

BACK

Nombre del Estudiante: _____ Profesor: _____

APELLIDO NOMBRE

TARJETA DE INFORMACION DE EMERGENCIA

Direccion de Envio: _____

Direccion de Casa: _____

Numero de Casa: _____

CONTACT INFORMATION

Madre/Guardian Legal: _____

Numero de Cellular: _____ Numero de Trabajo: _____ Otro: _____

Padre/Guardian Legal: _____

Numero de Cellular: _____ Numero de Trabajo: _____ Otro: _____

Porfavor indican nombres de TODOS hermanos/hermanas

PORFAVOR TERMINE PARTE DE ATRAS

BACK

INFORMACION DE RECOJER

PORFAVOR LISTE LOS NOMBRE Y NUMERO DE TELEFONO DE QUAL
QUIER PERSONA QUE VA A RECOJER A SU ESTUDIANTE DE LA
ESCUELA

PORFAVOR NOTE

PORFAVOR ENTIENDA QUE LAS PERSONAS INDICADAS EN SU LISTA SON LAS UNICAS
QUE VAN A SER PERMITIDOS A RECOJER A SU ESTUDIANTE/S.

LLAMADAS NO SERAN VALIDAS ESTO ES POR LA SEGURIDAD DE SU
ESTUDIANTE.

Liberty County District Schools

Cuestionario de Residencia Estudiantil

Esta encuesta tiene por objeto abordar los requisitos de la ley McKinney-Vento (Título X, Parte C de la ley No Estudiante Sera Dejado), Título I Parte A, y / o Título I Parte C-Migrante. Las respuestas a la pregunta a continuación nos ayudarán a determinar si su estudiante puede califica para servicios adicionales de apoyo educativo.

Nombre del Escuela: _____

Nombre del Estudiante: _____

Fecha del Nacimiento: _____ **Edad:** _____ **Numero de Seguridad Social:** _____

1. Donde está el estudiante y / o la familia del estudiante actualmente. Marque uno

<p>SECCION A</p> <p><input type="radio"/> Renta / poseer nuestra propia casa.</p>	
<p>SECCION B</p> <p><input type="radio"/> Temporalmente compartiendo la vivienda de los demás debido a la pérdida de vivienda, dificultades económicas o razones similares, se duplicó</p> <p><input type="radio"/> Con un adulto que no sea padre de tutor legal, o solo sin un adulto</p> <p><input type="radio"/> Viviendo temporalmente en un hotel / motel debido a la pérdida de vivienda, dificultades económicas o falta de alojamiento alternative</p> <p><input type="radio"/> En un vehículo, en un parque de caravanas, en un camping sin agua corriente ni electricidad, en un edificio abandonado, en una vivienda de mala calidad o en cualquier espacio público que no se utilice habitualmente como alojamiento habitual, etc.</p> <p><input type="radio"/> Permanecer en un refugio de emergencia / transición o un remolque de FEMA</p> <p><input type="radio"/> Un estudiante en mi casa está a la espera de colocación de cuidado de crianza temporal</p>	<p style="text-align: center;">Code: B</p> <p style="text-align: center;">Unacc Yth- S o N</p> <p style="text-align: center;">E</p> <p style="text-align: center;">D</p> <p style="text-align: center;">A</p> <p style="text-align: center;">A</p>

2. ¿Se ha mudado en los últimos 3 años a buscar trabajo como trabajador remunerado en cualquier tipo de agricultura (césped, lácteos, pollo, verduras, cítricos u otros?) O la pesca?

Marque uno: Si / No

3. Si se registró en la sección b, su estudiante puede ser elegible para recibir servicios educativos adicionales a través del Título I, Parte A /Parte C-Migrante, o Título X, Parte C-Ley Federal de Asistencia McKinney-Vento.

Por favor indique los nombres de cualquier otro estudiante en su hogar matriculado en la escuela (PK-Grade12) o en la escuela para adultos:

Nombre De Estudiante	#SS	M/F	Fecha de Nacimiento	Grado	Nombre de Escuela

4. Si tiene un niño en un programa de aprendizaje temprano de la libertad, marque con un círculo el nombre del programa correcto:

Early Head Start

Head Start

VPK(Voluntary Prekindergarten)

Edades 0-3

Edades 3-5

Edades 4-5

5. El abajo firmante certifica que la información proporcionada es exacta.

Imprima el nombre del padre / guardián o

Firma

Fecha

un adulto responsable cuidando al estudiante

Numero de Casa

Numero de Trabajo

Numero de Cullular

Direccion de Casa

Siudad

Estado

Zip

Basado en la información anterior y una entrevista con esta familia (donde sea aplicable), yo atestiguo que a lo mejor de mi conocimiento son elegibles para beneficios bajo la Ley McKinney-Vento y / o Título I Parte A / C.

