SUPERINTENDENT
Nik Bergman
ASST. SUPERINTENDENT
David Garza Jr.
BOARD MEMEBERS
Rita Keen|Shannon Durfee
Dayana Ruiz|Kacey Kiehn
Chad Lower

Bienvenido!

Querida familia,
Bienvenidos al Distrito Escolar de Quincy, estamos muy emocionados de que se una a nosotros. Por favor, ayúdenos a servirle mejor usando esta Lista de verificación de Registro a continuación mientras recopila la información y los documentos necesarios para inscribir a su hijo/a en el distrito escolar de Quincy.

Nuestra misión: Juntos creamos una cultura de pertenencia que empodera a cada estudiante para alcanzar la excelencia académica y graduarse preparado para un futuro exitoso como ciudadano comprometido y productivo.

Lista de Verficación para Registro

Formulario de Registros

- Complete toda la información en las siguientes páginas y firme los formularios

☐ QSD Paginas de Registro 1 y 2
☐ Formulario de Recopilación de Datos de Raza y Etnicidad
☐ Encuesta sobre el idioma del hogar
☐ Formulario de Asistencia de BECCA
☐ Formulario de Alerta de Enfermera
☐ Consentimiento para la Divulgación/Intercambio Mutuo de Información
☐ Información sobre personas sin hogar de McKinney Vento
☐ Registro de Autobus
☐ Guarderia
☐ Acta de Nacimiento: Documento original o copia certificada del documento original también se acepta documento religioso, hospital ario o médico que muestra la fecha de Nacimiento; o entrada en una biblia familiar; un registro de adopción; una declaración jurada de un padre o tutor; registros escolares previamente verificados; o cualquier otro documento permitido por la ley
☐ CIS (formulario de Estado del Certificado de Inmunización)
Puede encontrar más información sobre inmunizaciones en el sitio web del Departamento de Salud del Estado de Washington

Requisito de Tdap: Los estudiantes que asisten a los grados 7–12 deben haber recibido una dosis de la vacuna Tdap.

- Grados 7: La vacuna Tdap debe administrarse a los 10 años o después para que sea aceptada para el ingreso escolar.
- Grados 8–12: La vacuna Tdap debe haberse administrado a los 7 años o después para que sea aceptada para el ingreso escolar.

Otros formularios pueden ser accesos en línea si corresponde

☐ Aplicación de almuerzo gratuito y reducido

Para obtener información adicional, Quincy Middle School y Quincy High School, visite **www.qsd.wednet.edu** y seleccione la escuela correspondiente.

REGISTRO DE ESTUDIANTE
1st-12th Grade
2026-2027

QUINCY SCHOOL DISTRICT OFFICE | 404 1ST AVE SW | 509-787-7571 | qsd.wednet.edu

SUPERINTENDENT
DR. NIK BERGMAN

ASSISTANT SUPERINTENDENT
DAVID GARZA JR.

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

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

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 espéciales? ☐Sí ☐No Si sí marque todo lo que se aplica: ☐ESL/ELL ☐Talentos/Altamente Capaz ☐Titulo 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 anos o mas)

*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*

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

LESIONES ESTUDIANTILES Y SEGURANZA

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.

☐ **Inscribiré a mi hijo en el programa (Requiere la devolución del paquete de seguro para estudiantes completado)**

☐ **No inscribiré a mi hijo en el programa.**

POLÍTICA LIBRE DE ARMAS/DROGAS Y POLÍTICA DE ACOSO DEL DISTRITO

- 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.)

AUTORIZACIÓN DE FOTOS Y GRABACIÓN DE VÍDEOS:

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

☐ **No,** no doy permiso para que las fotos se usen

☐ **Sí,** doy mi permiso para que mi estudiante sea incluido en video y grabaciones de vídeo.

☐ **No,** no doy permiso para que mi estudiante sea incluido video y en grabaciones de vídeo.

