



ADICIONAL NUEVO ESTUDIANTE Paquete de Registro 2019-2020

Nota: Un paquete adicional de registro de estudiantes para familias con más de 1 hijo

Encuesta del Estudiante del KINDER de Woodland

Por favor ayúdenos a colocar a su estudiante en la mejor aula para fomentar sus habilidades y satisfacer sus necesidades al llenar ésta hoja y entregarla con sus

Gracias- El Profesorado y Personal de Primaria

Nombre del niño/a: _____
Apellido Nombre Segundo Nombre

Fecha de nacimiento: _____

Su hijo cursó preescolar? Sí No

Nombre del preescolar: _____

Cuántas veces a la semana? _____

Ponga una X en el lugar de la línea continua con la mejor repuesta a cada pregunta.

Su hijo/a juega y efectúa actividades sin la guía de un adulto?

Rara Vez A veces Con frecuencia

Su hijo/a se sienta durante un cuento?

Rara Vez A veces Con frecuencia

Su hijo/a se turna y comparte con sus compañeros?

Rara Vez A veces Con frecuencia

Cuando su hijo/a habla con personas que no son de la familia, ellos lo/a entienden?

Rara Vez A veces Con frecuencia

Su hijo/a se visto sólo/a (ésto es, ropa abrigo, calzado)?

Rara Vez A veces Con frecuencia

Su hijo/a es capaz de usar el baño de manera independiente?

Rara Vez A veces Con frecuencia

Su hijo/a puede reconocer su primer nombre?

Rara Vez A veces Con frecuencia

Su hijo/a puede identificar las letras del alfabeto?

Rara Vez A veces Con frecuencia

Su hijo/a puede escribir su primer nombre?

Rara Vez A veces Con frecuencia

Su hijo/a puede identificar los colores básicos?

Rara Vez A veces Con frecuencia

Su hijo/a puede contar hasta 10?

Rara Vez A veces Con frecuencia



Office Use Only	Start Date:	School Entity:	Building Division:	Grad Year:	Other ID #:	
	Language:	Ethnicity/Race:	Immigrant/Country		SIS #:	
	HS Path:	Legal Name Docs On File: Birth Cert. Passport	Other Legal Docs on File:		Entry From:	
Información de Estudiante	Apellido Legal		Primer Nombre Legal		Segundo Nombre Legal	
	Fecha de nacimiento (mm/dd/aa)	Sexo: F M	Grado:	Ciudad y Estado de nacimiento o País :	Apodo	
Información familiar primaria/residencial	<i>Estudiante vive con Marque con un círculo todo lo que se aplica a este hogar):</i> Madre Padre Pad/Mad-rastro Guardián Otro:					
	Dirección:		Ciudad	Codigo Postal:	Marque la casilla si la dirección principal es del estudiante <input type="checkbox"/>	
	Parentesco al estudiante:	Apellido, Primer Nombre		Teléfono Primario:	Custodia legal del estudiante: Sí No	
	Teléfono de Trabajo		Otro Numero de Teléfono	Correo electrónico		
	Parentesco al estudiante:	Apellido, Primer Nombre		Teléfono Primario:	Custodia legal del estudiante: Sí No	
	Teléfono de Trabajo		Otro Numero de Teléfono	Correo electrónico		
Solo si corresponde: CUSTODIA CONJUNTA	Dirección:		Ciudad	Codigo Postal:	Marque la casilla si la dirección principal es del estudiante <input type="checkbox"/>	
	Parentesco al estudiante:	Apellido, Primer Nombre		Teléfono Primario:	Custodia legal del estudiante: Sí No	
	Teléfono de Trabajo		Otro Numero de Teléfono	Correo electrónico		
	Parentesco al estudiante:	Apellido, Primer Nombre		Teléfono Primario:	Custodia legal del estudiante: Sí No	
	Teléfono de Trabajo		Otro Numero de Teléfono	Correo electrónico		
Contactos de emergencia	<i>Si los padres no están disponibles, indique una persona con la que podamos comunicarnos. SOLAMENTE los nombrados serán permitidos firmar la salida del estudiante</i>					
	Nombre	Parentesco al estudiante:	Teléfono Primario:	Teléfono Secundario:		
	Nombre	Parentesco al estudiante:	Teléfono Primario:	Teléfono Secundario:		
	Nombre	Parentesco al estudiante:	Teléfono Primario:	Teléfono Secundario:		
Cuestionario	¿Ha asistido el estudiante al Distrito Escolar de Woodland antes? No Sí Fecha de asistencia (mm/dd/aa)					
	¿Ha asistido el estudiante a la escuela en los Estados Unidos antes? No Sí Fecha de asistencia (mm/dd/aa)					
	¿El Estudiante es parte de una familia militar? No Sí		¿Actualmente Desplegado? No Sí	¿Seran desplegados para servicio activo durante el año escolar? No Sí		
	¿Alguna vez el estudiante ha recibido o recibió alguno de los siguientes servicios? (Círcule todos los que correspondan)					
	Educación Especial (IEP) 504 Plan Terapia del Lenguaje Trabajo Social Inmersión Recíproca (Lenguaje Dual) Instrucción en español					
	¿Alguna vez se retuvo un grado? No Sí Grado:		¿Alguna vez avanzo un grado? No Sí Grado:			
¿Alguna vez el estudiante ha sido suspendido previamente? No Sí Explusado? No Sí Grado:						
Otros niños en el hogar	Nombre:	Fecha de Nacimiento:	Sexo:	Grado:		
	Nombre:	Fecha de Nacimiento:	Sexo:	Grado:		
	Nombre:	Fecha de Nacimiento:	Sexo:	Grado:		