Gay Lewis

Director of Instruction (850) 643-2275 ext. 233

Nombre de Contacto Titulo

Numero de Telefono

Firma

Fecha

LETRA DE MOLDE

APELLIDO LEGAL DEL ESTUDIANTE		Jr., III, Etc.	PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE o Inicial
Grado	Social Security Number ____/____/____	Telefono Casa (____)____-____ (Tengo bloque contra Telemarketing) Trabajo- Mama (____)____-____ Ext.____ Trabajo- Papa (____)____-____ Ext.____ Celular- Mama (____)____-____ Celular- Papa (____)____-____ Correo Electronico: _____			Fecha de Nacimiento (MM/DD/Año) ____/____/____
Direccion de Correo			Apt. #.	Ciudad	Codigo Postal
Direccion Actual-(Si es diferente de la direccion de correo)					
SEXO Masculino (M) Femenino (F)		CATEGORIA ETNICO: Eseeja uno por favor: Hispano/Latino No Hispano/Latino CATEGORIA RACIAL: Marque todos los que apliquen: Blanco Negro/Afro-Americano Asiatico Indigena Americano/ Nativo de Alaska Nativo de Hawaii o otra Isla del Pacifico			
LUGAR DE NACIMIENTO-Ciudad			País	Estado/provincia	PAIS DE CIUDADANIA
ESTUDIANTE VIVE CON: Ambos Padres (P) Padres Custodial (S) 1 padre y nueva pareja (P) Guardian Legal (G) Solo Madre (P) Guardian Ad Litem (A) Solo Padre (P) Other (O)		¿Se habla un idioma diferente al inglés en el hogar? () si () no ¿El alumno habla algún otro idioma materno que no sea el ingles? () si () no ¿Habla un idioma mas frecuentemente que el ingles? () si () no [abajo: todos los que apliquen] ¿este niño es () desamparado, () migrante o ()fugado?			
Guardian (Madre, Padre, etc)		Telefono de Trabajo (____)____-____	Empleador		
En casos especiales incluye documentación					
EN CASO DE EMERGENCIA Y NO ME PUEDEN CONTACTAR, LLAME A LOS SIGUIENTES: AQUI DOY PERMISO A LA ESCUELA PARA LLAMAR A ESTAS PERSONAS PARA RECOGER A MI NIÑO Y CUIDE A ESTE DURANTE MI AUSENCIA:					
1. Telefono (____)____-____	Nombre _____	Relacion _____			
2. Telefono (____)____-____	Nombre _____	Relacion _____			
3. Telefono (____)____-____	Nombre _____	Relacion _____			
4. Telefono (____)____-____	Nombre _____	Relacion _____			
¿El alumno completo el kindergarten? () si () no					
¿Atendió alguno de estas programas? () V. Pre-k () Title I () Disabilities () Headstart () Pre-K privado (de pago)					
¿EL ALUMNO ASISTIO A ALGUN PROGRAMA ESPECIAL? () Si () No – si escoge Si, marca a caul programa(s) aplico : ____ Alumno de Educación Excepcional (ESE) ____ ESOL ____ Educación Alternativa		VIDEO y FOTOS PUDIERAN SER USADOS PARA EL PERIODICO, LA PAGINA DE WEB U OTRO MEDIO PUBLICO. ¿DAN PERMISO? SI NO		Planes de Transportación A.M P.M. Bus# _____ Bus# _____ Andando ____ Andando ____ Auto _____ Auto _____ Otra _____ Otro _____	
¿Esta inscrito corrientemente? () Si () No					
Nombre de la Última Escuela Atendida, la dirección y el teléfono (en orden del mas recién primero)					
Nombre de Escuela	Dirección	Ciudad	Estado	Zip	Telefono (____)____-____
ESCRIBE AQUI CUALQUIER EXPULSION O ARRESTOS RESULTANDO EN CARGOS Y/O ACCIÓN DEPARTE DE LA JUSTICIA JUVENIL, ENCONTRA EL ALUMNO.					
¿Aparece archivos del alumno con nombre diferente? Escribe aquí					
ESTA TUTO 837.06 DE LA FLORIDA ESTIPULA QUE CUALQUIER PERSONA QUE HACE DECLARACIONES FALSAS POR ESCRITO CON LA INTENCIÓN DE ENGAÑAR A UN FUNCIONARIO PUBLICO EN MEDIO DE SU FUNCIÓN OFICIAL SERÁ CULPABLE DE UN DELITO MENOR DE SEGUNDO GRADO.					
Nombre de Padre/Guardián (letras de molde) _____			Fecha ____/____/____		
Firma de Padre o Guardián _____					

