



Welcome to Kindergarten Registration Bienvenidos a la Registración de kinder

Student Information/ Información del estudiante	
School/escolar:	Date/fecha:
Student Name/Nombre de niño/a:	Date of Birth/Fecha de nacimiento mes/día/año:
Required Documents/Documentos requeridos	
Please provide a copy of verification/Proof of Student residence - Rental, lease or mortgage agreement - Rental/lease receipt with parent or guardians name and address - Utility bill (Cell phone not acceptable) - DSHS & Other State and Legal documents	Por Favor uno Verificación/prueba de Residencia estudiantil - Contrato de alquiler, arrendamiento o hipotecado - Recibo de alquiler/arrendamiento, incluido el nombre y la dirección de los padres o tutores - La factura de servicios públicos (teléfono celular no aceptable) - DSHS & documentos estatales y legales
Please Provide a copy of documentation of proof of age/legal name Religious, hospital, or physician's certificate showing date of birth; an entry in a family bible; an adoption record; an affidavit from a parent; previously verified school records; or any other documents permitted by law	Por Favor una verificación de edad/nombre legal certificado religioso, hospitalario o médico que muestre la fecha de nacimiento; o dedicatoria en una biblia familiar; un registro de adopción; una declaración de un padre o tutor; registros escolares previamente verificados; o cualquier otro documento permitido por la ley
Kinder Conferences/ Cita para conferencia	
Kinder Conferencies/Cita para conferencia Before school starts, a conference will be scheduled for parent, student, and teacher Preferred time for conference ☐ 8:00am-11:30am ☐ 12:00-3:30 Preferred Language For Information and Phone calls: ☐ English ☐ Spanish <i>Antes de que empiecen las clases, se programara una cita para el padre, el estudiante, y la maestr</i> <i>Horario preferido para conferencia</i> ☐ 8:00am-11:30am ☐ 12:00-3:30 Idioma de preferencia para información o llamadas: ☐ Ingles ☐ español	
Office Use Only	
Documentation of Proof of Age/Legal Name: ☐ Yes ☐ No ☐ Medical CIS ☐ Birth Certificate ☐ Passport ☐ Other _____ Immunizations Complete: ☐ Yes ☐ No Check Immunizations Needed if Not Complete ☐ DTAP ☐ Polio ☐ MMR ☐ Varicella ☐ HepB	Proof of Address: ☐ Yes ☐ No ☐ Deed/Mortgage Agreement ☐ Current rental lease or agreement ☐ Current property tax bill ☐ Current utility bill with applicant's name & address (cell phones are not considered a valid utility bill) ☐ Other: Clear through Administration Explain: _____
Other Comments/items needed from parent: _____	File Reviewed By (Initial): _____
Central Registrar: _____	Registration Packet _____
	Open Enrollment: ☐ Yes ☐ No Choice Form ☐ Yes ☐ No



FORMULARIO DE REGISTRO DE
ESTUDIANTES
2026-2027

☐ Preschool
☐ Transitional Kinder
☐ Kindergarten

Nombre de la escuela:				Fecha de hoy:			
BLDG OFFICE USE ONLY	Student ID #:	Entry Date:	Medical Alert: ☐ Yes ☐ No	Locker Number	Teacher	Proof of Birth ☐ Yes ☐ No	Staff Initials
	QSD Resident ☐ Yes ☐ No	Non-Resident Home District:		Choice Form ☐ Yes ☐ No	Proof of Address ☐ Yes ☐ No		
INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE							
¿Su hijo o un hermano ha sido registrado alguna vez en el Distrito Escolar de Quincy? ☐ Sí ☐ No Si Sí, ¿quescuela?							
Apellido legal del estudiante		Nombre Legal del Estudiante		Segundo nombre del Estudiante		Fecha de nacimiento	
Género ☐ Hombre ☐ Mujer	Lugar de nacimiento: (Ciudad, Estado, Condado y País)			Grado	Migrantes ☐ Sí ☐ No	Sin hogar ☐ Sí ☐ No	
¿Ha retenido a su hijo? ☐ Sí ☐ No ☐ En caso afirmativo, ¿qué grado?		Nombre de la escuela/preescolar a la que asistió por última vez su hijo: (Preescolar o Distrito Escolar, Ciudad y Estado)					
¿Ha recibido su hijo servicios especiales? ☐ Sí ☐ No Si sí marque todo lo que se aplica: ☐ ESL/ELL ☐ Talentos/Altamente Capaz ☐ Título 1/LAP ☐ Plan de comportamiento ☐ Consejería (dentro o fuera de la escuela) ☐ Servicios de Trabajadores Sociales ☐ 504 ☐ Otros: _____							
¿Ha recibido su hijo servicios de educación especial? ☐ Sí ☐ No ☐ Si sí marque todos los que apliquen: ☐ Educación especial/IEP ☐ Hablar/Idioma ☐ OT/PT *REQUERIDO VER FORMULARIO: CONSENTIMIENTO PARA LA LIBERACIÓN MUTUA PARA LA EDUCACIÓN ESPECIAL ENVIAR A: speterse@qsd.wednet.edu							
Asistencia: ¿Tiene su hijo una Petición de la Ley de Becca ☐ Sí ☐ No Si Sí, nombre de la escuela: _____ Condado: _____							
Suspensión/Expulsión: ¿Su hijo ha sido suspendido o expulsado en el último año calendario? ☐ No ☐ Si cual es la razón: _____							
HOGAR PRIMARIO (El estudiante vive 4 o más días a la semana)							
El estudiante vive con 4 o más noches por semana ☐ Ambos Padres ☐ Madre Solamente ☐ Padre Solamente ☐ Madre y Padrastro ☐ Padre y Madrastra ☐ Abuelos ☐ Guardián ☐ El mismo (Estudiante) ☐ Casa de Acogida ☐ Agencia ☐ Otro: _____	Padre/ Guardian Legal #1 Apellido:		Nombre		Fecha de nacimiento		Relación con el estudiante
	Número de teléfono principal () _____ ☐ Cell ☐ trabajo		Número de teléfono secundario () _____ ☐ Cell ☐ trabajo		Correo electrónico		
	Padre/Guardian Legal #2 Apellido		Nombre		Fecha de nacimiento		Relación con el estudiante
	Número de teléfono principal () _____ ☐ Cell ☐ trabajo		Número de teléfono secundario () _____ ☐ Cell ☐ trabajo		Correo electrónico:		
	Dirección de Domicilio				Dirección postal si es diferente que domicilio:		
	¿Existen situaciones legales con respecto al estudiante de las que QSD debe ser consciente de: Sí ☐ No ☐ *¿Existe un plan de custodia conjunta o de crianza de los hijos en efecto? Sí ☐ No ☐ *¿Hay una orden de restricción en efecto: Sí ☐ No ☐ Si sí, la orden de restricción está en contra de: Proporcione a QSD documentación legal para la aplicación						
HOGAR SECUNDARIO							
Por favor marque uno: ☐ Ambos Padres ☐ Madre Solamente ☐ Padre Solamente ☐ Madre & Padrastro ☐ Padre & Madrastra ☐ Abuelos ☐ Guardián ☐ Otro: _____	Padre/ Guardian Legal #1 Apellido:		Nombre		Fecha de nacimiento		Relación con el estudiante
	Número de teléfono principal () _____ ☐ Cell ☐ trabajo		Número de teléfono secundario () _____ ☐ Cell ☐ trabajo		Correo electrónico		
	Padre/ Guardian Legal #2 Apellido		Nombre		Fecha de nacimiento		Relación con el estudiante
	Número de teléfono principal () _____ ☐ Cell ☐ trabajo		Número de teléfono secundario () _____ ☐ Cell ☐ trabajo		Correo electrónico:		
	Dirección de Domicilio				Dirección postal si es diferente que domicilio		