Junta de Educación del Estado de Illinois
**Nuevas Normas de Datos del Departamento de Educación de los
Estados Unidos Raza y Etnicidad**

Nombre de Estudiante: _____

INSTRUCCIONES: Esta forma debe de ser llenada por los padres o guardianes, del estudiante y ambas preguntas deben ser respondidas. Parte A pregunta sobre el origen étnico del estudiante y parte B pregunta sobre la raza del estudiante. Si rechaza responder a cualquier pregunta, el distrito escolar proporcionara la información que falta por identificación de observador.

Parte A. ¿El estudiante Hispano/Latino?

Una persona de origen, Cubano, Mexicana, Puertorriqueño, Sur o América Central, o otra cultura, o origen Español a pesar de cual quiera raza.

Escoja solamente uno.

No, no Hispano/Latino

Si, Hispano/Latino

La pregunta anterior se trata de étnica, no raza. No importa que pregunta usted eligió continúe y responda a la pregunta marcando uno o varios cuadros para indicar que raza usted considera el estudiante.

Parte B. ¿Qué es la raza del estudiante?

Escoger una o varias.

Indio Americano o Nativo de Alaska (Una persona con origen originales de Norte y Sudamérica, incluyendo América Central, y que mantiene afiliación tribal o lazo de comunidad.)

Asiático (Una persona con orígenes originales del Este, Sur Este de Asia, o incluyendo el subcontinente indio, por ejemplo, Camboya, China, India, Japón, Corea, Malaysia, Pakistán, las islas Filipinas, Tailandia, y Vietnam.)

Negro o Afroamericanos (Una persona con orígenes en cualquiera de los grupos raciales negros de África.)

Hawaianos Nativos o Otros Isleños (Una persona con orígenes en cualquiera de los pueblos originales de Hawái, Guam, Samoa, u otra isla Pacífica.)

Blanco (Una persona con orígenes de Europa, el Medio Oeste, o África del Norte.)

Firma de Padres/Guardianes: _____ Fecha: _____

Nota: Información en este formulario se mantendrá por el distrito escolar por tres años. Sin embargo, cuando hay litigios, una reclamación, una auditoría o de otra acción sobre este registro, las repuestas originales deben ser retenidas hasta la finalización de la acción.