APELLIDO LEGAL DEL ESTUDIANTE		Jr., III, Etc.	PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE o Inicial
Grado	Social Security Number / /	Telefono Casa () - () Tengo bloque contra telemarketing			Fecha de Nacimiento (MM/DD/Año) / /
		Trabajo- Mama () - Ext	Trabajo- Papa () - Ext		
		Celular- Mama () -	Celular- Papa () -		
		Correo Electronico:			
Direccion de Correo			Apt. #.	Ciudad	Codigo Postal
Direccion Actual-(Si es diferente de la direccion de correo)					
SEXO Masculino (M) Femenino (F)		CATEGORIA ETNICO: Escoga uno por favor: Hispano/Latino No Hispano/Latino CATEGORIA RACIAL: Marque todos los que apliquen: Blanco Negro/Afro-Americano Asiatico Indigena Americano/ Nativo de Alaska Nativo de Hawaii o otra Isla del Pacifico			
LUGAR DE NACIMIENTO-Ciudad			Pais	Estado/provincia	PAIS DE CIUDADANIA
ESTUDIANTE VIVE CON: Ambos Padres (P) Padres Custodial (S) 1 padre y nueva pareja (P) Guardian Legal (G) Solo Madre (P) Guardian Ad Litem (A) Solo Padre (P) Other (O)		¿Se habla un idioma diferente al inglés en el hogar? () si () no ¿El alumno habla algún otro idioma materno que no sea el ingles? () si () no ¿Habla un idioma mas frecuentemente que el ingles? () si () no [abajo: todos los que apliquen] ¿este niño es () desamparado, () migrante o () fugado?			
Guardian (Madre, Padre, etc) En casos especiales incluye documentación		Telefono de Trabajo () -	Empleador		
EN CASO DE EMERGENCIA Y NO ME PUEDEN CONTACTAR, LLAME A LOS SIGUIENTES: AQUI DOY PERMISO A LA ESCUELA PARA LLAMAR A ESTAS PERSONAS PARA RECOGER A MI NIÑO Y CUIDE A ESTE DURANTE MI AUSENCIA:					
1. Telefono () -	Nombre	Relacion			
2. Telefono () -	Nombre	Relacion			
3. Telefono () -	Nombre	Relacion			
4. Telefono () -	Nombre	Relacion			
¿El alumno completo el kindergarten? () si () no					
¿Atendió alguno de estos programas? () V. Pre-k () Title I () Disabilities () Headstart () Pre-K privado (de pago)					
¿EL ALUMNO ASISTIO A ALGUN PROGRAMA ESPECIAL? () Si () No – si escoge Si, marca a cual programa(s) aplico : ___ Alumno de Educacion Excepcional (ESE) ___ ESOL ___ Educacion Alternativa		VIDEO y FOTOS PUDIERAN SER USADOS PARA EL PERIODICO, LA PAGINA DE WEB U OTRO MEDIO PUBLICO. ¿DAN PERMISO? SI NO		Planes de Transportación A.M P.M. Bus# Bus# Andando Andando Auto Auto Otra Otra	
¿Esta inscrito corrientemente? () Si () No					
Nombre de la Ultima Escuela Atendida, la dirección y el teléfono (en orden del mas recién primero)					
Nombre de Escuela	Dirección	Ciudad	Estado	Zip	Telefono () -
ESCRIBE AQUI CUALQUIER EXPULSION O ARRESTOS RESULTANDO EN CARGOS Y/O ACCIÓN DE PARTE DE LA JUSTICIA JUVENIL ENCONTRA EL ALUMNO.					
¿Aparece archivos del alumno con nombre diferente? Escribe aqui					
ESTATUTO 837.06 DE LA FLORIDA ESTIPULA QUE CUALQUIER PERSONA QUE HACE DECLARACIONES FALSAS POR ESCRITO CON LA INTENCIÓN DE ENGAÑAR A UN FUNCIONARIO PUBLICO EN MEDIO DE SU FUNCIÓN OFICIAL SERÁ CULPABLE DE UN DELITO MENOR DE SEGUNDO GRADO.					
Nombre de Padre/Guardián (letras de molde) _____					
Firma de Padre o Guardián _____			Fecha _____		



LIBERTY COUNTY SCHOOL DISTRICT

David H. Summers

Superintendent

Post Office Box 429
12926 NW CR 12
Bristol, Florida 32321-0429

Phone: (850) 643-2275
Fax: (850) 643-2533
www.lcsbonline.org

PARENTAL PERMISSION FOR OFF CAMPUS ACTIVITIES 2017-18

Reconocemos los beneficios educacionales que pueden ser ganados por participar en estas actividades. Yo, como Padre/Madre de

Nombre de Estudiante	Fecha de Nacimiento	Genero
----------------------	---------------------	--------

doy permiso que mi hijo participe en estas actividades mediante el año de escuela.