AUTORIZACION DE RENUNCIA DEL ESTUDIANTE DE EMERGENCIA: 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.**

CONSENT FOR MUTUAL RELEASE AND /OR EXCHANGE OF INFORMATION

Today's Date:_____ Student's Name: _____Date of Birth: _____Grade_____

INFORMATION ABOUT LAST SCHOOL ATTENDED

(Please fill out the following information about the school your student last attended):

Previous School District:_____ School: _____

Street Address: _____

Phone:_____ Fax:_____Withdraw date from last school:_____

In accordance with the Family Educational Rights and Privacy Act, and Washington State Law, I hereby authorize the release of all records regarding the above student(s). I understand that I have a right to receive a copy of my own expense, if requested, and have an opportunity for a hearing to change the content of the records. I understand the information transferred will be treated in a confidential manner and will not be transmitted to a third party without my consent.

Parent/Guardians Signature: _____ Date: _____

Please send all pertinent information/records for the student, including: ☐ Other:_____

☐ Academic/Transcripts Number of Minutes per period, periods per week, Significance of grade received ☐ Attendance

☐ Health records/Immunizations ☐ Discipline Records ☐ Birth Certificate ☐ Psych./Counseling Reports

☐ Federal Program Information ***FOR SPECIAL EDUCATION SERVICES: PLEASE SEE CONSENT FOR MUTUAL RELEASE FOR SPECIAL EDUCATION SERVICES REGARDING IEP's TO: Shelly Petersen speterse@qsd.wednet.edu***

PLEASE SEND RECORDS TO THE SCHOOL INDICATED BELOW

☐ Quincy High School (9-12)
Attn. Kelli McKay
403 Jackrabbit ST NE
Quincy, WA 98848
(509)787-3501 Fax (509)7878988
Email: kmckay@qsd.wednet.edu

☐ Ancient Lakes (PreK-5)
Attn. Christina Morales
417 C ST SE
Quincy, WA 98848
(509)787-8950
Email: CMorales@qsd.wednet.edu

☐ Mtn. View Elementary (K-5)
Attn. Cathie Wind
119 D ST NW
Quincy, WA 98848
(509)7874548 Fax: (509)787-9025
Email: cwind@qsd.wednet.edu

☐ Quincy Middle School (6-8)
Attn. Kenya Castillo
16 Sixth Avenue SE
Quincy, WA 98848
(509)7874435 Fax: (509)787-8949
Email: kcastill@qsd.wednet.edu

☐ George Elementary (K-5)
Attn. Sonja Arizmendi
401 S. Washington Way
Quincy, WA 98848
(509)787-8760
Email:sarizmen@qsd.wednet.edu

☐ Monument Elementary (K-5)
Attn. Vanessa Ibarra
1400 13th Ave. SW
Quincy, WA 98848
(509)787-9826 Fax: (509)787-8974
Email:vibarra@qsd.wedne**K-5**

☐ Quincy Innovation Academy & Big Picture
Attn. Alicia Infante
1804 13th Ave. SW
Quincy, WA 98848
(509)787-1678 Fax (509)7871680
Email: ainfante@qsd.wednet.edu

☐ Pioneer Elementary (K-5)
Attn. Ana Espinoza
224 J ST SE
Quincy, WA 98848
(509)787-1595 Fax: (509)787-2583
Email: aespinoz@qsd.wednet.edu

Elementary Neighborhood schools
To find your school go to our district website http://www.qsd.wednet.edu
Choose Parents & Students scroll down to School Search ENG or SPN and type in your address.

QUINCY SCHOOL DISTRICT

Quincy's Promise: All students graduate from high school and are prepared for the next step in their education, career, and life.

