos)

Correo electrónico del estudiante: _____ País de Nacimiento: _____

Verificación de edad (proporcionar una)

Certificado de nacimiento Registro de Hospital Certificado de bautismo Papeles de Adopción Orden de la Corte Pasaporte

Verificación de edad (proporcionar una)

ODL Documento de alquiler Documento de utilidad Documento de hipoteca Otro _____

Servicios Especiales

Marque todos que aplican

___ IEP/Plan de Educación Especial ___ Programa Talentosos y Dotados ___ Programa de ELL
___ Plan de 504 ___ Servicios de Lenguaje ___ Otro _____

Información de la Escuela Anterior

Escuela: _____ Teléfono: _____ Fax: _____

Dirección: _____

¿Está este estudiante actualmente expulsado de la escuela anterior? ___ si ___ no

Información de Tutor #1 (Use el nombre legal)

_____	_____
Nombre Legal	Apellido Legal
_____	_____
Dirección (si esta diferente del estudiante)	Ciudad, Estado, Código Postal
Teléfono de casa: _____	Teléfono Celular: _____
Teléfono de Trabajo: _____	
Correo electrónico: _____	Empleador: _____
Relación con el estudiante: _____	¿Vive el estudiante con este tutor? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> no

Información de Tutor #2 (Use el nombre legal)

_____	_____
Nombre Legal	Apellido Legal
_____	_____
Dirección (si esta diferente del estudiante)	Ciudad, Estado, Código Postal
Teléfono de casa: _____	Teléfono Celular: _____
Teléfono de Trabajo: _____	
Correo electrónico: _____	Empleador: _____
Relación con el estudiante: _____	¿Vive el estudiante con este tutor? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> no

Información de Tutor #3 (Use el nombre legal)

_____	_____
Nombre Legal	Apellido Legal
_____	_____
Dirección (si esta diferente del estudiante)	Ciudad, Estado, Código Postal
Teléfono de casa: _____	Teléfono Celular: _____
Teléfono de Trabajo: _____	
Correo electrónico: _____	Empleador: _____
Relación con el estudiante: _____	¿Vive el estudiante con este tutor? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> no

Información de Tutor #4 (Use el nombre legal)

_____	_____
Nombre Legal	Apellido Legal
_____	_____
Dirección (si esta diferente del estudiante)	Ciudad, Estado, Código Postal
Teléfono de casa: _____	Teléfono Celular: _____
Teléfono de Trabajo: _____	
Correo electrónico: _____	Empleador: _____
Relación con el estudiante: _____	¿Vive el estudiante con este tutor? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> no

La ley de Oregon requiere que los registros educativos pueden compartir con los tutores no privativas de libertad que lo soliciten menos que la escuela se presenta con una orden judicial en contrario. Órdenes de Restricción también requerirán una copia de la orden judicial en el expediente acumulativo del estudiante.

Contactos de Emergencia (Use el nombre y apellidos legales)

Lista solamente las personas autorizadas para recoger a los estudiantes cuando no puede comunicarse con la guarda. Se prefieren los contactos locales.

Nombre	Relación con el Estudiante	Teléfono
Nombre	Relación con el Estudiante	Teléfono
Nombre	Relación con el Estudiante	Teléfono
Nombre	Relación con el Estudiante	Teléfono
<i>Contactos de servicios, si aplican</i>		
Asistente Social	Supervisor	Teléfono
Oficial de Libertad Condicional	Supervisor	Teléfono

Hermanos

Lista todos los hermanos y hermanas, hermanastros y medios hermanos y hermanas del edad escolar de este estudiante que asisten una escuela publica en Dallas.

Nombre de Estudiante	Relación con el Estudiante	La Escuela Donde Asiste
Nombre de Estudiante	Relación con el Estudiante	La Escuela Donde Asiste
Nombre de Estudiante	Relación con el Estudiante	La Escuela Donde Asiste
Nombre de Estudiante	Relación con el Estudiante	La Escuela Donde Asiste

Información Médica del Estudiante

Nombre del Medico: _____ Teléfono: _____

Seguros en cargo (opcional): _____

Por favor marque cualquier condición médica actual:

Asma Inhalador Enfermedad del corazón Convulsiones Diabetes Epi-Pen requiere
 Alergia (por favor lista) _____

Los medicamentos que se tomen en la escuela (lista abajo) Por favor completar un Registro Administración de Medicamentos

¿Hay otras necesidades de salud con respecto a este estudiante de que la escuela debe ser consciente?