Nombre del Estudiante:		Continuación Página 2 del Formulario de Registro	
HERMANOS QUE ASISTEN ACTUALMENTE EN EL DISTRITO ESCOLAR DE QUINCY			
Apellido	Nombre	Escuela	Grado
INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA (Debe de tener 18 años o mas)			
<i>Cuando se producen lesiones, enfermedades u otras situaciones que no sean de emergencia que involucren a su hijo, queremos poder contactar rápidamente a familias u otros adultos responsables. En caso de que no podamos comunicarnos con un padre/guardián, por favor lista a las personas que confía y que están disponibles localmente durante el día mayor de 18 años para cuidar a su hijo</i>			
1. Contacto de Emergencia: Apellido:	Nombre	Fecha de nacimiento	Relación con el estudiante
Teléfono #1 ()	Teléfono #2 ()	Dirección residencial:	
2. Contacto de Emergencia: Apellido:	Nombre	Fecha de nacimiento	Relación con el estudiante
Teléfono #1 ()	Teléfono #2 ()	Dirección residencial:	
3. Contacto de Emergencia: Apellido:	Nombre	Fecha de nacimiento	Relación con el estudiante
Teléfono #1 ()	Teléfono #2 ()	Dirección residencial:	
FIRMA DE PADRES PARA LA AUTORIZACIÓN Y LIBERACIÓN			
<u>LESIONES ESTUDIANTILES Y SEGURANZA</u> Entiendo que la escuela no proporciona seguro médico para lesiones estudiantiles, pero hace que el seguro voluntario para estudiantes esté disponible. He recibido la información sobre el programa. ☐ Incribiré a mi hijo en el programa (Requiere la devolución del paquete de seguro para estudiantes completado) ☐ No inscribiré a mi hijo en el programa.			
<u>POLÍTICA LIBRE DE ARMAS/DROGAS Y POLÍTICA DE ACOSO DEL DISTRITO</u> • La propiedad del Distrito Escolar de Quincy es una zona libre de armas • También entiendo que el Distrito Escolar Quincy debe cumplir con las regulaciones federales relacionadas con la Ley del lugar de Trabajo libre de Drogas y la Ley de Escuelas y Comunidades libres de Drogas. Esto significa que nadie permite drogas, alcohol o tabaco en la propiedad del distrito escolar o eventos • El Distrito Escolar de Quincy tiene una política de tolerancia cero con respecto al acoso, la intimidación (bullying.)			
<u>AUTORIZACIÓN DE FOTOS Y GRABACIÓN DE VIDEOS:</u> La foto del estudiante puede ser tomada para su inclusión en publicaciones del Distrito, sitios web del Distrito y/u otros sitios web relacionados con el Distrito; artículos de periódicos locales, artículos de revistas y/o cartas relacionadas con las actividades escolares. La imagen o semejanza del estudiante puede incluirse en videos grabados relacionados con actividades escolares o en el salón de clases. Elija una de las siguientes opciones para cada una: ☐ Sí, doy mi permiso para que las fotos se usen ☐ Sí, doy mi permiso para que mi estudiante sea incluido en video y grabaciones de video. ☐ No, no doy permiso para que las fotos se usen ☐ No, no doy permiso para que mi estudiante sea incluido video y en grabaciones de video.			
<u>AUTORIZACION DE RENUNCIA DEL ESTUDIANTE DE EMERGENCIA:</u> En caso de que la escuela no pueda ponerse en contacto con el padre/guardián, autorizo que mi hijo/hijos pueda ser liberado a la(s) persona(s) mencionada(s) anteriormente. La información en este formulario es verdadera y precisa a partir de esta fecha. Entiendo que la falsificación de información para lograr la inscripción o asignación puede ser causada por la revocación de la inscripción o asignación del estudiante a una escuela en el Distrito Escolar de Quincy. Si no puedo ser contactado en el momento de una emergencia, y si la observación inmediata o el tratamiento es urgente a juicio de las autoridades escolares, autorizo y ordeno a las autoridades escolares que envíen a mi hijo (debidamente acompañado) para recibir tratamiento al hospital o al médico de mayor facilidad de acceso. Firma legal del padre/tutor _____ Fecha _____			
*Solo las personas que aparecen en este formulario o tienen la aprobación de los padres podrán sacar al estudiante de la escuela.			



Ethnicity and Race Data Collection Form

Name of Student/Nombre de Estudiante: _____ DOB/Fecha de nacimiento _____

Please select **BOTH RACE & ETHNICITY**. Hispanic Yes or No, if yes select which one(s). Then select any race(s) that may apply. Be sure to notice the bold categories prior to selecting the race(s). *Por favor, seleccione tanto la etnia como la raza. Hispano Sí o No, si sí seleccione cuál(s). A continuación, seleccione las razas que puedan aplicarse. Asegúrese de notar las categorías en negrita antes de seleccionar las carreras.*

1. **ETHNICITY-ETNICOS** Is your child of Hispanic or Latino origin? ¿Es su hijo/a de origen hispano o latino

- ☐ No, my child is not Hispanic or Latino/ No, mi hijo/a no es de origen hispano o latino
☐ Yes, my child is Hispanic or Latino/Sí, mi hijo/a es de origen hispano o latino

(Check all that apply) (Marque abajo todos que apliquen):

Hispanic/Latino	Colombian	Guatemalan	Native	Spaniard
☐ Hispanic	☐ Costa Rican	☐ Guyanese	☐ Nicaraguan	☐ Surinamese
☐ Argentine	☐ Cuban	☐ Honduran	☐ Panamanian	☐ Salvadorian
☐ Bolivian	☐ Dominican	☐ Jamaican	☐ Paraguayan	☐ Uruguayan
☐ Brazilian	☐ Ecuadorian	☐ Mexican	☐ Peruvian	☐ Venezuelan
☐ Chicano (Mexican American)	☐ El Salvadorian	☐ Mestizo	☐ Puerto Rican	☐ Other: Hispanic/Latino write in:
☐ Chilean				