~PLEASE USE IF STUDENT HAS SPECIAL EDUCATION RECORDS~

~Por favor use si el estudiante tiene archivos de educación especial~

CONSENT FOR MUTUAL RELEASE AND/OR EXCHANGE OF INFORMATION

CONSENTIMIENTO PARA LA LIBERACION MUTUA Y/O EL INTERCAMBIO DE INFORMACION

Previous School district/Agency/Distrito Escolar Anterior: _____ To the attention of/a la Atención de _____

Street Address/*Direccion* _____ *Telephone and/or Fax/Telefono* _____

I hereby authorize the release and/or exchange of information between the above school/agency and Quincy School district regarding:
Yo autorizo la divulgación y/o el intercambio de información entre la escuela/agencia y el distrito escolar de Quincy con respecto a:

Student Name _____ *Date of Birth* _____

Parent/Guardians signature/*Firma de los padres/Guardian*: _____

Date/*Fecha* _____ Address/*Direcion* _____ Phone Number/*Telefono* _____

Please send all pertinent information/records for the student, including:/ Por favor envíe toda la información/registros pertinentes para el estudiante, incluyendo:

☒ Special Education Records (Most recent IEP/Evaluation Report) */ Registros de Educación Especial (el más reciente informe del IEP/*evaluación) ☐ Other/*Otro*: _____

***FORWARD RECORDS TO:*/ENVIE LOS REGISTROS A:**

Special Services*/*Servicios Especiales
404 1st AVE SW
Quincy, WA 98848
specialeducationsupport@gsd.wednet.edu
TEL: (509) 787-4571 Ext 3480 FAX: (509) 787-8995

This authorization expires one year from the date of signature unless otherwise specified.
Esta autorización expira un año a partir de la fecha de firma a menos que se especifique lo contrario.

In accordance with the Family Educational Rights and Privacy Act, and Washington State Law, I hereby authorize the release of all records regarding the above student(s). I understand that it is my right to request a copy of all information and contest any information I feel is incorrect. I understand the information transferred will be treated in a confidential manner and will not be transmitted to a third party without my consent.

De acuerdo con la Ley de Derechos Educativos y Privacidad de la Familia, y la Ley del Estado de Washington, autorizo la divulgación de todos los registros con respecto a los estudiantes anteriores. Entiendo que es mi derecho solicitar una copia de toda la información y impugnar cualquier información que considere incorrecta. Entiendo que la información transferida será tratada de manera confidencial v no será transmitida a un tercero sin mi consentimiento.

Purpose: As a parent or guardian you have the right to give permission or not give permission for the release of your child's records with other persons or agencies. This request provides you with the opportunity to approve or not approve such a request unless release of records is allowed under one of the exceptions under the rules implementing the federal Education Rights and Privacy Act (for example, transfer of records from one school district to another). It also provides you the opportunity to talk with the school district and ask for an explanation as to why the information is being requested and by whom.

Propósito: Como padre o guardián, usted tiene derecho a dar permiso o no dar permiso para que se comparten los archivos de su hijo con otras personas o agencias. Esta petición le provee la oportunidad de aprobar o no aprobar tal petición solamente que el compartir de archivos sea permitido bajo una de las excepciones bajo las reglas que implementan el Acto de Derechos y Privacidad de Educación Federal (por ejemplo, transferencia de archivos de un distrito escolar a otro). También le provee la oportunidad de hablar con el distrito escolar y pedir una explicación de por qué se esta pidiendo la información y por quién.

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.

Este formulario no se utiliza para identificar la situación migratoria de los alumnos.

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.

Forms and Translated Material from the Multilingual Education Office of the Office of Superintendent of Public Instruction are licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License.

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

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/Si, 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 Si 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 (RACE)