McKinney-Vento Titulo X Programa de Educación para Personas sin Hogar

La legislativa Title X McKinney-Vento garantiza que los estudiantes, sin importar su situación de vida, tengan acceso a la educación pública. Los recursos del programa pueden incluir ayuda con el transporte, útiles escolares y otros servicios para ayudar a asegurar el éxito en la escuela.

Por favor marque si aplica

- alojados en un motel, coche, RV, o camping hasta la vivienda asequible se encuentra
 compartiendo la vivienda con otra familia debido a las dificultades económicas
 pasando de un lugar a otro sin vivienda permanente
 viviendo en un asilo

Programa de Educación Migrante: Titulo I-C

El propósito del Programa de Educación Migrante es garantizar que los niños migrantes se beneficien plenamente de la misma educación pública gratuita proporcionada a otros niños, incluido el apoyo que reduce la interrupción educativa que resulta de la forma de vida de los migrantes. Los servicios gratuitos pueden incluir escuela de verano, apoyo pre-kinder, seguro de accidentes, y referencias a recursos de la comunidad.

- ¿Ha trasladado su familia en los últimos tres años? si no
 ¿Ha alguien en su hogar trabajado, o está actualmente trabajando, en la agricultura, en un vivero de peces, forestal, Molino, granja, lecherías o fábricas de conserva en los últimos tres años? si no

Militar

- ¿Está el padre/tutor desplegado actualmente? si no
 ¿Es padre/tutor a tiempo completo en el Ejército, la Marina, la Fuerza Aérea, el Cuerpo de Marines o la Guardia Costera? si no
 ¿El padre/tutor es un estudiante en una escuela de servicio mientras está en el ejército activo? si no
 ¿El padre/tutor es miembro de tiempo completo de la Guardia Nacional? si no
 ¿Es el padre/tutor en las reservas de servicio activo (llamado a servicio activo por al menos 180 días consecutivos)? si no
 ¿El padre/tutor es un Técnico Militar de Doble Status si no

Permisos / Acuerdos

Doy permiso y estoy de acuerdo que mi hijo:

- a participar en las excursiones organizadas dentro del Distrito Escolar de Dallas. si no
- visitar a la enfermera de salud del distrito de enfermedad, lesión, y herida o investigación rutinaria de salud. si no
- utilizar Internet y correo electrónico dentro de los parámetros señalados en la política del distrito. si no
- a cumplir con la asistencia, el comportamiento y el transporte (autobús) las normas señaladas en la política del distrito, y en los manuales tutor / estudiante (si corresponde). si no

Derechos Educativos de la Familia y la Ley de Privacidad (FERPA)

<http://www2.ed.gov/policy/gen/guid/fpco/ferpa/index.html>

Aviso de derecho de revisar los registros: Tutores y estudiantes elegibles tienen derecho a inspeccionar y revisar los registros de educación del estudiante y solicitar enmiendas para garantizar la exactitud de los registros en lo que respecta a las leyes estatales y federales aplicables y las normas administrativas.

Aviso de Divulgación de Información del Directorio: FERPA protege la privacidad de los expedientes de los estudiantes y otorga derechos guardianes para revisar registros. Bajo FERPA, las escuelas pueden divulgar información del directorio, pero tutores pueden solicitar que la escuela no revelar esta información al hacer una solicitud por escrito a la escuela.

Las copias de la política del distrito en los registros de educación del estudiante y notificaciones FERPA están disponibles en el sitio web del Distrito Escolar de Dallas: www.dallas.k12.or.us .

Al firmar este formulario, estoy de acuerdo que toda la información proporcionada es correcta.

Firma del Tutor: _____ Fecha: _____

Nombre del Tutor (imprime): _____



Estado de Oregón - Encuesta De Idiomas En Casa

Este documento se da cuando un estudiante entra al distrito escolar por primera vez.

El estado de Oregón respeta todos los idiomas y culturas de nuestros habitantes, y respeta todos los idiomas/ en nuestras escuelas. Fomentamos la revitalización de las lenguas indígenas y el multilingüismo.

