



Distrito Escolar Unificado de Tracy
Puente de Verano Hacia TK/Kínder Junio
2026 Paquete de Inscripción



Puente de Verano Hacia TK/Kínder

FECHAS: 8 al 18 de Junio de 2026
(no hay escuela el 19 de Junio)

HORA: 8:30am a 12:00pm

LUGAR: South West Park Elementary
500 W. Mount Diablo Ave Tracy, CA 95376



Completar los formularios adjuntos y entrégarlo a la escuela que le corresponde para el programa de preescolar/jardín de infancia, junto con la documentación de inscripción.



Correo electrónico para: tmathews@tusd.net



Oficina de Preparación Escolar
South West Park Elementary
500 W. Mount Diablo Avenue
(209) 830-3355

Espacio es limitado, ¡Envíe los paquetes de registro temprano!

Puente de Verano Hacia el TK/Kindergarten

FORMA DE INSCRIPCIÓN

junio 8-18, 2026, 8:30 am-12:00 pm – Escuela South West Park

Nombre del Estudiante:	Genero:	Fecha de Nacimiento:
Dirección:	Código Postal:	
Nombre del Padre/Guardián:	Idioma del Estudiante:	
Teléfono:	Idioma del Hogar:	
Correo Electrónico:		
En agosto de 2026, su hijo(a) será matriculado para: ☐ Kínder O ☐ TK		
Escuela donde se registro para el Kínder/TK:	☐ Central ☐ Jacobson ☐ McKinley ☐ North ☐ Hirsch ☐ South/West Park ☐ Villalovoz ☐ Poet-Christian ☐ Bohn ☐ Kelly ☐ Freiler	

Raza/Etnia del Niño (a):				
☐ Nativo de Alaska/ Indio Americano	☐ Hispano/Latino	☐ Blanco	☐ Asiático	☐ Otro
☐ Negra/Africano-Americano	☐ Islas del pacífico	☐ Multiracial	☐ Declino	
Raza/Etnia de los Padres:				
☐ Nativo de Alaska/ Indio Americano	☐ Hispano/Latino	☐ Blanco	☐ Asiático	☐ Otro
☐ Negro/Africano-Americano	☐ Islas del pacífico	☐ Multiracial	☐ Declino	

Ha asistido este niño a algún preescolar/kínder transicional/programa de Head Start? ☐ SI ☐ NO

¿Si la respuesta es SI, cual escuela o programa? _____
 Nombre de la Escuela Cuidad, Estado

EVALUACIÓN DE NECESIDADES DE SALUD

¿Tiene su hijo algún problema de salud, alergias o toma medicamentos que deben permanecer en la escuela mientras esté en el Programa Puente de TK/Kindergarten? ☐ SI ☐ NO

En caso afirmativo, indique a continuación: _____



**Distrito Escolar Unificado de Tracy
Preparación Escolar Programas de Preescolar**



DECLARACION DE CONSENTIMIENTO Y LIBERACIÓN

El Distrito Escolar Unificado de Tracy (TUSD) ocasionalmente toma fotos o escribe historias sobre las familias que reciben servicios de los programas financiados por TUSD. Entiendo que las fotografías, videos, audio y otras grabaciones, inmóviles o en movimiento, tomados de mi o de mi hijo y las declaraciones hechas por mi o mi hijo mientras participamos en el programa pueden usarse en materiales de comunicación y publicidad en todos los medios. Al firmar, doy permiso a TUSD, a sus socios y organizaciones afiliadas para:

- Tomar y utilizar la foto de mi hijo o mía.
- Registrar y utilizar declaraciones hechas por mi y/o mi hijo.

Además, doy permiso indefinidamente a TUSD y sus organizaciones afiliadas para usar historias, fotos en una variedad de formas que pueden incluir, entre otros: boletines, folletos, sitios de internet, redes sociales, medios de comunicación, periódicos y revistas. Reconozco que el material grabado puede ser editado o modificado y renuncio a todos los derechos para inspeccionar o aprobar el producto final. Las imágenes y el contenido se pueden usar sin ninguna otra notificación.