Reconocemos que es posible que nuestro hijo puede experimentar climas incomodos durante las actividades. Soy yo que tengo la responsabilidad de vestir mi hijo con la ropa apropiada, proveer protector solar, y otras precauciones. Hay otras sugerencias en el Student Handbook.

Entendemos que las reglas que se encuentran en el Student Handbook y el Code of Conduct que estan implicado por el Liberty County School Board aplican tambien a las actividades fuera de la escuela. Los estudiantes que no obedecen estas reglas seran disciplinado conforma con las normas establecidas.

Si hay una ocacion que mi hijo necesite atencion medica, por laceraciones o moretones, doy permiso que le dan el tratamiento necesario para evitar infecciones y promover curacion. El tratamiento puede incluir limpiando el area infectado, dando antibioticos , rayos x y medicaciones (preferemos a dejar la condicion sin tratamiento) y reacciones violentes a la medicina pueden suceder. Las drogas siguientes son las que mi hijo no puede tomar.

(Al dejar este espacio basillo significa que su hijo no es alergico a ninguna droga)

En cuanto a traumas graves o emergencias, queremos que el Liberty County School Board envie mi hijo al doctor/lugar correcto para recibir tratamiento en el evento que no me pueden contactar por los numeros siguientes

Nombre _____ Telefono _____ (Hogar/Trabajo/Celular)

Nombre _____ Telefono _____ (Hogar/Trabajo/Celular)

Nombre _____ Telefono _____ (Hogar/Trabajo/Celular)

Doctor _____ Telefono _____

Being fully aware of the hazards and possible consequences involving medical treatment, I/we, being competent to give consent to such treatment and/or referral, agree to hold harmless the Liberty County School Board and its employees from any claims, demands from any injury or complications which may result from such incident, injury or treatment. I/We will be responsible for any medical expenses that result from such treatment.

Estar conciente de los peligros que pueden pasar con el tratamiento medico I/We understand the circumstances involved in my child's participation in field trips and off campus activities. I/We have read this Parental Permission Form, understand its contents, signed it of my/our choice, and so to benefit the best interests and education of my/our child.

Signature of Parent(s)/Legal Guardian(s) _____ Date _____

Street Address _____ City and State _____ Zip Code _____

Home Phone _____ Work Phone _____

District I
Logan E. Kever

District II
Tina Tharpe

District III
Darrel L. Hayes

District IV
B. Kyle Peddie

District V
Roger W. Reddick

Nombre de Estudiante _____ Fecha de Nacimiento _____

Ultimo Primer Segundo Nombre

Direccion de Casa _____ Telefono de Casa _____

Direccion de Coreo Postal (si es diferente de direccion de casa) _____

Escuela Corriente _____ Grado (____ año de escuela) ____ Professor _____

Esuela Anteriores _____ Ciudad _____ Estado _____

Madre/Guardian _____ Telefono de Casa _____ Celular _____

Trabajo/Horas: desde ____ - asta ____ Telefono de Trabajo _____ Correo Electronico _____

Padre/Guardian _____ Telefono De Casa _____ Celular _____

Trabajo/Horas: desde ____ - asta ____ Telefono de Trabajo _____ Correo Electronico _____

Idioma Preferido _____

Proveer informacion de 3 personas qu usted da permiso a transporter a su hijo/hija (identificación mandatoria):

	Nombre	Relacion	Telefono	Celular
1.	_____	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____	_____
4.	_____	_____	_____	_____
5.	_____	_____	_____	_____

Medico de Familia _____ Telefono _____

Dentista de Familia _____ Telefono _____

El nino/nina esta con Medicaid? ____ Servicios Medicales de Ninos? ____ Otro? _____

Allergias _____ Lentes ____ Lentes de Contactos _____

Otras Precupaciones de Salud / Instrucciones Specificas / Medicaciones Requeridas, etc.