ATENCIÓN FAMILIAS: REQUISITOS MÉDICOS

Estimados padres/guardianes de _____:

Nombre del estudiante

El Estado de Illinois requiere a los estudiantes que se matriculan en las escuelas de este estado los siguientes documentos:

- **Examen físico:** para todos los estudiantes que se matriculen en Woodland Early Learning Experience (W.E.L.E.), Early Childhood, Kindergarten, 6° grado o que provengan de otras escuelas fuera de este estado.
 - El examen debe redactarse en el documento oficial del estado de Illinois
 - La fecha de expedición ha de ser inferior a un año
 - Fecha límite de entrega será la primera semana de octubre
 - La exclusión de estudiantes es el 15 de octubre si no se entregó, de acuerdo con el Código Escolar de Illinois

HA DE INCLUIR las tres secciones:

- a) Historial Médico-completado y **firmado** por los padres/guardianes
 - b) Historial de Vacunaciones-completado y **firmado** por un médico o enfermera/o
 - c) Examen físico-completado y **firmado** por un médico
- **Examen de la Visión:** para todos los estudiantes que se matriculen en Kindergarten o que inscriban por primera vez en las escuelas de Illinois.
 - El examen debe redactarse en el documento oficial del estado de Illinois
 - Firmado y fechado por un especialista de visión, Oftalmólogo o Oculista
 - La fecha de expedición ha de ser inferior a un año
 - Fecha límite de entrega será la primera semana de octubre
 - **Examen Dental:** para todos los estudiantes que se matriculen en Kindergarten, 2° y 6° grado
 - El examen debe redactarse en el documento oficial del estado de Illinois
 - Firmado y fechado por un dentista
 - La fecha de expedición ha de ser inferior a 18 meses antes de la fecha de límite del 15 de mayo
 - Fecha límite de entrega será la primera semana de mayo, fin del año

El examen físico y el historial de vacunaciones han de recibirse antes del **15 de octubre**. Si los documentos NO se entregan antes de la fecha señalada, su hijo/a no podrá asistir a la escuela de acuerdo con el Código Escolar. Aquellos estudiantes que se inscriban durante el curso escolar, deben entregar los exámenes médicos en un plazo de 30 días. El Departamento de Salud de Lake County ofrece exámenes, vacunaciones, y servicios dentales. Para más información o citas, por favor de llamar al 847-377-8400.

Por la presente certifico que he leído toda la información que se provee en este documento, que inscribo al estudiante mencionado en este documento y que en lo que a mi respecta, el estudiante cumple con los requisitos legales del examen físico y de las vacunaciones del estado de Illinois. Certifico que al firmar este documento, autorizo al médico de mi hijo/a a compartir información relativa a la salud de mi hijo/a cuando el Distrito Escolar de Woodland 50 la requiera.

Firma Padres/Guardianes

Fecha

Nombre de Médico (por favor imprimir)

Numero de Teléfono



Por favor, informe a la escuela de cualquier cambio durante el año escolar.

Apellido de Estudiante: _____ Nombre: _____ Medio: _____

Domicilio: _____ Apt #: _____ Ciudad: _____

Fecha de nacimiento: _____ 2019-2020 Grado: _____ Sexo Femenino Masculino

Informacion de familia:

Padre/Guardián: _____ Primario #: _____

Trabajo #: _____ Otro numero: _____

Madre/Guardián: _____ Primario #: _____

Trabajo #: _____ Otro numero: _____

Información De Segunda Familia/Custodia Mutua

Nombre: _____ Parentesco: _____

Primario #: _____ Otro numero: _____

Domicilio: _____ Apt #: _____ Ciudad: _____

Contactos de emergencias

Nombre: _____ Parentesco: _____

Primario #: _____ Otro numero: _____

Nombre: _____ Parentesco: _____

Primario #: _____ Otro numero: _____

Problemas de Salud

Preocupación	Si	No	Explicación y Comentarios
Alergias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Comida: _____ Otro: _____
Usa EpiPen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Utiliza inhalador durante escuela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Convulsiones Medicamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Medicamentos de Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Problemas auditivos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Usa audifono
Problemas con los ojos y la vista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Usa lentes
Otros medicamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hospitalizaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cirugía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Otra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Porporcione un plan de acción contra el asma, un plan de acción para alergias alimentarias o una autorización de medicamentos. Todos los medicamentos, las recetas y los medicamentos sin receta requieren una firma del médico y del padre.