2. **RACE-RAZA**: Select any race(s) that may apply. Be sure to notice the bold categories prior to selecting the race(s). *Por favor, seleccione tanto la etnia como la raza. Hispano Sí or No, si seleccione cual(s). A continuación, seleccione las razas que puedan aplicarse. Asegúrese de notar las categorías en negrita antes de seleccionar las carreras.*

AMERICAN INDIAN/ALASKAN NATIVE		ASIAN		BLACK/AFRICAN-AMERICAN Cont.		NATIVE HAWAIIAN	
RACE	☐ Chinook Tribe	☐ Asian Indian	☐ Mien	West African		Pacific Islander	
	☐ Confederated Tribes & Bands of the Yakima Tribe	☐ Bangladeshi	☐ Mongolian	☐ Beninese		☐ Carolinian	
	☐ Confederated Tribes of Chehalis	☐ Bhutanese	☐ Nepali	☐ Burkinabe (Burkina Faso)		☐ Chamorro	
	☐ Confederated Tribes of the Colville	☐ Burmese/Myanmar	☐ Okinawan	☐ Cabo Verdean		☐ Chuukese	
	☐ Cowlitz Indian Tribe	☐ Cambodian/Khmer	☐ Pakistani	☐ Ivorian		☐ Fijian	
	☐ Duwamish Tribe	☐ Cham	☐ Punjabi	☐ Gambian		☐ Kosraean	
	☐ Hoh Indian Tribe	☐ Chinese	☐ Singaporean	☐ Ghanaian		☐ Marshallese	
	☐ Jamestown S'Klallam Tribe	☐ Filipino	☐ Sri Lankan	☐ Liberian		☐ Native Hawaiian	
	☐ Kalispell Indian Community of Kalispell Reservation	☐ Hmong	☐ Taiwanese	☐ Malian		☐ Ni-Vanuatu	
	☐ Kikiallus Indian Nation	☐ Indonesian	☐ Thai	☐ Nigerien		☐ Palauan	
☐ Lower Elwha Tribal Community	☐ Japanese	☐ Tibetan	☐ Nigerian		☐ Solomon Islander		
☐ Lummi Tribe of Lummi Res.	☐ Korean	☐ Vietnamese	☐ Saint Helenian		☐ Tahitian		
☐ Makah Indian Tribe of Makah Res	☐ Lao	☐ Asian (Write In)	☐ West African (write In)		☐ Hawaiian (Write in)		
☐ Marietta Band of Nooksack Tribe	☐ Malaysian						
☐ Muckleshoot Indian Tribe	BLACK/AFRICAN-AMERICAN		South African		White/Blanco		
☐ Nisqually Indian Tribe	African American	African Canadian	☐ Botswanan		☐ White		
☐ Nooksack Indian Tribe of WA	☐ Caribbean	☐ Dominican Republic	☐ Mosotho (Lesotho)		Eastern European		
☐ Port Gamble S'Klallam Tribe	☐ Anguillian	☐ Dutch Antillean	☐ Namibian		☐ Bosnia		
☐ Puyallup Tribe of Puyallup Res.	☐ Antiguan	☐ Grenadian	☐ South African		☐ Herzegovinian		
☐ Quileute Tribe of Quileute Res.	☐ Bahamian	☐ Guadeloupian	☐ Swazi		☐ Polish		
☐ Quinault Indian Nation	☐ Barbadian	☐ Haitian	☐ Black (Write In)		☐ Romanian		
☐ Samish Indian Nation	☐ British Virgin Island	☐ Jamaican	Latin American		☐ Russian		
☐ Sauk-Suiattle Indian Tribe of WA	☐ Caymanian	☐ Martiniquais	☐ Argentine	☐ Panamanian	☐ Ukrainian		
☐ Shoalwater Bay Indian Tribe	☐ Cuba Dominican	☐ Montserratian	☐ Belizean	☐ Paraguayan	Middle-Eastern and North African		
☐ Skokomish Indian Tribe	☐ Caribbean (write in)	☐ Puerto Rican	☐ Brazilian	☐ Peruvian	☐ Algerian		
☐ Snohomish Tribe		East African	☐ Chilean	☐ So Georgia	☐ Amazigh or Berger		
☐ Snoqualmie Indian Tribe	Central African	☐ Burundian	☐ Colombian	☐ Surinamese	☐ Arab or Arabic		
☐ Snoqualmoo Tribe	☐ Angolan	☐ Comoran	☐ Coastal Rican	☐ Uruguayan	☐ Assyrian		
☐ Spokane Tribe of Spokane Res.	☐ Cameroonian	☐ Ethiopian	☐ Ecuadorian	☐ Venezuelan	☐ Bahraini		
☐ Squaxin Island Tribe of Squaxin Res.	☐ Central Africa	☐ Kenyan	☐ El Salvadorian		☐ Bedouin		
☐ Steilacoom Tribe	☐ Chadian	☐ Malagasy	☐ Falkland Isl.		☐ Bedouin		
☐ Stillaguamish Tribe of Indians of WA	☐ Congolese Dem. RC of the Congo	☐ Mayotte	☐ French Guianese		☐ Copt		
☐ Suquamish Indian Tribe of Port Madison	☐ Equatorial Guinean	☐ Mozambican	☐ Guatemalan		☐ Druze		
☐ Swinomish Indian Tribe Community	☐ Gabonese	☐ Rwandan	☐ Guyanese		☐ Egyptian		
☐ Tulalip Tribes of WA	☐ Sao Tomean	☐ Seychellois	☐ Honduran		☐ Israeli		
☐ Alaskan Native (Write in)	☐ Principe	☐ Somali	☐ Mexican		☐ Jordanian		
☐ American Indian (Write in)	☐ Central African (Write in)	☐ East African (Write in)	☐ Nicaraguan		☐ Lebanese		
			☐ Latin American (Write In)		☐ Saudi Arabian		
					☐ Other: (write in)		

Parent Signature/Firma de padre: _____ Date: _____



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

Nombre del alumno: _____		Grado: _____	Fecha: _____
Nombre del padre, madre o tutor legal _____			
Firma del padre, madre o tutor legal _____			
Derecho a los servicios de traducción o interpretación 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? _____ b) ¿Necesita un intérprete para las reuniones y llamadas telefónicas (incluso de ASL)? Nombre del padre/madre/tutor 1: _____ ¿Necesita intérprete? ____ Sí ____ No Idioma _____ Nombre del padre/madre/tutor 2: _____ ¿Necesita intérprete? ____ Sí ____ No Idioma _____		
Requisitos para recibir apoyo en capacitación de idiomas 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)? _____ 3. ¿Qué idioma utiliza más su hijo en casa? _____ 4. ¿Cuál es el idioma principal que se utiliza en casa, independientemente del idioma que habla su hijo? _____ 5. ¿Ha recibido su hijo apoyo en capacitación del idioma inglés en una escuela anterior? Sí ____ No ____ No sé ____		
Educación previa Sus respuestas sobre el país de nacimiento de su hijo y su educación previa: • Bríndenos información sobre el conocimiento y las aptitudes que su hijo trae a la escuela. • Esto puede ayudar a que el distrito escolar reciba fondos federales adicionales para brindarle apoyo a su hijo. <i>Este formulario no se utiliza para identificar la situación migratoria de los alumnos.</i>	6. ¿En qué país nació su hijo? _____ 7. ¿Alguna vez ha recibido su hijo educación formal fuera de Estados Unidos? (Kindergarten – 12.º grado) ____ Sí ____ No Si la respuesta es Sí: Número de meses: _____ Idioma de formación: _____ 8. ¿Cuándo asistió su hijo por primera vez a la escuela en Estados Unidos? (Kindergarten – 12.º grado) _____ 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.