Este documento es para entender si su estudiante califica para recibir apoyos adicionales para aprender el idioma inglés.

Nombre de su estudiante: _____ **Grado:** _____ **Fecha:** _____

Nombre de padre, madre, o guardián: _____

Firma de padre, madre, o guardián: _____

Información	Preguntas
La información en esta sección ayudará a la escuela a determinar si su estudiante necesita instrucción adicional en el idioma inglés.	<ol style="list-style-type: none"><li data-bbox="760 804 1482 940">1. ¿Qué idioma(s) se usa principalmente en su casa? _____<li data-bbox="760 972 1482 1087">2. ¿Cuál fue el primer idioma(s) que aprendió su estudiante? _____<li data-bbox="760 1119 1482 1297">3. ¿Qué idioma(s) usa con más frecuencia su estudiante en casa? _____
Su respuesta a esta pregunta informará a la escuela si usted necesita un intérprete o documentos traducidos. Esto no tiene costo. <i>Esta sección es informativa y no se utiliza para identificar si su estudiante necesita apoyo para aprender el idioma inglés.</i>	¿En qué idioma(s) prefiere que la escuela se comunice con usted? _____



Formulario de Certificación de Evaluación de Visión y Dental

Nombre de Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____

La Ley de Oregón ahora requiere que un niño de 7 años de edad o más joven tenga evaluaciones dentales y de vista antes de entrar a la escuela por primera vez. Para obtener información sobre los requisitos de visión, consulte 2013 Oregón HB3000 Sección 1: (2)(a) hasta (3)(b). Para obtener información sobre los requisitos dental, consulte 2015 Oregón HB2972 Sección 1: (2)(a) hasta (3)(c).

Padres / Guardianes: Por favor complete y firme BOTH Certificaciones de evaluaciones de Visión y Dental.

CERTIFICACIÓN DE EVALUACIÓN DE VISIÓN (Marque la casilla correspondiente)

Mi hijo ha recibido una evaluación de visión.

La fecha más reciente de evaluación o exámenes oculares: _____

¿Se recomendó un seguimiento? (indicar) Si / No

Nombre del proveedor: _____

He presentado previamente la certificación a la siguiente escuela: _____

No estoy proporcionando la certificación de examen / examen de la vista debido a mis creencias religiosas.

Firma de Padre/Tuto

Fecha

CERTIFICACIÓN DE EVALUACIÓN DENTAL (Marque la casilla correspondiente)

Mi hijo ha recibido una evaluación dental entre los últimos 12 meses.

La fecha más reciente evaluación o examen dental: _____

¿Se recomendó un seguimiento? (indicar) Si / No

Nombre del proveedor: _____

He presentado previamente la certificación a la siguiente escuela: _____

No estoy proporcionando la certificación de examen / examen dental debido a mis creencias religiosas.

El examen dental es una carga porque: (indicar uno)

(A) El costo de obtener el evaluación dental es demasiado alto;

(B) El estudiante no tiene acceso a un evaluador o;

(C) El estudiante no pudo obtener una cita con un evaluador.

Firma de Padre/Tuto

Fecha



Oregon Certificate of Immunization Status

Certificado de estado de vacunación

Oregon law requires proof of immunization or exemption signed prior to a child's attendance at school, preschool, child care or home day care. This information is being collected on behalf of the Oregon Health Authority and may be released to the Authority or the local public health department by the school or children's facility upon request of the Authority.

La ley de Oregon requiere que se entregue un comprobante de vacunación o de exención firmado antes de que un(a) menor asista a la escuela, al preescolar, a un centro de cuidado infantil o a una guardería. Esta información se recopila en nombre de la Autoridad de Salud de Oregon y la escuela o el centro infantil, y puede divulgarse a la Autoridad o al departamento local de salud pública, si la Autoridad la solicita.