Nombre de Doctor: _____ Num. de Doctor: _____

Woodland School District 50
1105 N. Hunt Club Road
Gurnee, Illinois 60031
Phone: (847) 596-5600
Fax: (847) 856-0311

Permiso para la obtención y/o intercambio de información del expediente del estudiante

Nombre del estudiante _____

Fecha de nacimiento _____

Yo, como padre/madre/guardián del estudiante mencionado anteriormente autorizo el intercambio de los siguientes informes y/o expedientes pertenecientes a mi hijo(a):

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Plan Educativo Individual (IEP) | <input type="checkbox"/> Informes Terapéuticos | <input type="checkbox"/> Informes Psiquiátricos |
| <input type="checkbox"/> Informes del curso escolar | <input type="checkbox"/> Informes del Progreso | <input type="checkbox"/> Informes de Alta |
| <input type="checkbox"/> Informes Disciplinarios | <input type="checkbox"/> Informes Psicológicos | <input type="checkbox"/> Impresos Médicos/Físicos |
| <input type="checkbox"/> Historial Social | <input type="checkbox"/> Informes Legales/Juzgado | <input type="checkbox"/> Informes de la Vista/Oído |
| <input type="checkbox"/> Otro _____ | <input type="checkbox"/> Informes de Asistencia | <input type="checkbox"/> Todos los Informes |

★ Esta información será enviada desde:

(nombre, dirección, teléfono y fax del médico)

Teléfono: _____
FAX: _____

Esta información será recibida en:

Woodland School District 50
1105 N. Hunt Club Road
Gurnee, Illinois 60031
Phone: (847) 596-5600
Fax: (847) 856-0311
Atención: _____

Esta información será enviada desde:

Woodland School District 50
1105 N. Hunt Club Road
Gurnee, Illinois 60031
Phone: (847) 596-5600
Fax: (847) 856-0311

★ Esta información será recibida en:

(nombre, dirección, teléfono y fax del médico)

Teléfono: _____
FAX: _____

Esta divulgación está autorizada por mí, según lo dispuesto en el 20 U.S.C. § 1232g, 105 ILCS 10/1 et seq., y 740 ILCS 110/1 et seq., con el siguiente propósito:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Planificación Educativa | <input type="checkbox"/> Obtención de Servicios Particulares | <input type="checkbox"/> Continuación del Cuidado |
| <input type="checkbox"/> Procedimientos Legales | <input type="checkbox"/> Obtención de Beneficios Sociales | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

Entiendo que esta autorización es válida por un año a partir de la fecha de la firma. No obstante, entiendo que tengo el derecho a anular esta autorización por escrito en cualquier momento. Entiendo que esta autorización está limitada a los documentos que se citan anteriormente y que únicamente serán compartidas por las agencias y/o escuelas que se mencionan en este documento. También entiendo que tengo el derecho de revisar y copiar la información que será compartida, de poner en tela de juicio su contenido y de limitar mi autorización a determinados contenidos que se encuentren en los expedientes. Entiendo que mi negativa a autorizar el intercambio de la información especificada anteriormente hará que las personas, agencias y/o escuelas nombradas anteriormente no reciban dicha información. Y por lo tanto quedará anulado el propósito establecido en el apartado anterior.