- ☐ Chinook Tribe
- ☐ Confederated Tribes & Bands of the Yakima Tribe
- ☐ Confederated Tribes of Chehalis
- ☐ Confederated Tribes of the Colville
- ☐ Cowlitz Indian Tribe
- ☐ Duwamish Tribe
- ☐ Hoh Indian Tribe
- ☐ Jamestown S'Klallam Tribe
- ☐ Kalispell Indian Community of Kalispell Reservation
- ☐ Kikiallus Indian Nation
- ☐ Lower Elwha Tribal Community
- ☐ Lummi Tribe of Lummi Res.
- ☐ Makah Indian Tribe of Makah Res
- ☐ Marietta Band of Nooksack Tribe
- ☐ Muckleshoot Indian Tribe
- ☐ Nisqually Indian Tribe
- ☐ Nooksack Indian Tribe of WA
- ☐ Port Gamble S'Klallam Tribe
- ☐ Puyallup Tribe of Puyallup Res.
- ☐ Quileute Tribe of Quileute Res.
- ☐ Quinault Indian Nation
- ☐ Samish Indian Nation
- ☐ Sauk-Suiattle Indian Tribe of WA
- ☐ Shoalwater Bay Indian Tribe
- ☐ Skokomish Indian Tribe
- ☐ Snohomish Tribe
- ☐ Snoqualmie Indian Tribe
- ☐ Snoqualmoo Tribe
- ☐ Spokane Tribe of Spokane Res.
- ☐ Squaxin Island Tribe of Squaxin Res.
- ☐ Steilacoom Tribe
- ☐ Stillaguamish Tribe of Indians of WA
- ☐ Suquamish Indian Tribe of Port Madison
- ☐ Swinomish Indian Tribe Community
- ☐ Tulalip Tribes of WA
- ☐ Alaskan Native (Write in)
- ☐ American Indian (Write in)

ASIAN (RACE)

☐ Asian Indian	☐ Mien
☐ Bangladeshi	☐ Mongolian
☐ Bhutanese	☐ Nepali
☐ Burmese/Myanmar	☐ Okinawan
☐ Cambodian/Khmer	☐ Pakistani
☐ Cham	☐ Punjabi
☐ Chinese	☐ Singaporean
☐ Filipino	☐ Sri Lankan
☐ Hmong	☐ Taiwanese
☐ Indonesian	☐ Thai
☐ Japanese	☐ Tibetan
☐ Korean	☐ Vietnamese
☐ Lao	☐ Asian (Write In)
☐ Malaysian	

BLACK/AFRICAN-AMERICAN (RACE)

African American	***African Canadian***
☐ Caribbean	☐ Dominican Republic
☐ Anguillan	☐ Dutch Antillean
☐ Antiguan	☐ Grenadian
☐ Bahamian	☐ Guadeloupian
☐ Barbadian	☐ Haitian
☐ British Virgen Island	☐ Jamaican
☐ Caymanian	☐ Martiniquais
☐ Cuba Dominican	☐ Montserratian
☐ Caribbean (write in)	☐ Puerto Rican
	East African
Central African	☐ Burundian
☐ Angolan	☐ Comoran
☐ Cameroonian	☐ Ethiopian
☐ Central Africa	☐ Kenyan
☐ Chadian	☐ Malagasy
☐ Congolese Dem. RC of the Congo	☐ Mayaotte
☐ Equatorial Guinean	☐ Mozambican
☐ Gabonese	☐ Rwandan
☐ Sao Tomean	☐ Seychellois
☐ Principe	☐ Somali
☐ Central African (Write in)	☐ Zambian
	☐ East African (Write in)

BLACK/AFRICAN-AMERICAN Cont. (RACE)

West African

- ☐ Beninese
- ☐ Burkinabe (Burkina Faso)
- ☐ Cabo Verdean
- ☐ Ivorian
- ☐ Gambian
- ☐ Ghanaian
- ☐ Liberian
- ☐ Malian
- ☐ Nigerien
- ☐ Nigerian
- ☐ Saint Helenian
- ☐ West African (write In)

South African

- ☐ Botswanan
- ☐ Mosotho (Lesotho)
- ☐ Namibian
- ☐ South African
- ☐ Swazi
- ☐ Black (Write In)

Latin American

☐ Argentine	☐ Panamanian
☐ Belizean	☐ Paraguayan
☐ Brazilian	☐ Peruvian
☐ Chilean	☐ So Georgia
☐ Colombian	☐ Surinamese
☐ Coastal Rican	☐ Uruguayan
☐ Ecuadorian	☐ Venezuelan
☐ El Salvadorian	
☐ Falkland Isl.	
☐ French Guianese	
☐ Guatemalan	
☐ Guyanese	
☐ Honduran	
☐ Mexican	
☐ Nicaraguan	

- ☐ Latin American (Write In)

NATIVE HAWAIIAN (RACE)