Child's last name <i>Apellido del/de la menor</i>	First name <i>Primer nombre</i>	Middle name <i>Segundo nombre</i>	Birth date <i>Fecha de nacimiento</i>
Parents' or Guardians' names <i>Nombre de los padres o guardián</i>		Phone number <i>Número de teléfono</i>	

Write the dates the child received the vaccines
Indique las fechas en las que el/la menor recibió las vacunas

Vaccines / <i>Vacunas</i>	Dose 1 <i>Dosis 1</i>	Dose 2 <i>Dosis 2</i>	Dose 3 <i>Dosis 3</i>	Dose 4 <i>Dosis 4</i>	Dose 5 <i>Dosis 5</i>
Diphtheria/Tetanus/Pertussis <i>Difteria/tétanos/tos ferina</i> (DTaP)					
(Tdap)					
Polio (IPV)					
Varicella (Chickenpox) <i>Varicela</i>			<input type="checkbox"/> Check if child had chickenpox disease <i>Marque aquí si el/la menor ha tenido varicela.</i> Date / <i>Fecha:</i>		
Measles/Mumps/Rubella (MMR) <i>Sarampión/paperas/rubéola</i>					
Hepatitis B (Hep B)					
Hepatitis A (Hep A)					
Haemophilus Influenzae Type B <i>Tipo B (Hib)</i>					

I certify that the information on the form is an accurate record of this child's immunizations.
Certifico que la información en el formulario es un registro exacto de las vacunas de este(a) menor.

Signature*

*Firma** X _____

Date

Fecha _____

Update signature

Actualizar la firma X _____

Date

Fecha _____

* Parent, guardian, student at least 15 years of age, medical provider or county health department staff person may sign to verify vaccinations.

* *El padre, la madre, el/la guardián(a), un estudiante de por lo menos 15 años de edad, un proveedor médico o un miembro del personal del departamento de salud del condado puede firmar para verificar las*

Child's last name <i>Apellido del/de la menor</i>	First name <i>Primer nombre</i>	Middle name <i>Segundo nombre</i>	Birth date <i>Fecha de nacimiento</i>
--	------------------------------------	--------------------------------------	--

Other vaccines received <i>Otras vacunas recibidas</i>		Medical exemptions and immunity documentation <i>Documentación sobre las exenciones médicas y documentación de inmunidad.</i>
Vaccine name <i>Nombre de la vacuna</i>	Date <i>Fecha</i>	
		<p>Medical exemptions and immunity documentation require a letter signed by a licensed physician submitted to your child's school or child care. For the requirements go to www.healthoregon.org/medicalexemptions</p> <p><i>La documentación sobre las exenciones médicas y documentación de inmunidad exige que se le entregue a la escuela o centro de cuidado infantil de su hijo(a) una carta firmada por un médico autorizado. Para ver los requisitos, visite www.healthoregon.org/medicalexemptions</i></p>

Nonmedical exemption / Exención no médica

I have received information regarding the benefits and risk of immunizations. I understand my child may be excluded from school or child care if there is a case of disease that could be prevented by vaccine. I have attached the required document from (check one):

The vaccine module approved by the Oregon Health Authority
A health care practitioner

He recibido la información relacionada con los beneficios y los riesgos de las vacunas. Entiendo que pueden excluir a mi hijo(a) de la escuela o del centro de cuidado infantil si se presenta un caso de enfermedad que podría prevenirse con una vacuna. Adjunto el documento requerido de parte de (marque una opción):

El módulo de vacunas aprobado por la Autoridad de Salud de Oregon
Un proveedor de atención médica

I request that my child be exempted from the following required immunizations (check all that apply):
Solicito que se exente a mi hijo(a) de las siguientes vacunas requeridas (marque todas las opciones que correspondan):

Diphtheria/Tetanus/Pertussis / Difteria/tétanos/tos ferina Polio Varicella / *Varicela*
Measles/Mumps/Rubella / *Sarampión/paperas/rubéola* Hepatitis B Hepatitis A
Hib

Optional / Opcional
Immunizations are being declined because of:
Se están rechazando las vacunas debido a lo siguiente:

Religious belief / *Creencias religiosas* Philosophical belief / *Creencias filosóficas* Other / *Otro*

Signature Date
Firma *Fecha*

X _____

Instructions for Completing the Certificate of Immunization Status

Contact information:

Complete information for your child including full name, birthdate, current mailing address, parents' or guardians' names and phone number. This information will be used to contact you if there are questions about your child's immunization history.

Required vaccines (First page):

Fill in the month/day/year that your child received each dose of vaccine. Doses must be listed in the order received. Check with your child's school or daycare to find out which vaccines are required for your child's age or grade.