Firma del Padre/Madre/Guardián: _____ Fecha: _____
Firma del Estudiante (si tiene 12 años o mayor de 12 años y los expedientes contienen información referente a su salud mental y/o información sobre el desarrollo de su discapacidad): _____ Fecha: _____

Testigos (18 años o mayor de 18 años): _____ Fecha: _____



Student Name(s)-

Nombre de Estudiante(s):

Concussion Acknowledgment 2019-2020

Woodland School District 50 has provided a link for the following: Concussion Management Protocol, Concussion Information Sheet, and Post-Concussion Consent Form.

<https://www.dist50.net/forms>

District 50 has prepared these materials, in compliance with the Illinois Youth Sports Concussion Act, for the purpose of providing you with information about how to recognize when a concussion and when students who have suffered a concussion may resume attending classes and participating in activities.

By your signature, you acknowledge that you have received, reviewed, and understand the information contained in these materials.

Acknowledgment: YES NO

Signature: _____ Date: _____

Reconocimiento de la Concusión 2019-2020

Distrito Escolar de Woodland 50 ha proporcionado un enlace para lo siguiente: Protocolo de Manejo de la Conmoción Cerebral, Hoja Informativa de Conmoción Cerebral, y Formulario de Consentimiento después de la concusión.

<https://www.dist50.net/forms>

El Distrito 50 ha preparado estos materiales, de acuerdo con la Ley de Concusión de Deportes Juveniles de Illinois (Illinois Youth Sports Concussion Act), con el propósito de proporcionarle información sobre cómo reconocer cuando una concusión y cuando los estudiantes que han sufrido una concusión pueden reanudar las clases y participar en actividades. Mediante su firma, usted reconoce que ha recibido, revisado y entendido la información contenida en estos materiales.

Reconocimiento: SI NO

Firma: _____ Fecha: _____

Información para transporte escolar de Woodland 2018-2019

EL CAMBIO SE PROCESA EN UN MÍNIMO DE TRES DÍAS LABORABLES

SÍRVASE NOTAR QUE: cuando sea necesario hacer un cambio PERMANENTE, se debe completar y devolver a la oficina escolar una hoja de información para transporte escolar CORREGIDA, o enviar un correo electrónico a trans@dist50.net, or puede llenar una forma nueva del bus en línea www.dist50.net.

PRIMARIA
 ELEMENTAL
 INTERMEDIA
 SECUNDARIA

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE (POR FAVOR ESCRIBA CLARAMENTE) (POR FAVOR LLENE POR COMPLETO)

APELLIDO		NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	
DIRECCIÓN		# DEPTO	CIUDAD	CÓDIGO POSTAL (ZIP CODE)	
TEL. CASA	EDAD	GRADO	FECHA DE NAC	SEXO	

EL NIÑO VIVE CON (ENCIERRE EN UN CÍRCULO): PADRES SÓLO MADRE SÓLO PADRE PADRES ADOPTIVOS/GUARDIÁN OTRO _____

NOMBRE DEL PADRE/GUARDIÁN _____		NOMBRE DE LA MADRE/GUARDIANA _____	
TEL. TRABAJO PADRE/GUARDIÁN _____	TEL. ALTERNATIVO _____	TEL. TRABAJO MADRE/GUARDIANA _____	TEL. ALTERNATIVO _____
NOMBRE DEL PADRE/GUARDIÁN CORREO ELECTRONICO _____		NOMBRE DE LA MADRE/GUARDIANA CORREO ELECTRONICO _____	

POR FAVOR PROPORCIONE INFORMACIÓN DE OTRA PERSONA QUE NO SEA USTED
 TELÉFONO PARA EMERGENCIAS: _____
 NOMBRE Y PARENTESCO O RELACIÓN: _____

SE ASIGNARÁ A SU HIJO UNA PARADA PARA RECOGERLO Y OTRA PARA DEJARLO

DEJE ESTA SECCIÓN EN BLANCO SI SU HIJO SERÁ TRANSPORTADO A LA PARADA MÁS CERCANA DESDE CASA Y DESDE LA PARADA MÁS CERCANA A CASA					
UBICACIÓN ALTERNA					
ANTES DE CLASES:	M <input type="checkbox"/>	T <input type="checkbox"/>	W <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>
NOMBRE: _____					
DIRECCIÓN: _____					
TEL.: _____					
DESPUÉS DE CLASES:	M <input type="checkbox"/>	T <input type="checkbox"/>	W <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>
NOMBRE: _____					
DIRECCIÓN: _____					
TEL.: _____					