FECHA

NOMBRE DEL NIÑO

FIRMA DEL PADRE/TUTOR

NOMBRE DEL PADRE O DE LA MADRE/TUTOR

Nombre del Alumno: _____ Fecha Nacimiento: _____ Grado: _____

FORMA DE TRATAMIENTO DE EMERGENCIA DEL DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE TRACY

Nota: ¡Si la información siguiente cambia durante el año escolar, notifiquenos inmediatamente!

Las Normas de Tratamiento de Emergencia de las Escuelas Públicas de Tracy en casos de lesiones o enfermedad en la escuela, permiten al personal escolar llamar al teléfono de emergencia “911” la línea de emergencia. Con autorización de los padres/tutores, los servicios médicos de emergencia se pueden suministrar. Para cualquier otra cosa que no sea el sistema de mantenimiento de vida, los profesionales médicos exigen la autorización de los padres/tutores antes de empezar a impartir el tratamiento de emergencia.

En caso de lesión o enfermedad grave el personal escolar intentara notificar a los padres/tutores inmediatamente. Si no pudiéramos localizarlos, y esta forma se encuentra en el expediente escolar, la escuela queda autorizada para arreglar el traslado del alumno a la sala de emergencia del hospital. Esta forma también autoriza al personal médico de turno a proporcionar el tratamiento de emergencia.

Sírvase llenar la forma siguiente y regresarla inmediatamente a la escuela con sus hijos para que sea colocada en el expediente durante este año escolar. Agradecemos su cooperación. **POR FAVOR USE LETRA DE IMPRENTA.**

Nombre del Padre/Tutor con cual el estudiante reside: _____

Ponga un Círculo Alrededor de Padre o Tutor

Nombre del Padre o Tutor #1: _____ Dirección: _____

Nombre y Dirección del Trabajo: _____ # del trabajo _____

Correo Electrónico _____ # del Hogar _____ #del Celular _____

Ponga un Círculo Alrededor de Padre o Tutor

Nombre del Padre o Tutor #2: _____ Dirección: _____

Nombre y Dirección del Trabajo: _____ # del trabajo _____

Correo Electrónico _____ # del Hogar _____ #del Celular _____

En caso de emergencia, por prioridad, si no se pudiera poner en contacto con los padres, Sírvase anotar **nombres de personas LOCALES**, si es posible.

1. Nombre: _____ Parentesco: _____ # Teléfono: _____ Celular _____

2. Nombre: _____ Parentesco: _____ # Teléfono: _____ Celular _____

3. Nombre: _____ Parentesco: _____ # Teléfono: _____ Celular _____

4. Nombre: _____ Parentesco: _____ # Teléfono: _____

¿Tiene su hijo algún desorden medico que la escuela deba saber antes del tratamiento? Favor de describir:

Nombre del Médico: _____ #: Teléfono _____

Nombre compañía de seguro: _____ # Póliza: _____

AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO DE EMERGENCIA Y TRANSPORTACIÓN

Autorizo al Distrito Escolar Unificado de Tracy a llamar al “911” y arreglar la transportación a un centro de tratamiento de emergencia u hospital para mi hijo(a) si el/ella se lastima seriamente.

El suscrito ha autorizado el tratamiento necesario para el paciente cuyo nombre aparece arriba y que el tratamiento y procedimientos sean administrados por los médicos e integrantes del personal de dicho hospital. El suscrito entiende que un médico será elegido para beneficio del paciente en las siguientes 24 horas de hospitalización o si es que necesita mayor tratamiento, o inmediatamente, si se presentara alguna complicación.

Responsabilidad Financiera: Se recuerda a los padres que la responsabilidad financiera incluyendo todos los costos de auxiliares médicos, transportación, hospitalización, y cualquier examinación, tratamiento, o radiografías proporcionadas será la responsabilidad del padre/tutor si es que el tratamiento de emergencia es necesario.

El suscrito ha leído y entendido la anterior autorización y entiende la misma y certifica que ninguna garantía o promesa ha sido hecha previamente a los resultados que se puedan obtener. Esta autorización para tratamiento de emergencia y transportación tendrá efecto durante el tiempo que el alumno este inscrito en un programa del Distrito Escolar Unificado de Tracy. Por lo tanto, se autoriza proporcionar a todas las compañías y agencias de seguros toda la información necesaria para completar mi reclamación de hospitalización.

Firma de Padre/Tutor: _____ Fecha: _____

(5 de febrero, 2025)