__ Alerta de Custodia _____

Carta de Saludo de Emergencia

**Liberty 21st Century Community Learning Center 2016-17
Aplicacion**

12196 NW CR 12 • Bristol, Florida 32321
Telefono: 850.643.2275 • Fax: 850.643.5131
email:• beth.brown@lcsb.org

Informacion de Estudiante *Porfavor Escriba – Una Aplicacion por ESTUDIANTE*

Circule el Grado Escolar de Su Esudiante en el ano 2016/17: PK 1st 2nd 3rd 4th 5th 6th 7th 8th

Nombre de escuela Atendiendo en ano de 2016/17:

Nombre de Estudiante (registrado nombre en escuela):

Nombre de Estudiante (nombre preferido):

Dia de Nacimiento: / / Gender: Male Female Numero de Telefono: () -

Origen Etnico de estudiante: Indio Americano/Nativo de Alaska Asiano/Islander Hispano o Latino
 Negro o Americano de Africa Blanco o Americano Otro:

Su Hijo ese legible para almuerzo gratuito o reducido? Si No

Su Hijo esta en actividades extracurriculares? No Si Dias: (M T W TH F) Tiempo:

Is your child enrolled in LEP or ESOL program? Si No

Does your child have a special need/disability? No Si **Uso de Oficina: IEP/504 on file**

En caso que si, cual seria la mejorr manera de especificar la necesidad/discapacidad de su hijo? Por favor marque todos los que apliquen:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Desorden del Espectro Autista | <input type="checkbox"/> Discapacidad de Aprendizaje |
| <input type="checkbox"/> Condicion Medica Cronica | <input type="checkbox"/> Discapacidad fisica |
| <input type="checkbox"/> Trastorno Emocional o Conductual | <input type="checkbox"/> Discapacidad del Lenguaje/Verbal |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad Auditiva (o sordo) | <input type="checkbox"/> Deterior Visual (ciego) |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad Intelectual | <input type="checkbox"/> Otras Discapacidades: |

Se ha retenido a su hiji? Si No En caso afirmativo, indice que grado (s)

Asuto(s) que su nino tiene dificultated con:

Si estan registrando otros hermanos? Si No En caso que si, indique el nombre y escuela de su(s) hijo:

1) _____ Grado	2) _____ Grado
3) _____ Grado	4) _____ Grado

Informacion de Familia

Padre/Guardian:	Madre/Guardian:
Direcion:	Direcion:
Ciudad, Estado, Zip:	Ciudad, Estado, Zip:
Telefono de Casa:	Telefono de Casa:
Empleador:	Empleador:
Trabajo #: Cell:	Trabajo #: Cell:
Email:	Email:
Licencia de Conducir #:	Licendia de Conducir #:

Solo Por Uso de Oficina: Copia de DL **Solo Por Uso de Oficina: Copia de DL**

Estudiante vive con: Los dos Madre Padre Otro:

Custodia Legal de Estudiante: Los Madre Padre Otro:

Para Uso de Oficina Solatmente: Copa de La Orden Judicial en El Expendiente:

Direcion de Estudante:

Ciudad: Estado: Zip:

Emergency Contacts & Authorized Persons Allowed to Pick Up Your Child

Nombre:		Telefono:	
Relacion:	Licencia de Conducir	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Autorizar para Recojer
Nombre:		Telefono:	
Relacion:	Licencia de Conducir	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Autorizar para Recojer
Nombre:		Telefono:	
Relacion:	Licencia de Conducir	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Autorizar para Recojer
Nombre:		Telefono:	
Relacion:	Licencia de Conducir	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Autorizar para Recojer

Hay alguien que no esta autorizado a recoger a su hijo?

Nombre:			Relacion:	
Raca:	Altura:	Peso:	Uso de Oficina: Copia de corte papeles <input type="checkbox"/>	
Comentario:				Llama 911 <input type="checkbox"/>
Nombre:			Relacion:	
Raca:	Altura:	Peso:	Uso de Oficina: Copia de corte papeles <input type="checkbox"/>	
Comentario:				Llama 911 <input type="checkbox"/>

Informacion Medica

Doctor:		Compania de Seguridad:	
Direccion:		Nombre / Grupo #:	
Ciudad:	Estado:	Nombre en Seguridad:	Numero:
Numero:	Zip:	Preferencia de Hospital:	

Enumere cualquier restriccion de salud: (Alergias, Vision, Audicion, etc.)

Uso De Oficina : Si No

Lista de restricciones de la dieta: (Alergias-Gluten, Leche, Nueces, etc.)

Uso De Oficina : Si NoTu estudiante toma medicina? Si No Si, Porfavor ListeDoy mi consentimiento al personal de Liberty 21st CCLC para que aplique protector solar y/o spray de insectos para mi hijo Yes No Si, porfavor firme aqui

Acciones a tomar si se necesita atencion medica:

Hay algun factor insusual en la vida del nino que el maestro de personal debe tener en cuenta?