SI SU FECHA DE INICIO SUPERA LOS 3 DIAS, POR FAVOR ESCRIBA LA FECHA DESEADA

 FECHA DE INICIO _____

¿SU HIJO PADECE ALGUNA ENFERMEDAD RESPECTO A LA CUAL EL CONDUCTOR DEL AUTOBÚS DEBA ESTAR INFORMADO?
 (ESTA INFORMACIÓN SE MANTENDRÁ ESTRICTAMENTE CONFIDENCIAL).

_____ **FIRMA DEL PADRE O LA MADRE/GUARDIÁN** _____ **FECHA**

SÓLO PARA USO POR EL DISTRITO (DISTRICT USE ONLY)
 NEW (NUEVA) _____ REVISED (CORREGIDA) _____

SCHOOL RECEIVED DATE (FECHA RECEPCIÓN ESCUELA): _____
 TRANSPORTATION START DATE (FECHA INICIO TRANSPORTE): _____
 DATE PARENT NOTIFIED (FECHA NOTIFICACIÓN PADRE): _____

No olvide de suscribirse a nuestras alertas de emergencia "REMIND"al



WOODLAND SCHOOL DISTRICT 50

Transportation Department
Delivering the Future Safely

Phone (847) 856-3644

ESTUDIANTES DE KINDERGARTEN SOLAMENTE

ID # de Estudiante: _____

Estimados Padres,

La seguridad de sus hijos es nuestra prioridad. Ayúdenos tomando un momento y contestar las siguientes preguntas acerca de su estudiante:

Al final del día escolar –

Nombre del Estudiante: _____

Por favor escoja **una** opción:

La/s siguiente/s personas están autorizadas para recoger a mi hijo/a en la parada del autobús.

Solamente los padres/guardianes pueden estar en la parada

Mi hijo/a puede caminar solo/a para la casa.

Sí usted no está en la parada y no quiere que dejemos a su hijo/a, es nuestra política traer de regreso a su hijo/a a la escuela.

Gracias por su ayuda.

Firma de los Padres

Fecha

MANUAL PARA PADRES/ESTUDIANTES DE WOODLAND

2019-2020

En muchas ocasiones las familias tienen preguntas acerca de los programas y servicios que el distrito ofrece y sobre cómo pueden ayudar en la escuela. La información incluida en este manual le ayudará a contestar sus preguntas. Le recomendamos que lea el manual y que lo revise con su hijo/a, sobre todo repase aquellas áreas que son importantes para que su hijo/a tenga éxito en la escuela. Trabajamos muy duro con el propósito de mantenerles informados sobre los servicios del distrito y de cómo atendemos las necesidades de nuestros estudiantes.

La **Sección Disciplinaria: Infracciones y Consecuencias** es una parte muy importante que debe revisar con su hijo/a. Enfatizamos los programas de comportamiento positivo, así como su eficacia en mantener un lugar seguro tanto para la escuela como para el estudiante. Si un estudiante escoge una opción inadecuada, las consecuencias de esa elección se recogen en este apartado.

Si tiene alguna pregunta sobre nuestra política, puede llamar al director/a o al ayudante del director/a de la escuela de su hijo/a

Por favor, después de que haya revisado el manual con su hijo/a **COMPLETE** la parte inferior de este comunicado y **ENVIELO A LA ESCUELA** con su hijo **lo antes posible**.