QUINCY SCHOOL DISTRICT
MILITARY PARENT/LEGAL GUARDIAN
AFFILIATION FORM

Date/Fecha: _____

Student's Name/Nombre de Estudiante: _____ Grade/Grado: _____

Neighborhood School/Escuela de vecindario: _____

Washington State Legislature has mandated that data on students from military families must be collected as stated in RCW 28A.300.507 / La Legislatura del Estado de Washington ha ordenado que se recopilen datos sobre estudiantes de familias militares como se indica en RCW 28A.300.507

FOR THE PURPOSE OF COLLECTING THE DATA, PLEASE MARK ALL THAT APPLY:
CON EL PRÓPOSITO DE RECOGER LOS DATOS, MARQUE TODO LO QUE CORRESPONDA:

☐ **NO**

No parent/legal guardian of the above-named student is currently serving as a member of the U.S. Armed Forces, Reserves of the U.S. Armed Forces or Washington National Guard. / Ningún padre/tutor legal del estudiante mencionado anteriormente se desempeña actualmente como miembro de las Fuerzas Armadas de los EE. UU., las Reservas de las Fuerzas Armadas de los EE. UU. o la Guardia Nacional de Washington.

If you checked "NO" above, please skip to the bottom of the page to print and sign your name and date. / Si marcó "NO" arriba, continuar hasta el final de la página para imprimir y firmar su nombre y fecha.

☐ **Yes/Si**

The parent/legal guardian of the above-named student is currently serving as a member on active duty of the U.S. Armed Forces, Reserves of the U.S. Armed Forces or Washington National Guard. If you checked 'YES' please indicate which branch(es) you are serving in: / El padre/tutor legal del estudiante mencionado anteriormente se desempeña actualmente como miembro en servicio activo de las Fuerzas Armadas de los EE. UU., las Reservas de las Fuerzas Armadas de los EE. UU. o la Guardia Nacional de Washington. Si marcó 'Sí', indique en qué sucursal (es) está sirviendo:

- ☐ Active duty U.S. Armed Forces / U.S. Fuerzas Armadas en servicio activo
- ☐ Reserves of the U.S. Armed Forces / Reservas de las Fuerzas Armadas de los EE. UU.
- ☐ Washington National Guard / Guardia Nacional de Washington

☐ **No Response/refused to state/ Sin Respuesta/Se Negó Declara**

Parent/Legal Guardian's Name (please print) / Firma legal del padre/tutor (Por favor imprimir)

Parent/Legal Guardian's Signature / Firma legal del padre/tutor

Date/Fecha

Note: If at any time thought the school year your military status changes, pleas contact the Quincy School District office or your child's school to report the changes. / Nota: Si en algún momento durante el año escolar cambia su estado militar, comuníquese con la oficina del Distrito Escolar de Quincy o la escuela de su hijo para informar los cambios.

01/02/24



QUINCY SCHOOL DISTRICT #144
KINDERGARTEN
DAYCARE INFORMATION
Información de entrada kinder

STUDENT & SCHOOL INFORMATION		INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE ESCUELA	
Student Name/Nombre de niño/a:		School/Escuela:	
Home Address/Domicilio:		Primary Phone/teléfono:	
DAYCARE INFORMATION		INFORMACIÓN DE GUARDERIA	
Daycare providers Last Name/Apelido de proveedores de guarderia		First Name/Nombre	
Address/Domicilio:		Phone Number/Numero de telefono	
MORNING & AFTERSCHOOL TRANSPORTATION		INFORMACIÓN DE TRANSPORTACIÓN	
Please check the appropriate boxes that indicate arrangements Por favor de marcar las cajas apropiadas para arreglos de transportación			
Morning Location/ubicación por la mañana ☐ Home/Casa ☐ Daycare/Niñera		☐ Walk/Caminando ☐ Bus/Autobús ☐ Parent Transportatio/Padre/Madreo lo recogerá de la escuela	
After School Location/ubicación por la mañana ☐ Home/Casa ☐ Daycare/Niñera		☐ Walk/Caminando ☐ Bus/Autobús ☐ Parent Transportatio/Padre/Madreo lo recogerá de la escuela	
CHANGES IN TRANSPORTATION		CAMBIOS EN EL TRANSPORTE	
Any changes to after-school arrangements must be communicated to your child's school office before 2:30 p.m. If your student receives specialized education transportation services and needs to change or cancel pick up, please contact the Transportation Department at 509-787-2915 <i>Cualquier cambio en los acuerdos para después del horario escolar debe comunicarse a la secretaria del colegio de su hijo antes de la 2:30 p.m.</i> <i>Si su hijo recibe servicios de transporte escolar especializado y necesita cambiar o cancelar la recogida, póngase en contacto con el departamento de transporte 509-787-2915</i>			



Quincy School District # 144
119 J ST SW
Quincy, WA 98848
509-787-4571
Website: qsd.wednet.edu

SUPERINTENDENT
Dr. Nik Bergman
ASST. SUPERINTENDENT
David J. Garza
BOARD MEMBERS
Rita Keene | Chad Lower
Shannon Durfee | Kacey Kiehn
Dayana Ruiz

Cuestionario Familiar

Nombre Del Estudiante: _____ Escuela: _____
Domicilio: _____ Teléfono: _____ Idioma: _____

Su hijo puede ser elegible para recibir servicios educativos adicionales a través de Título I Parte A, Título I Parte C-Migrante y/o la Ley de Asistencia Educativa para jóvenes sin hogar McKinney-Vento. Se puede establecer la elegibilidad llenando este cuestionario.

1. Seleccionar su situación de vivienda actual:

- ☐ Renta/ Es dueño(a) de su propia casa
- ☐ Se está quedando temporalmente en la casa o apartamento de otra familia
- ☐ El estudiante con un adulto que no es ni el padre ni el guardián legal
- ☐ El estudiante solo(a) con un adulto
- ☐ En un hotel/motel
- ☐ Vivienda de emergencia
- ☐ En un vehículo o vehículo para campar
- ☐ En una residencia sin agua, calefacción o electricidad
- ☐ Otro

2. ¿Estás viviendo en estas circunstancias debido a la pérdida de vivienda o dificultades económicas?