Signature:

The parent or guardian signature is a sworn statement that the child's record is accurate. The signature of a physician or local health department is not required but it is acceptable. People 15 years and older can sign their own records. **Every time you add on to your child's information you need to resign the form.**

Other vaccines received (Second page):

For any vaccine not listed on the front, fill in the month/day/year that your child received each dose of vaccine.

Exemptions:

Oregon allows medical and nonmedical exemptions.

For a nonmedical exemption, check the appropriate box and submit one of the following required documents:

1. A certificate signed by a health care practitioner verifying discussion of the benefits and risks of immunization, or
2. A certificate of completion of the vaccine educational module about the benefits and risks of immunization.

Indicate which vaccines you are exempting your child from by checking the boxes. Sign and date on the indicated line.

For a medical exemption or proof of immunity, submit a letter from your child's physician to the school or child care.

Instrucciones para llenar el Certificado de Estado de Vacunación

Información de contacto:

Dé la siguiente información sobre su hijo(a): nombre completo, fecha de nacimiento, nombres de los padres o guardián. Usaremos esta información para comunicarnos con usted si hay preguntas sobre los datos de vacunación de su hijo(a).

Vacunas requeridas (primera página):

Escriba el mes/día/año en que su hijo(a) recibió cada dosis de vacuna. Las dosis se deben enumerar en el orden en que fueron recibidas. Averiguar con la escuela o guardería cuales son las vacunas requeridas para la edad y grado escolar de su niño(a).

Firma:

La firma del padre, madre o guardián es una declaración jurada de que la historia de vacunas del niño esta correcta. La firma del médico o del departamento de salud local no son requeridas, pero son aceptadas. **Cada vez que agregue datos a la información sobre su hijo(a) debe volver a firmar el formulario.**

Otras vacunas recibidas (segunda página):

Por vacunas que no están mencionadas en la primera página nómbrelas en la segunda página, escriba el mes/día/año en que su hijo(a) recibió cada dosis de vacuna.

Exenciones:

Oregón permite exenciones médicas y no médicas.

Para una exención no médica, marque la casilla adecuada y presente uno de los siguientes documentos requeridos:

1. Un certificado firmado por un proveedor de atención de salud verificando la discusión de los beneficios y riesgos de la vacunación, o
2. Un certificado de terminación del módulo educativo de la vacuna sobre los beneficios y riesgos de la vacunación.

Indique para cuáles vacunas quiere que su hijo(a) sea exento(a) al marcar las casillas. Firme y ponga la fecha en la línea indicada.

Para una exención médica o un comprobante de inmunidad, presente una carta del doctor de su hijo(a) a la escuela o cuidado infantil.



Forma de Permiso: Internet de Dallas, Correo Electrónico Estudiantil & Google Apps for Education

Uso inapropiado del sistema resultará en disciplina hasta e incluyendo la suspensión o revocación del acceso del estudiante al sistema del distrito, la expulsión de la escuela y/o remisión a los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley. El siguiente formulario está disponible en su escuela del niño, en el siguiente enlace: <http://goo.gl/iJGlfX>, o como parte de la agenda del estudiante, usted puede firmar un formulario en papel o enviar su rima electrónica en este enlace: <http://goo.gl/7bGcPt>.

Google Apps for Education (GAfE) está disponible por el internet. Los sitios inapropiados conocidos están bloqueados en la escuela, pero siempre existe la posibilidad de que los estudiantes estén expuestos a contenidos inapropiados. El personal escolar supervisará el uso estudiantil GAfE cuando los estudiantes están en la escuela. Los padres son responsables de supervisar el uso que su niño hace GAfE cuando accede a programas desde la casa. **Los estudiantes son siempre responsables de su propio comportamiento.**

Ley de Protección al Niño en internet (CIPA) - <http://fcc.gov/cgb/consumerfacts/cipa.html>

CIPA requiere que la escuela tenga implementadas medidas y normas para proteger a los estudiantes contra imágenes dañinos.