Pacific Islander

- ☐ Carolinian
- ☐ Chamorro
- ☐ Chuukese
- ☐ Fijian
- ☐ Kosraean
- ☐ Marshallese
- ☐ Native Hawaiian
- ☐ Ni-Vanuatu
- ☐ Palauan
- ☐ Solomon Islander
- ☐ Tahitian
- ☐ Hawaiian (Write in)

White/Blanco

- ☐ White

Eastern European

- ☐ Bosnia
- ☐ Herzegovinian
- ☐ Polish
- ☐ Romanian
- ☐ Russian
- ☐ Ukrainian

Middle-Eastern and North African

- ☐ Algerian
- ☐ Amazigh or Berger
- ☐ Arab or Arabic
- ☐ Assyrian
- ☐ Bahraini
- ☐ Bedouin
- ☐ Chaldean
- ☐ Copt
- ☐ Druze
- ☐ Egyptian
- ☐ Israeli
- ☐ Jordanian
- ☐ Lebanese
- ☐ Saudi Arabian
- ☐ Other: (write in)

Parent Signature/Firma de padre; _____ Date: _____

01/05/23

Nurse Initial _____

504___ ECP ____

2026-2027

DISTRITO ESCOLAR DE QUINCY

FORMA DE ALERTA DE ENFERMERA

**Este formulario debe completarse cada año escolar.*

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/ACCESSO A LA ATTENCION 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**

Certificate of Immunization Status (CIS)

Reviewed by: Date:
Signed COE on File? □ Yes □ No

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

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 _____ **Parent/Guardian Signature** **Date**	X _____ **Parent/Guardian Signature Required if Starting in Conditional Status** **Date**

▲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
Required Vaccines for School or Child Care Entry						
●▲ DTaP (Diphtheria, Tetanus, Pertussis)						
▲ Tdap (Tetanus, Diphtheria, Pertussis) (grade 7+)						
●▲ DT or Td (Tetanus, Diphtheria)						
●▲ Hepatitis B						
● Hib (*Haemophilus influenzae type b*)						
●▲ 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/MPSV (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 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: waiisrecords@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/YY). 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 28A.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 (PV5)
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		

Padres, ¿sus hijos están listos para la escuela?

Vacunas obligatorias para el año escolar 2025-2026



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 01/09/2024	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 01/09/2024	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 6.º grado	5 dosis de DTaP*	3 dosis	No obligatoria	2 dosis	No obligatoria	4 dosis*	2 dosis**
De 7.º grado a 12.º grado	5 dosis de DTaP* *Más* Tdap a partir de los 10 años	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 www.immunize.org/cdc/schedules.

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 Dec. 2024 Spanish

SUPERINTENDENT
DR. NIK BERGMAN

ASSISTANT SUPERINTENDENT
DAVID GARZA JR.

BOARD MEMBERS
RITA KEENE | CHAD LOWER
SHANNON DURFEE | 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. qsd.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 qsd.wednet.edu, y las políticas de asistencia del distrito aquí para qsd.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 Titulo IX: Nik Bergman, Superintendente, nbergman@qsd.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@qsd.wednet.edu, 119 J Street SW, Quincy, WA 98848, (509) 787-4571. Coordinador de Derechos Civiles: David Garza Jr., Asistente Superintendente, dgarza@qsd.wednet.edu,404 1st Ave. SW, Quincy, WA 98848, (509) 787-4571.*

Quincy School District # 144
404 1ST AVE 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

01/20/25

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* ☐ParentTransportatio/Padre/Madreo lo recogerá de la escuela
After School Location/ubicación por la mañana ☐Home/*Casa* ☐Daycare/Niñera	☐Walk/*Caminando* ☐Bus/*Autobús* ☐ParentTransportatio/Padre/Madreo lo recogerá de la escuela

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

Antes de que empiecen las clases, se programara una cita para el padre, el estudiante, y la maestr

Horario preferido para conferencia

☐ 8:00am-11:30am ☐ 12:00-3:30

Idioma de preferencia para información o llamadas: ☐ Ingles ☐ español