- ☐ Si
- ☐ No

3. ¿Se mudo usted o un familiar inmediato y obtuvo trabajo en AGRICULTURA o PESCA en los últimos 36 meses?

- ☐ Si
- ☐ No

Si tiene alguna pregunta sobre este formulario, favor de comunicarse con la representante de McKinney-Vento: Andrea Cortes a 787-1678

Nombre del Padre/ Guardian

Fecha

Firma del Padre/ Guardian

Fecha



Register online
Registrarse en línea



2026-2027 School Bus Registration Form

The Quincy School District uses a student ridership program called SMARTtag that has changed how our students ride the bus. To ensure that the SMARTtag system works efficiently, we require each child that rides the bus to register for transportation.

If you're planning for your child/children to use the school bus this year in any way, which includes to/from school and athletics, please fill out this form to reserve a seat. Complete one form per student riding the bus. This registration procedure ensures that we can offer safe and dependable transportation for your child(ren).

- *Students that receive specialized education transportation services do not need to register (i.e IEP or McKinney-Vento). This will be done for you through Special Services.*
- *Students do not qualify for transportation services if they reside in a walking zone or have been approved for In-District transfer.*

If you have any questions or need assistance, please contact our Transportation Department at 509.787.2915 Thank you!

2026-2027 Formulario de Registro para Utilizar el Autobús Escolar

El Distrito Escolar de Quincy utiliza un programa de transporte de estudiantes llamado SMARTtag que ha cambiado la forma en que nuestros estudiantes viajan en el autobús. Sin embargo, para asegurar que el sistema SMARTtag funcione eficientemente, requerimos que cada niño que viaje en el autobús se registre para el transporte.

Si usted está planeando para su hijo / hijos a utilizar el autobús escolar este año en cualquier forma, que incluye a / desde la escuela y el atletismo, por favor llene este formulario para reservar un asiento. Rellene un formulario por cada estudiante que viajará en autobús. Este procedimiento de registro asegura que podemos ofrecer transporte seguro y confiable para su hijo (s).

- *Los estudiantes que reciben servicios de transporte de educación especializada no necesitan registrarse (es decir, IEP o McKinney-Vento). Esto se hará por usted a través de Servicios Especiales.*
- *Estudiantes no califican para los servicios de transporte si residen en una zona de caminar o han sido aprobados para la transferencia en el distrito)*

2026-27 School Bus Registration Form

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda, póngase en contacto con nuestro Departamento de Transporte llamando al 509.787.2915. Muchas gracias.

1. Email / *Correo Electronico*: _____
2. Student Last Name / *Apellido del estudiante*: _____
3. Student First Name / *Nombre del estudiante*: _____
4. Student ID Number / *Número de identificación del estudiante*: _____
5. Home Address / *Dirección de domicilio*: _____
6. School of Attendance / *Escuela de asistencia*:

☐ Ancient Lakes Elementary	☐ George Elementary	☐ Monument Elementary
☐ Mountain View Elementary	☐ Pioneer Elementary	☐ Quincy Middle School
☐ Quincy High School	☐ Quincy Innovation Academy	
7. Student Grade / *Grado del estudiante*: _____
8. Primary Parent/Guardian Contact Name / *Nombre de contacto de padre/guardián principal*:

9. Primary Parent/Guardian Phone / *Número de teléfono de padre/guardián principal*:

10. Emergency Contact Name / *Nombre de contact de emergencia*:
Must be different that primary guardian / Debe ser diferente del guardián principal

11. Emergency Contact Phone / *Número de teléfono de contacto de emergencia*:

12. ALTERNATE Pick Up Location Request (for example childcare) / *Solicitud de lugar de recogida ALTERNATIVO (por ejemplo, cuidado de niños)*: _____
13. ALTERNATE Drop Off Location Request (for example childcare) / *Solicitud de lugar de entrega ALTERNATIVO (por ejemplo, cuidado de niños)*: _____
14. When/where does your student ride the bus? / *¿Cuándo/dónde viaja su hijo en autobús?*
☐ AM ☐ PM ☐ HUB / *En un centro de recogida (parque)* ☐ Athletics/Deportes
15. Is your child a returning student? / *¿Es su hijo/a un estudiante que regresa?*
☐ Yes / Si ☐ No, my child is new to the Quincy School District. / No, mi hijo/a es nuevo en el Distrito Escolar de Quincy.

Please return to your school office or the Transportation Building – 721 F St SE
Por favor, devuélvalo a la oficina de su escuela o al Edificio de Transporte - 721 F St SE

R. **OFFICE USE ONLY - Please return all registration forms to the Transportation Building**



2026-2027
DISTRITO ESCOLAR DE QUINCY
FORMA DE ALERTA DE ENFERMERA

**Este formulario debe completarse cada año escolar.*

Nurse Initial _____

504 _____ ECP _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Sexo: M/ F
Apellido Primer Segundo Inicial (circule)

Escuela: _____ Grado: _____ Fecha: _____

Doctor: _____ Clínica: _____

___ Si, mi hijo/a tiene una condición médica potencialmente mortal – complete Secciones 1 & 2
___ No, mi hijo/a no tiene ninguna condición médica potencialmente mortal – complete Sección 2

Sección 1 - EFERMEDAD DE SALUD CHRONICA O MORTAL

- ☐ **Asma y requiere inhalador en la escuela:**
¿Que causa el Asma? ☐ Ejercicio ☐ Enfermedades ☐ Alergias ☐ Otro: _____
- ☐ **Anafilaxia (Alergia potencialmente mortal) & requiere medicamento de emergencia:**
¿Que Ocasiona la reacción Alérgica? ☐ Piquete de abeja ☐ Comida: _____ ☐ Otro: _____
- ☐ **Diabetes:** Edad de diagnosis: _____ ☐ Tipo I ☐ Tipo II ☐ Usa Insulina ☐ Medicamento oral
- ☐ **Desorden Epiléptico:** Fecha del último ataque epiléptico: _____ ☐ Usa medicamento para la epilepsia
- ☐ **V/P Derivación (en el cerebro) ☐ Arritmia cardiaca ☐ Hemofilia/Otra desorden de sangre**
- ☐ **Otro:** _____

Sección 2 - CONDICIONES DE SALUD QUE NO SON AMENAZANTES

- ☐ **¿Preocupación de la vista?** ☐ Lentes ☐ contactos oculares ☐ Otros: _____
- ☐ **¿Preocupación de oídos?** ☐ Problema auditivo
- ☐ **Historia de conmoción cerebral:** Edad: _____ fue a ver un doctor? _____
- ☐ **¿Cuánto duro la conmoción?** _____
- ☐ **Otro:** _____

Por favor indique cualquier otra preocupación de salud que la enfermera debe saber (alergias, cirugías, hospitalizaciones, trastornos, trastornos de salud mental como TDAH, autismo, depresión, ansiedad, etc.).