Ley de Protección de la Privacidad en Línea de los Niños (COPPA) - <http://www.ftc.gov/privacy/coppafaqs.shtm>

COPPA se aplica a compañías comerciales y limita su capacidad de recolectar información personal de niños menores de 13 años. No se recopila información personal de los estudiantes con objetivos comerciales en GAfE. **Este formulario de permiso permite que la escuela sirva de agente de los padres para recopilar información dentro del contexto escolar.**

Ley Federal de Derechos Educativos y Privacidad de las Familias (FERPA) - <http://www2.ed.gov/policy/gen/guid/fpco/>

FERPA protege la privacidad de los expedientes académicos de los estudiantes y da derechos a los padres para examinar el expediente académico. Bajo FERPA, las escuelas pueden divulgar información de directorio (nombre, teléfono, dirección, nivel de estudios, etc...) pero los padres pueden solicitar que la escuela no divulgue esta información.

- La escuela no publicará información confidencial (calificaciones, número de ID del estudiante, etc...) para inspección pública en Internet.
- La escuela puede publicar trabajos y fotos de los estudiantes para ser vistos por el público, pero no publicará los apellidos de los estudiantes ni ninguna otra información identificable personalmente.
- Los padres tienen derecho a investigar en cualquier momento el contenido del correo electrónico y los archivos de Apps for Education de su niño.

Privacidad - personal Escolar, administradores y padres tienen acceso al correo electrónico de los estudiantes con el objetivo de supervisarlos. **Los estudiantes no tienen ninguna expectativa de privacidad en el sistema de Apps.**

Por favor, dar vuelta a esta pagina para firmar el formulario.

Los estudiantes pueden usar GAFE en proyectos personales, pero no pueden usarlas para:

- Actividades ilegales
- Objetivos comerciales o Ganancia financiera personal
- Contenido sexual u otro contenido ofensivo inapropiado
- Amenazas a otra persona
- Representación falsa de las Escuelas Públicas de Oregon, personal o estudiantes.

Seguridad

- Los estudiantes no pueden publicar información de contacto personal sobre ellos u otra gente.
- Los estudiantes consienten en no encontrarse con alguien que ellos hayan conocido en línea sin la aprobación y participación de su padre o madre.
- Los estudiantes informarán a su maestro u otro empleado de la escuela sobre cualquier mensaje que reciban que sea inadecuado o los haga sentirse incómodos.
- Bajo ninguna condición debe un usuario proporcionar su contraseña a otra persona.

Seguridad del Consumidor

- No confíe en enlaces o páginas web enviados por correo electrónico. Abra una nueva ventana del navegador y busque el sitio web usted mismo.
- No recibas spam. El spam es la publicidad no deseada enviada por correo electrónico. Nunca conteste al spam y nunca haga negocio con una compañía que envía spam. Use el botón "report spam" para deshacerse del spam. No mandas spam.

Buena conducta digital

- Ten cuidado con lo que dices de los demás y de ti mismo.
- Respete los derechos de copyright. Los trabajos a menudo contienen un lenguaje que especifica un uso aceptable.
- Sus derechos de Primera Enmienda a la libertad de expresión pueden ser limitados en la escuela.

El acceso y uso de GAFE se considera un privilegio concedido a discreción del Distrito Escolar de Dallas. El distrito se reserve el derecho a retirar el acceso y uso de GAFE cuando hay motivos para creer violaciones de las políticas de la ley o el distrito se ha producido. La violación alegada será referida al director para una investigación más profunda. Pendiente de revisión, una cuenta de usuario puede ser terminado en el marco de dicha acción.

La Política del Uso Aceptable del Distrito aquí: <http://www.dallas.k12.or.us/pdf/AUP/Dallas%20AUP.pdf>

(Separe y vuelva a la escuela)

Nombre del estudiante: _____

Grado de estudiante K 1 2 3 4 5 6 7 8 9

Yo doy permiso para que mi niño de use Google Apps for Education. Al hacer esto, estoy de acuerdo en hacer cumplir las normas de uso aceptable cuando mi niño esté fuera de las propiedades del distrito.

Firma de Padre: _____ Fecha: _____

Para estudiantes de grado 12: he leído el acuerdo encima. Entiendo que mi Google Apps cuenta será supervisado por funcionarios escolares y seré sostenido responsable de mis acciones en línea.

Firma de estudiante: _____ Fecha: _____

¡Padres no dejen que sus hijos se queden atrás!