 Si No Si, por favor explique**Privacy Rights**

Entiendo que se tomara fotos y/o videos durante de las actividades/eventos del programa. Doy me permiso al programa Liberty 21st CCLC y/o a sus socios de la comunidad para usar dichas fotos/videos de mi estudiante, familia y yo para ser usados en materiales educativos, promocionales o informativos o medios de prensa para propósitos de relaciones publicas positivas. Si No Iniciales _____

Program Expectations

Por favor lea e inicie cada una de las siguientes reglas. Al iniciarse, usted acepta cumplir con cada requisito

Atendencia:

- Se espera que mi hijo/a asista al Liberty 21st CCLC cada día escolar de lunes a viernes 3: 15-5: 45 p.m. para el Programa Después de la Escuela.
- Entiendo que para que este programa cumpla con los requisitos estatales mi hijo debe asistir a un mínimo de tres días a la semana. La asistencia regular es necesaria para mantener este servicio.
- Cualquier día que mi hijo no asista a la escuela, él / ella no puede asistir al Centro de Aprendizaje Comunitario Liberty 21st Century.
- Entiendo que se trata de un programa de enriquecimiento académico y personal y no de cuidado de niños.

Noches de información de los padres:

- Al menos uno de los padres o tutores deberá asistir a una reunión de información de los padres una vez cada nueve semanas para cumplir con los requisitos de la subvención.
- Se anima a los padres a ser voluntarios por lo menos 2 horas por semestre en el programa

Recojer:

- A mi hijo no se le permite salir del sitio Liberty 21st CCLC a menos que sea recogido por un adulto autorizado con una identificación con foto actual.
- Un adulto autorizado es SOLO alguien cuyo nombre ha sido incluido en el formulario de inscripción CCLC 21.
- Padren deben entrar y firmar todos los días indicando que los hijos están ahí.
- Mi hijo debe ser firmado y recogido antes de las 6:00 p.m. en Hosford y 5:45 en Tolar.

Transportacion:

- Entiendo que el programa Liberty 21st CCLC puede proporcionar transporte de viaje de campo; Doy mi permiso para que mi hijo / a participe en el transporte proporcionado por el programa.

Disciplina:

- Un Informe de Incidente escrito será completado y discutido conmigo siempre que mi hijo se comporte de manera irrespetuosa o inapropiada, use un lenguaje inapropiado o de alguna manera interrumpa el Programa Liberty 21st CCLC.

La Política de Disciplina es la siguiente:

- Primera Ofensa: El Coordinador del Sitio habla con el niño y notifica al padre por escrito.
- Segunda Ofensa: El Coordinador del Sitio habla con el niño, notifica al padre por escrito y el niño puede ser suspendido del programa por hasta dos semanas.
- Tercera Ofensa: El Coordinador del Sitio habla con el niño, notifica al padre por escrito y el niño puede ser retirado del programa por el resto del año.

**** La destrucción de bienes y lesiones a otra persona resultará en la expulsión automática ****

Electrónica personal:

_____ No se permite usar electrónica personal de ningún tipo durante las horas del programa. Liberty 21st CCLC no se hace responsable de la pérdida o daño de ningún dispositivo electrónico.

Eventos especiales y huéspedes:

_____ Special events will be brought onto our campus throughout the school year. Children will enjoy a variety of live and interactive presentations. I understand that participation is a privilege and not a right and may be revoked at any time by the program administration.

Enfermedad:

_____ Estoy de acuerdo en mantener a mi hijo en casa cuando sepa que está enfermo, tiene fiebre de 100 grados o más, vomita o tiene una enfermedad contagiosa. Los niños pueden regresar a Liberty 21st CCLC cuando no tienen fiebre / sistema durante 24 horas.

Emergencias:

_____ En caso de emergencia, el personal se comunicará conmigo y/o con los contactos de emergencia que figuran en la lista de Liberty 21st CCLC. Acepto actualizar la Administración de Liberty 21 CCLC por escrito con cualquier nueva información de contacto. Entiendo que si la información no está actualizada, mi notificación de una emergencia puede demorarse.

_____ Si se necesita atención hospitalaria inmediata, el personal llamará al 911. Entiendo que seré responsable por todos los costos incurridos.

Inclencias del Clima:

_____ Si las escuelas del condado de Liberty están cerradas debido a las inclencias del tiempo, el programa Liberty 21st CCLC también estará cerrado. Las notificaciones de emergencia se publicarán en la página de inicio de nuestro sitio web y se dejarán en la línea telefónica Liberty 21st CCLC.

Tarea:

_____ El Programa provee horarios designados para instrucción, actividades de enriquecimiento y tareas. Durante el tiempo de tarea, el personal está disponible para asistencia.
Aunque se hará un esfuerzo razonable, el personal no es responsable de asegurar que toda la tarea esté completa y correcta.

Recopilación de datos:

_____ Doy permiso para que los datos relativos a mi hijo ya mí entren en el sistema de recopilación de datos para fines de evaluación del programa. La información estará disponible para el personal del sitio de Liberty 21 CCLC. Entiendo que toda la información proporcionada seguirá siendo confidencial.