MEDICAMENTO

- ¿Su hijo/a toma algún medicamento? ☐ No ☐ SI, nombre del medicamento: _____
- ¿Va necesitar medicamento en la escuela? ☐ No ☐ *SI, nombre de medicamento: _____
- * Si su hijo/a necesita medicamento en la escuela, un formulario de "Autorización de medicamentos" se requiere cada año antes de que algún medicamento puede administrarse. Este formulario está disponible en la oficina de la escuela o en la página web en www.qsd.wednet.edu. www.qsd.wednet.edu.**

AUTORIZACIÓN PARA COMPARTIR INFORMACIÓN DE SALUD/ACCESO A LA ATENCION MEDICA

Como padres, estoy de acuerdo en notificar a la escuela sobre cualquier cambio significativo en el estado de salud de mi hijo/a. También entiendo que esta información sea accesible a las siguientes personas: las enfermeras de la escuela, maestros, especialistas, personal de la oficina y personal médico de emergencia. Si no me encuentro disponible en el momento de una emergencia, y si una observación inmediata o el tratamiento es urgente, a juicio de las autoridades escolares, yo autorizo y solicito a las autoridades escolares de enviar a mi hijo/a (apropiadamente acompañando/a) al hospital o al médico más fácilmente accesible para recibir tratamiento.

Fecha _____

Firma de padre o tutor legal _____

Padres, ¿sus hijos están listos para la escuela?



Vacunas obligatorias para la escuela en el estado de Washington

Instrucciones: Busque el grado de su hijo para ver cuáles son las vacunas obligatorias para asistir a la escuela. Observe la fila correspondiente en la página para averiguar la cantidad de vacunas requeridas para que su hijo pueda ingresar a la escuela.

	Difteria, tétanos, tos ferina	Hepatitis B	Haemophilus influenzae tipo b	Sarampión, paperas, rubéola	Neumocócica conjugada	Polio	Varicela
	DTaP/Tdap	Hepatitis B	Hib	MMR	PCV	Polio	Varicella
Prescolar Desde los 19 meses hasta antes de cumplir los 4 años el 1 de Septiembre.	4 dosis de DTaP	3 dosis	3 o 4 dosis* (según la vacuna)	1 dosis	4 dosis*	3 dosis	1 dosis**
Prescolar/jardín de infantes de transición Con 4 años o mayor el 1 de Septiembre.	5 dosis de DTaP*	3 dosis	3 o 4 dosis* (según la vacuna) (No obligatoria a partir de los 5 años)	2 dosis	4 dosis* (No obligatoria a partir de los 5 años)	4 dosis*	2 dosis**
Jardín de infantes hasta 6º grado	5 dosis de DTaP*	3 dosis	No obligatoria	2 dosis	No obligatoria	4 dosis*	2 dosis**
De 7º grado a 12º grado	5 dosis de DTaP* <i>Más Tdap a partir de los 10 años</i>	3 dosis	No obligatoria	2 dosis	No obligatoria	4 dosis*	2 dosis**

* Pueden aceptarse menos dosis de las vacunas indicadas según la fecha en que se administraron.

**También es posible que el proveedor de atención médica verifique los antecedentes de varicela.

Los estudiantes deben recibir las dosis de las vacunas en los plazos correctos para cumplir con los requisitos de la escuela. Hable con su proveedor de atención médica o con el personal de la escuela si tiene alguna pregunta. Puede encontrar información sobre otras vacunas importantes que no son obligatorias para la asistencia a la escuela en

<https://www.cdc.gov/vaccines/imz-schedules/calendarios-de-vacunacion.html>

Para solicitar este documento en otro formato, llame al 1-800-525-0127. Las personas con sordera o problemas de audición deben llamar al 711 (servicio de relé de Washington) o enviar un correo electrónico a doh_information@doh.wa.gov. **DOH 348-295 Español Nov. 2025**



Certificate of Immunization Status (CIS)

Please print. See back for instructions on how to fill out this form or get it printed from the Washington State Immunization Information System.

Reviewed by: _____ Date: _____
Signed COE on File? ☐ Yes ☐ No

Child's Last Name:

First Name:

Middle Initial:

Birthdate (MM/DD/YYYY):

I give permission to my child's school/child care to add immunization information into the Immunization Information System to help the school maintain my child's record.

Conditional Status Only: I acknowledge that my child is entering school/child care in conditional status. For my child to remain in school, I must provide required documentation of immunization by established deadlines. See back for guidance on conditional status.

X

X

Parent/Guardian Signature

Date

Parent/Guardian Signature Required if Starting in Conditional Status

Date

Required Vaccines for School or Child Care Entry

Required for School	Required Child Care/Preschool	MM/DD/YY	MM/DD/YY	MM/DD/YY	MM/DD/YY	MM/DD/YY	MM/DD/YY
• DTaP (Diphtheria, Tetanus, Pertussis)							
• Tdap (Tetanus, Diphtheria, Pertussis) (Grade 7+)							
• DT or Td (Tetanus, Diphtheria)							
• Hepatitis B							
• Hib (<i>Haemophilus influenzae type b</i>)							
• IPV (Polio) (any combination of IPV/OPV)							
• OPV (Polio)							
• MMR (Measles, Mumps, Rubella)							
• PCV/PPSV (Pneumococcal)							
• Varicella (Chickenpox)							
☐ History of disease verified by IIS							

Recommended Vaccines (Not Required for School or Child Care Entry)

COVID-19							
Flu (Influenza)							
Hepatitis A							
HPV (Human Papillomavirus)							
MCV/PPSV (Meningococcal Disease types A, C, W, Y)							
MenB (Meningococcal Disease type B)							
Rotavirus							

Documentation of Disease Immunity (Health care provider use only)

If the child named in this 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.

☐ Diphtheria	☐ Hepatitis A	☐ Hepatitis B
☐ Hib	☐ Measles	☐ Mumps
☐ Rubella	☐ Tetanus	☐ 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.

Instructions for completing the Certificate of Immunization Status (CIS): Print the form from the Immunization Information System (IIS) or fill it in by hand.

To print with the immunization information filled in:

Ask if your health care provider's office enters immunizations into the WA Immunization Information System (Washington's statewide registry). If they do, ask them to print the CIS from the IIS and your child's immunization information will fill in automatically. You can also print a CIS at home by signing up and logging into MyIR at <https://wa.myir.net>. If your provider doesn't use the IIS, email or call the Department of Health to get a copy of your child's CIS: waisrecords@doh.wa.gov or 1-866-397-0337.