Año Escolar 2024-2025



La ley de Oregon requiere que sus niños hayan recibido estas vacunas para que puedan asistir a las escuelas y guarderías.*

Niños de 2-17 meses
entrando a la **Pre-escuela**
o **Guardería** necesitan*

Consulte con el programa o proveedor de atención médica de su hijo para las vacunas requeridas

Niños de 18 meses y más
entrando a la **Pre-escuela,**
Guardería o Head Start
necesitan*

4 Difteria, Tétano y Tos Ferina (DTaP)
3 Polio
1 Varicela (Chickenpox)
1 Sarampión, Paperas y Rubéola (MMR)
3 Hepatitis B
2 Hepatitis A
3 o 4 Hemofilus Influenza Tipo B (Hib)

Niños entrando a **Kinder**
(Jardín de Niños) o
Grados 1-6 necesitan*

5 Difteria, Tétano y Tos Ferina (DTaP)
4 Polio
1 Varicela (Chickenpox)
2 MMR o 2 Sarampión, 1 Paperas, 1 Rubéola
3 Hepatitis B
2 Hepatitis A

Niños entrando a
Grados 7-12 necesitan*

5 Difteria, Tétano y Tos Ferina (DTaP)
1 Tdap
4 Polio
1 Varicela (Chickenpox)
2 MMR o 2 Sarampión, 1 Paperas, 1 Rubéola
3 Hepatitis B
2 Hepatitis A

* Entre todas las edades y grados escolares, las dosis requeridas varían dependiendo de la edad de su niño y cuándo fue vacunado la última vez. Otras vacunas tal vez sean recomendadas. También tenemos excepciones disponibles. Por favor verifique con su escuela, guardería o proveedor de salud para estos detalles.



**Formulario de inscripción para el
MID COLUMBIA BUS CO., Inc.
Dallas School District**



Pasajero: _____ Fecha _____

Estudiantil Nombre del estudiante: _____

Grado: _____

Dirección de recogida _____

Días de la semana en el: M TU W TH FR

hogar
guardería

Dirección de entrega de _____

Días de la semana en el: M TU W TH FR

hogar
guarderia

Los padres Nombre _____ Teléfono # _____ Teléfono Alt # _____

día conocido Cuidado _____ Teléfono # _____ Teléfono Alt# _____

Fecha que le gustaría comenzar a transporte _____ Fin _____

Latch-Key^(KG-5º): Sí _____ No _____ Días de la semana: M TU W TH FR

Departamento de transporte únicamente:

Recoger: autobús # _____ Hora _____ M TU W TH FR

Dejar: autobús # _____ Hora _____ M TU W TH FR

Cohorte: _____ Dirección de la parada de autobús: _____

Estimado padre:

Se proporciona transporte para los estudiantes designados como "estudiantes transportados" por el Plan de autobuses del Distrito escolar y que obedecen las reglas y regulaciones establecidas por el Estado de Oregon, el Distrito escolar y Mid Columbia Bus, Co El incumplimiento de las reglas y regulaciones enumeradas a continuación podría resultar en la pérdida de los privilegios de viajar en el autobús.

Departamento de Educación del Estado de Oregon - Reglas que rigen a los alumnos que autobuses escolares