Éxito escolar:

_____ Entiendo que Liberty 21 CCLC trabaja con las Escuelas del Condado de Liberty para ayudar a desarrollar y entregar actividades que involucran y impactan a los niños. Doy permiso para que el personal del programa Libertad del Siglo 21 reciba informes de asistencia y progreso, calificaciones a medio plazo, calificaciones de fin de año y resultados de exámenes para el año escolar 2011-2012 y 2012-2013. También doy mi permiso para que el personal del programa del Centro de Aprendizaje Comunitario Liberty 21st Century obtenga la información anterior 6 meses después de que mi hijo complete el programa para ayudar al Liberty 21st CCLC a completar la recolección de datos de salida.

Nombre de Estudiante _____ Fecha de Nacimiento _____

Ultimo Primer Segundo Nombre

Direccion de Casa _____ Telefono de Casa _____

Direccion de Coreo Postal (si es diferente de direccion de casa) _____

Escuela Corriente _____ Grado (____ año de escuela) ____ Professor _____

Esuela Anteriores _____ Ciudad _____ Estado _____

Madre/Guardian _____ Telefono de Casa _____ Celular _____

Trabajo/Horas: desde ____ - asta ____ Telefono de Trabajo _____ Correo Electronico _____

Padre/Guardian _____ Telefono De Casa _____ Celular _____

Trabajo/Horas: desde ____ - asta ____ Telefono de Trabajo _____ Correo Electronico _____

Idioma Preferido _____

Proveer informacion de 3 personas qu usted da permiso a transporter a su hijo/hija (identificación mandatoria):

	Nombre	Relacion	Telefono	Cellular
1.	_____	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____	_____
4.	_____	_____	_____	_____
5.	_____	_____	_____	_____

Medico de Familia _____ Telefono _____

Dentista de Familia _____ Telefono _____

El nino/nina esta con Medicaid? ____ Servicios Medicales de Ninos? ____ Otro? _____

Allergias _____ Lentes ____ Lentes de Contactos _____

Otras Precupaciones de Salud / Instruciones Specificas / Medicaciones Requeridas, etc.

____ Alerta de Custodia _____

Carta de Saludo de Emergencia

El Servicio Plan de Salud ase una provision en record de salud, consultacion de enfermera, tratamiento de emergencia y no invasion cribado (escuchando, mirando, escoliosis, altura y peso). Si algun pariente desea sacar su hijo/hija de cribado lo necesita acer en documento. Exámenes comiensen el comuinso de Octubre de cada ano de escuela. Cribado de temperatura sera echo si es nessesario. Pariente o guardian tiene la responsabilidad para acer una lista de allegrias de su hijo/hija en este documento.

En caso serio de danho o enfermedad que necesita tratamiento, la escuela y los representantes tienen mi permiso para contactar servicios de emergencia. El servicio de emergencia medica tiene mi permiso adar tratamientos o transporter a mi hijo/hija. Yo tambien voy a ser contactado de parte de la situacion. Yo sero responsable a pagar los costos.

En caso de accidente o enfermedad que necessita tratamiento al momento mi hijo/hija no esta indicado , pero puendo seguir en la escuela, queiro que la escuela me contacte o persona designada para transporter a mi hijo/hija. Si la escuela no me puedo contactar, pedo que contacten una persona de mis lista de contactos y que quieden a mi hijo/hija. En el evento que nadie de mis lista de contactos esta disponible, entonces servicio de emergencia publica puede ser contactado para asistir y possiblemente ser transportado y tratado. Yo entiendo que yo necesito notificar la escuela si ay cambios de salud en el documento de informacion.

Yo entiendo que ciertos documentos educasionales de mi hijo/hija seran parte de el Distrito y los companiores de salud necessitados para evaluar el servicio de salud de mi estudiante. Yo tambien entiendo y confirm que los records de tratamiento creada con una persona de servicios de salud y la escuela puede compartir lo con oficiales de el distrito que tienen una reson legitima para razones educasionales.

Dato: _____ Nombre de Pariente/Guardian: _____

(PORFAVOR LLENE LOS DOS LADO DE ESTA DOCUMENTO)

La Boarde de Liberty County, Florida, complae com el State Statues on Veteran's Preference and Federal statue que no discrimina lo bases de raza, color, sexo, religion, origin nacional, edad, desibilidades, stado de casamento, o orientasion de sexo.

WIDA ACCESS for ELLs 2.0

¿Qué es ACCESS for ELLs 2.0?

ACCESS for ELLs 2.0 es una prueba de *desempeño lingüístico* en inglés para niños desde el grado kínder hasta 12.º grado. La prueba se administra todos los años con el objetivo de ayudar a los distritos escolares a monitorear el *desarrollo del lenguaje* de alumnos identificados como *aprendices del inglés*.