To fill out the form by hand:

1. Print your child's name and birthdate, and sign your name where indicated on page one.
2. Write the date of each vaccine dose received in the date columns (as MM/DD/YYYY). If your child receives a combination vaccine (one shot that protects against several diseases), use the Reference Guides below to record each vaccine correctly. For example, record Pediarix under Diphtheria, Tetanus, Pertussis as DTaP, Hepatitis B as Hep B, and Polio as IPV.
3. If your child had chickenpox (varicella) disease and not the vaccine, a health care provider must verify chickenpox disease to meet school requirements.
 - ☐ If your health care provider can verify that your child had chickenpox, ask your provider to check the box in the Documentation of Disease Immunity section and sign the form.
 - ☐ If school staff access the IIS and see verification that your child had chickenpox, they will check the box under Varicella in the vaccines section.
4. If your child can show positive immunity by blood test (titer), have your health care provider check the boxes for the appropriate disease in the Documentation of Disease Immunity section, and sign and date the form. You must provide lab reports with this CIS.
5. Provide proof of medically verified records, following the guidelines below.

Acceptable Medical Records

All vaccination records must be medically verified. Examples include:

- A Certificate of Immunization Status (CIS) form printed with the vaccination dates from the Washington State Immunization Information System (IIS), MyIR, or another state's IIS.
- A completed hardcopy CIS with a health care provider validation signature.
- A completed hardcopy CIS with attached vaccination records printed from a health care provider's electronic health record with a health care provider signature or stamp. The school administrator, nurse, or designee must verify the dates on the CIS have been accurately transcribed and provide a signature on the form.

Conditional Status

Children can enter and stay in school or child care in conditional status if they are catching up on required vaccines for school or child care entry. (Vaccine series doses are spread out among minimum intervals, so some children may have to wait a period of time before finishing their vaccinations. This means they may enter school while waiting for their next required vaccine dose). To enter school or child care in conditional status, a child must have all the vaccine doses they are eligible to receive before starting school or child care.

Students in conditional status may remain in school while waiting for the minimum valid date of the next vaccine dose plus another 30 days time to turn in documentation of vaccination. If a student is catching up on multiple vaccines, conditional status continues in a similar manner until all of the required vaccines are complete.

If the 30-day conditional period expires and documentation has not been given to the school or child care, then the student must be excluded from further attendance, per RCW 26A.210.120. Valid documentation includes evidence of immunity to the disease in question, medical records showing vaccination, or a completed certificate of exemption (COE) form.

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	Trade Name	Vaccine
ActHIB	Hib	Fluarix	Flu	Havrix	Hep A	Menveo	Meningococcal	Rotarix	Rotavirus (RV1)
Adacel	Tdap	Flucelvax	Flu	Hiberix	Hib	Pediarix	DTaP + Hep B + IPV	RotaTeq	Rotavirus (RV5)
Afluria	Flu	FluLaval	Flu	HibTITER	Hib	PedvaxHIB	Hib	Tenivac	Td
Bexsero	MenB	FluMist	Flu	Ipol	IPV	Pentacel	DTaP + Hib + IPV	Trumenba	MenB
Boostrix	Tdap	Fluvirin	Flu	Infanrix	DTaP	Pneumovax	PPSV	Twinrix	Hep A + Hep B
Cervarix	2vHPV	Fluzone	Flu	Kinrix	DTaP + IPV	Prevnar	PCV	Vaqta	Hep A
Daptacel	DTaP	Gardasil	4vHPV	Menactra	MCV or MCV4	ProQuad	MMR + Varicella	Varivax	Varicella
Engerix-B	Hep B	Gardasil 9	9vHPV	Menomune	MPSV4	Recombivax HB	Hep B		

If you have a disability and need this document in another format, please call 1-800-525-0127 (TDD/TTY call 711).



SUPERINTENDENT
DR. NIK BERGMAN

ASSISTANT SUPERINTENDENT
DAVID GARZA JR.

BOARD MEMBERS
RITA KEENE | CHAD LOWER
SHANNON DUFFEE | KACEY KIEHN
DAYANA RUIZ

El Ausentismo y Entender la Ley “BECCA”

Este año, Quincy School District está trabajando arduamente para asegurar que cada estudiante pueda aprender y crecer mediante la asistencia regular a la escuela. Asistir a la escuela es importante para el aprendizaje, la formación de amistades y la participación en la comunidad escolar. Queremos apoyar el éxito de su estudiante a través de la asistencia y la participación en la escuela.

Por qué la asistencia es importante:

- Faltar solo 2 días al mes (o el 10% del año escolar) puede afectar las posibilidades de que su estudiante lea al nivel de su grado en el tercer grado (primaria) o se gradúe a tiempo (secundaria).
- La escuela también es esencial para que los estudiantes desarrollen amistades y aprendan a convivir en comunidad con sus compañeros y adultos.
- Las ausencias pueden indicar problemas como la desconexión, las dificultades académicas o el acoso escolar, por lo que es importante prestarles atención.

Lo que necesitamos de usted:

- Siga las guías de salud para saber cuándo debe mantener a su hijo/a en casa por enfermedad y cuándo enviarlo/a a la escuela. gsd.wednet.edu
- Si su estudiante estará ausente, comuníquese con secretaria escolar.
- Contáctenos si su estudiante tiene dificultades para asistir a la escuela o si usted tiene dificultades para llevarlo. Estamos aquí para ayudar.
- Siga nuestras políticas o expectativas escolares

Lo que usted puede hacer:

- Establezca una rutina constante para la hora de dormir y para la mañana.
- Prepare todo para la escuela la noche anterior, asegurándose de que la tarea esté completa y de que su hijo/a descanse lo suficiente.
- Hable con su hijo/a sobre la importancia de la escuela y de la asistencia.
- Lleve un registro visible en el hogar de los días en que su hijo/a haya faltado.
 - Pida a su hijo/a que le ayude a llevar este registro.
 - Las ausencias se acumulan rápidamente. Trate de mantenerlas en 9 días o menos al año.
- Programe citas antes o después de clases, o al inicio o al final del día para minimizar el tiempo fuera de la escuela.
- Programe sus vacaciones durante los días festivos establecidos por el distrito.
- Tenga planes de respaldo para el transporte. Considere usar el recurso “[Banco de Ayuda de Mi Familia](#)” para hacer un plan.
- Comunique cualquier inquietud con el/la maestro(a), la oficina escolar o el/la consejero(a).
- Anime a su hijo/a a participar en actividades extracurriculares.



SUPERINTENDENT
DR. NIK BERGMAN

ASSISTANT SUPERINTENDENT
DAVID GARZA JR.

BOARD MEMBERS
RITA KEENE | CHAD LOWER
SHANNON DURFEE | KACEY KIEHN
DAYANA RUIZ

Nuestro compromiso con usted:

- Entendemos los desafíos que pueden afectar su asistencia y estamos aquí para ayudar.
- Use nuestros recursos, como la enfermera o el consejero escolar.
- Tomaremos la asistencia todos los días (según lo requiere la ley estatal), le notificaremos cuando su estudiante tenga una ausencia injustificada y le ayudaremos a superar las barreras.