1. viajan en LOS ALUMNOS QUE SE TRANSPORTAN ESTÁN BAJO LA AUTORIDAD DEL CONDUCTOR DEL AUTOBÚS.
2. LA LUCHA Y LA LUCHA, O LA ACTIVIDAD BOISTEROSA ESTÁ PROHIBIDA EN EL AUTOBÚS.
3. LOS ALUMNOS DEBERÁN USAR LA PUERTA DE EMERGENCIA SOLO EN CASO DE EMERGENCIA.
4. LOS ALUMNOS SERÁN A TIEMPO PARA EL AUTOBÚS TANTO POR LA MAÑANA COMO POR LA TARDE.
5. LOS ALUMNOS NO LLEVARÁN ARMAS DE FUEGO, ARMAS U OTRO MATERIAL POTENCIALMENTE PELIGROSO EN EL AUTOBÚS.
6. LOS ALUMNOS NO LLEVARÁN ANIMALES, EXCEPTO LOS ANIMALES DE LA GUÍA DE ASISTENCIA APROBADOS EN EL AUTOBÚS.
7. LOS ALUMNOS PERMANECERÁN ASENTADOS MIENTRAS EL AUTOBÚS ESTÁ EN MOVIMIENTO.
8. A LOS ALUMNOS SE PUEDEN ASIGNAR ASIENTOS POR EL CONDUCTOR DEL AUTOBÚS.
9. CUANDO ES NECESARIO CRUZAR LA CARRETERA, LOS ALUMNOS CRUZARÁN DELANTE DEL AUTOBÚS O SEGÚN LAS INSTRUCCIONES DEL CONDUCTOR DEL AUTOBÚS.
10. LOS ALUMNOS NO EXTENDERÁN SUS MANOS, BRAZOS O CABEZAS A TRAVÉS DE LA VENTANA DEL AUTOBÚS.
11. LOS ALUMNOS DEBERÁN PERMISAR POR ESCRITO PARA SALIR DEL AUTOBÚS QUE NO SEA EN CASA O EN LA ESCUELA.
12. LOS ALUMNOS CONVERSARÁN EN TONOS NORMALES; EL LENGUAJE ALTO O VULGAR ESTÁ PROHIBIDO.
13. LOS ALUMNOS NO ABRIRÁN NI CERRARÁN LAS VENTANAS SIN PERMISO DEL CONDUCTOR.
14. LOS ALUMNOS DEBERÁN MANTENER LIMPIO EL AUTOBÚS Y DEBERÁN ABSTENERSE DE DAÑARLO.
15. LOS ALUMNOS SERÁN CORTOSOS PARA EL CONDUCTOR, PARA SEGUIR A LOS ALUMNOS Y LOS PASAJEROS.
16. LOS ALUMNOS QUE SE NEGAN A OBEDECER INMEDIATAMENTE LAS INSTRUCCIONES DEL CONDUCTOR O SE NEGAN A OBEDECER A LAS REGULACIONES PUEDEN PERDER SU PRIVILEGIO DE VIAJAR EN EL AUTOBÚS.

Para la seguridad y protección de su (s) estudiante (s), se les permitirá bajar del autobús solo en la parada asignada o en la escuela a la que asisten regularmente. (Esta regla se puede renunciar con una solicitud por escrito firmada por el padre y aprobada por el director o su designado). Mientras sus estudiantes viajan en nuestros autobuses escolares, es posible que necesite conectarse con ellos.

Nuestro número de teléfono de envío es: 503-623-7245

Conociendo a su hijo

Nombre _____ Pasa por _____ Día de cumpleaños _____

¿Su hijo asistió al preescolar? Sí / No ¿Cuál? _____

Última escuela a la que asistió y ubicación _____ ¿Repitió un grado? Sí No

...Todo sobre su hijo...

Cuéntenos sobre las fortalezas e intereses de su hijo. ¿Qué le encanta hacer?

¿Cuáles son los miedos, ansiedades o desencadenantes de su hijo?

¿Con quién vive su hijo? ¿Un hogar o más de uno? ¿Hay otros estudiantes de Lyle en tu casa?

Describa asuntos graves que hayan afectado a su hijo, como divorcio, muerte, falta de vivienda, enfermedad, trauma u otros.

Cuéntenos sobre la salud de su hijo (alergias, diagnósticos, medicamentos, etc.).

¿Qué tan bien suele adaptarse su hijo a situaciones nuevas? Por favor explique.

... Todo sobre la escuela...

¿Alguna vez su hijo ha recibido servicios especiales? Si es así, por favor circule. IEP 504 TAG ELL Título 1 Otro
Por favor describa.

Por favor pase la página para continuar.

¿Su hijo trabaja con agencias externas como consejería, servicios de salud conductual, WESD u otras? Por favor describa.

¿Qué tipo de aula, entorno de aprendizaje o maestro ayuda a su hijo a prosperar?

¿Qué le encanta a su hijo de la escuela?

¿Con qué lucha su hijo en la escuela?

¿Cómo le va a su hijo en lectura, escritura y matemáticas?

¿Su hijo tiene reacciones fuertes, arrebatos o actúa agresivamente hacia los demás? ¿Hay otras cuestiones que deberíamos tener en cuenta en la escuela?

¿Qué ayudaría a su hijo a tener más éxito en Lyle?

¿Hay algo más que le gustaría que supiéramos sobre su hijo?

Apreciamos su tiempo. ¡Gracias!