¿Cuál es el propósito de la prueba?

La prueba ACCESS for ELLs 2.0 mide las capacidades de los alumnos para comprender y producir el inglés usado dentro de entornos escolares. Las cuatro secciones de la prueba son Escuchar, Leer, Hablar y Escribir.

¿Por qué tiene que tomar la prueba mi hijo/a?

Su hijo/a fue identificado/a como *aprendiz del inglés*. Su hijo/a tomará la prueba todos los años hasta que su puntuación alcance los criterios necesarios para salir del programa de apoyo lingüístico. Comuníquese con la escuela de su hijo/a para obtener más información sobre cómo se identificó su hijo/a como un aprendiz del inglés.

¿Cuándo tomará la prueba mi hijo/a?

Cada estado establece un marco de tiempo para que las escuelas administren la prueba ACCESS for ELLs 2.0. Las escuelas programan cuándo los alumnos tomarán las cuatro secciones de la prueba durante el marco de tiempo evaluativo. Comuníquese con la escuela de su hijo/a para obtener información más específica sobre la fecha programada para que su hijo/a tome la prueba ACCESS for ELLs 2.0.

¿Cómo se utilizan las puntuaciones de la prueba?

Las puntuaciones de la prueba ACCESS for ELLs 2.0 pueden usarse de varias maneras. Los padres de familia pueden usar las puntuaciones para apoyar a sus hijos/as. Los maestros usan las puntuaciones para planificar la enseñanza y las pruebas. Los distritos usan las puntuaciones para evaluar sus programas de apoyo lingüístico, monitorear el progreso de los aprendices del inglés y determinar si un alumno/a reúne los requisitos necesarios para salir del programa de apoyo lingüístico. Las puntuaciones también se utilizan para cumplir con los requisitos federales y estatales de rendición de cuentas.

Preguntas para plantear

Los padres de familia pueden usar las siguientes preguntas para obtener más información acerca de la experiencia evaluativa de sus hijos/as:

- ¿De qué manera tomará la prueba mi hijo/a?
- ¿Quién estará a cargo de la administración de la prueba ACCESS for ELLs 2.0 que tomará mi hijo/a?
- ¿Dónde tomará la prueba mi hijo/a?
- ¿Alguien de la escuela le explico la prueba a mi hijo/a?
- ¿Todos los maestros de mi hijo/a están al tanto de que él/ella tomará la prueba?
- Si mi hijo/a participa en un Programa de Educación Personalizada, ¿qué adaptaciones se le ofrecerán durante la prueba?
- ¿Cuándo y de qué manera se compartirán las puntuaciones conmigo?

Si tiene preguntas acerca de la prueba ACCESS for ELLs 2.0, comuníquese con la escuela de su hijo/a.

ACCESS for ELLs para kínder

Los alumnos de kínder toman la prueba en formato impreso y trabajan con tarjetas, libros e ítems de la prueba adecuados según el grado. Los alumnos de este nivel de grado toman la prueba de manera individual con un administrador de la prueba.

Términos de referencia para aprender

Apndices del inglés son aquellos que reúnen los requisitos necesarios para recibir apoyo en la escuela con el idioma inglés.

El desempeño lingüístico es una medición de la etapa donde se encuentran los alumnos en el proceso de desarrollo del lenguaje.

El desarrollo del lenguaje es un proceso que lleva tiempo. Los alumnos avanzan a ritmos diferentes durante el proceso.

Nuestra escuela está usando ParentSquare!

Queridos padres,

Estamos muy contentos de dejarlos saber que este año vamos a utilizar ParentSquare para comunicarnos con ustedes en la escuela, y en sus aulas y grupos. ParentSquare proporciona una manera simple y seguro para que todos en la escuela se comuniquen. Con ParentSquare usted podrá

- Recibir todas las comunicaciones de la escuela y el aula a través de correo electrónico, texto o aplicación móvil
- Ver y descargar fotos
- Ver el calendario escolar y del el aula y confirmar asistencia a eventos
- Registrarse fácilmente para ser voluntario y / o traer artículos

Active Su Cuenta

Pronto recibirá una invitación por correo electrónico o de texto para unirse a ParentSquare. Por favor haga click el enlace para activar su cuenta. Se tarda menos de un minuto.

Puede utilizar ParentSquare en cualquier dispositivo. **Puede descargar la aplicación móvil gratis para Android o iOS**, y también se puede utilizar desde una computadora en: **www.parentsquare.com**

Nuestro objetivo es que toda familia se una a ParentSquare. Por favor no dude en hacerme cualquier pregunta.

Muchas gracias!