Lo que las familias deben saber sobre las Leyes de Asistencia Obligatoria del Estado de Washington:

Padres:

- Los padres de niños de 8 a 18 años deben asegurarse de que sus hijos asistan a la escuela pública o privada o reciban instrucción en el hogar aprobada por el distrito.
- Si los padres inscriben a un niño de 6 o 7 años, ese estudiante debe asistir a la escuela a tiempo completo.

Distritos escolares:

- Notificar a los padres sobre las reglas de asistencia y obtener una firma que confirme que recibieron el aviso
- Notificar a los padres cada vez que un estudiante falte sin aviso
- Reunirse con los padres y estudiantes para averiguar por qué no asisten
- Intentar diferentes estrategias para mejorar la asistencia y, en algunos casos,
- Referir al estudiante o al padre a una Junta de Participación Comunitaria o a la corte

Por favor, revise nuestros procedimientos de asistencia escolar aquí gsd.wednet.edu, y las políticas de asistencia del distrito aquí para gsd.wednet.edu obtener información más detallada. También puede leer más sobre las Leyes de Asistencia Obligatoria del Estado de Washington aquí ([Capítulo 28A.225 RCW](#)).

RECONOCIMIENTO DE INFORMACION

Yo, _____, he leído y entiendo la ley de ausentismo (Becca Bill)

Padre/Tutor

NOMBRE DEL ESTUDIANTE _____ FECHA: _____

ESCUELA _____

El Distrito Escolar de Quincy no discrimina en sus programas o actividades por motivos de sexo, raza, credo, religión, color, origen nacional, edad, condición de veterano de guerra o grado militar, orientación sexual, expresión de género o identidad, discapacidad o uso de perro guía entrenado o animal de servicio, y ofrece igualdad de acceso a los Boy Scouts y a otros grupos de jóvenes especificados. El empleado mencionado a continuación ha sido designado para atender consultas y quejas de supuesta discriminación: Coordinador de Título IX: Nik Bergman, Superintendente, nbergman@gsd.wednet.edu, 404 1st Ave. Street SW, Quincy, WA 98848, (509) 787-4571. Coordinador de sección 504/ADA: Victoria Hodge, Directora de Programas Especiales, vhodge@gsd.wednet.edu, 119 J Street SW, Quincy, WA 98848, (509) 787-4571. Coordinador de Derechos Civiles: David Garza Jr., Asistente Superintendente, dgarza@gsd.wednet.edu, 404 1st Ave. SW, Quincy, WA 98848, (509) 787-4571.



SUPERINTENDENT
DR. NIK BERGMAN

ASSISTANT SUPERINTENDENT
DAVID GARZA JR.

BOARD MEMBERS
CHAD LOWER | DAYANA RUIZ
SHANNON DURFEE | RITA KEENE
KACEY KIEHN

Estimada Comunidad del Distrito Escolar de Quincy,

Es casi el momento de comenzar a planificar asignaciones de clase para el próximo año. Aquí en el Distrito Escolar de Quincy pasamos por un proceso muy cuidadoso y pensativo para la colocación de cada estudiante para el otoño.

Nuestro objetivo es proporcionar el mejor ambiente de aprendizaje posible para todos los estudiantes. Para lograrlo, trabajaremos con el maestro y consejero de su hijo (si es posible) para determinar la colocación de la clase para el próximo año. Consideramos muchos factores durante este proceso, incluyendo las necesidades académicas, la interacción social, el estilo de aprendizaje, el género y cualquier otra necesidad especial. Además, nos enfocamos en la formación de las mejores combinaciones posibles para que los estudiantes trabajen juntos. La configuración de clases es, en el mejor de los momentos, una tarea difícil y consume mucho tiempo. Nuestra principal preocupación es que tenemos clases equilibradas que sirven al bienestar de todos los estudiantes.

Como socio en nuestro proceso educativo, usted tiene valiosa información sobre las necesidades de su hijo. En lugar de una forma para solicitar un maestro/a, le invitamos a completar una **Forma de Opinión para Padres** en la siguiente página. La información que nos proporcione puede ser útil para nosotros con nuestro proceso de colocación. Por favor tenga en cuenta que, como se explica en la forma, no se aceptan solicitudes de profesores específicas. La mezcla en la clase puede ser desequilibrada si respetamos la solicitud de un maestro individual. Además, el personal puede cambiar durante el verano y las peticiones específicas no dejan ninguna guía para el cambio. Esta forma es el vehículo para que usted dé su opinión, y una conversación con el maestro de su hijo u otro maestro no es un sustituto de este cuestionario.

Mientras comenzamos el proceso de colocación de clases en la primavera, la lista no llega a ser definitivo hasta que nuestra inscripción se vuelva estable. Reconocemos que los cambios después de que el año escolar ha comenzado pueden ser difíciles. Por favor, sepa que mientras tratamos de planificar con anticipación, los cambios en la asignación de clases después del año escolar han comenzado siempre son una posibilidad debido a la inscripción.

La Forma de Opinión para Padres debe ser devuelto antes del **1 de Mayo del 2025** para ser considerada. Agradecemos su comprensión y respeto por el proceso de colocación.

Gracias



Distrito Escolar de Quincy

OPINIÓN DE LOS PADRES PARA LA COLOCACIÓN DE KINDERGARTEN

Nombre del niño: _____ Escuela: _____
Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Cuantos hermanos/as tiene su hijo? _____ Edades: _____

¿Asistió su hijo al preescolar? ☐ Si ☐ No ¿Si sí, dónde y con qué frecuencia? _____

Maestra/o preescolar: _____

¿Qué palabras describen la personalidad de su hijo? _____

¿Cuáles son las fortalezas y los intereses especiales de su hijo? _____

¿Tienes alguna preocupación para su hijo? _____

¿Alguna alergia o problemas de salud? _____

¿Hay algo más que debemos saber sobre su hijo? Tomamos muchos factores en consideraciones a medida que construimos grupos de clases, incluyendo habilidades, edad, género, personalidades y amistades.

No se aceptan peticiones específicas de maestros. _____

INFORMACIÓN DE HABILIDADES

Por favor, marque las cajas para las cosas que su hijo es capaz de hacer la mayoría o todo el tiempo.

- | | |
|--|---|
| ☐ Cuenta de 1-10 de memoria | ☐ Dice ABCs o canta la canción de ABC |
| ☐ Cuenta de 11-20 de memoria | ☐ Escribe su nombre |
| ☐ Cuenta 10 objetos con exactitud | ☐ Sabe su nombre y apellido |
| ☐ Identifica los colores básicos | ☐ Conoce las letras de su nombre |
| ☐ Identifica las figuras básicas | ☐ Se sienta y escucha cuando lean un libro |
| ☐ Corta con tijeras en una línea | ☐ Va al baño independientemente |

Firma del padre

Telefono

Entregar desde Febrero 1 - Mayo 1, 2025
2025-2026 año escolar

Iniciales del personal