He leído y revisado con mi hijo/a, _____

Los siguientes apartados del manual:

*Sección de Infracciones y Consecuencias

*Guías de Uso Aceptables: Sistemas de redes Informativas del Distrito

Compromiso del Estudiante:

Como usuario de Internet en la Escuela Woodland, yo por la presente, me comprometo cumplir con la política del consejo 6:235 (Acceso a Redes Electrónicas) y la Guías de Uso Aceptables. Entiendo plenamente que el uso de la red es un privilegio y la violación de las instrucciones puede acarrear consecuencias disciplinarias y/o acciones legales.

Compromiso de los Padres:

Como padre o guardián de este estudiante, doy mi autorización para que tenga acceso a redes informativas en la Escuela Woodland. Entiendo y reconozco que mi hijo/a y yo somos responsables del uso apropiado de Internet tal y como dictan las reglas del Distrito Escolar de Woodland número 50.

Firma de los Padres

Fecha

Maestro de aula nombre

Distrito Escolar Woodland #50 Integrado a la Comunidad

Permiso de padres de familia/guardianes

Esta forma permanecerá vigente durante la duración de los estudiantes en Woodland hasta que los padres del estudiante la anulen.

NOMBRE DE ESTUDIANTE: _____ **ESCUELA:** _____ **GRADO:** _____

Obligatorio: Preguntas de Permiso del Estudiante

Autorizo que hija(o) participe en todas las excursiones auspiciadas por la escuela durante el ciclo escolar actual. Comprendo que recibiré información específica antes de cada excursión.

Si

No

En el caso de una emergencia en la escuela o evento relacionado con ella, incluyendo excursiones, o si no pueden ponerse en contacto conmigo, autorizo que el personal del Distrito Escolar 50 proporcione primeros auxilios, cuidados o tratamientos médicos o de emergencia a mi hija(o) según lo consideren necesario, incluyendo, pero sin limitarse a ello, llevarla(o) al hospital o centro de cuidados de la salud más cercano y proporcionar o autorizar que se brinden tales primeros auxilios, cuidados o tratamientos médicos o de emergencia que quienes proporcionen el servicio medico consideren necesarios para su bienestar.

Si

No

Padre/Guardián Firma: _____ Fecha: _____

El Distrito Escolar Woodland #50 proporciona seguro de accidentes al estudiante en caso de lesiones medicas y o dentales para los estudiantes que hayan resultado lesionados únicamente en accidentes dentro de las instalaciones escolares y durante actividades auspiciadas o supervisadas por la escuela. Las solicitudes adicionales opcionales de coberturas medicas y dentales de seguro de accidentes del estudiante durante 24 horas, están disponibles para los padres y/o guardianes legales, si las requieren.

Opcional: Opción de exclusión de la imagen del estudiante

Las fotos, las imágenes digitales o los vídeos de un estudiante que participa en actividades escolares o patrocinadas por la escuela pueden ser divulgados al público con fines informativos o relacionados con las noticias sin el consentimiento de los padres del estudiante. Esto incluye fotos de estudiantes/imágenes digitales en publicaciones escolares, tales como el anuario de la escuela, periódico, sitio web o medios sociales.

Si **NO** desea que las fotos/imágenes digitales de su hijo sean publicadas por estas razones, por favor complete la siguiente información como confirmación electrónica o envíe una copia impresa a la escuela de su hijo/a.

Este formulario notifica al Distrito Escolar Woodland 50 de una solicitud de padres/guardianes para **DENEGAR** el uso de las imágenes de su hijo/a para su uso en materiales e instrumentos informativos electrónicos y/o impresos.

Términos del acuerdo

- Entiendo que el Distrito sólo puede proteger el acceso de imagen a mi hijo durante las horas de escuela y durante los eventos "cerrados" después de las horas de trabajo.
- Entiendo que el Distrito 50 no es responsable por las imágenes de mi hijo/a tomadas durante eventos abiertos al público por individuos y/o organizaciones (como un periódico local) que pueden aparecer en materiales impresos o electrónicos.
- Entiendo que si mi hijo/a participa en eventos/actuaciones/actividades que ocurren en un ambiente público (un concierto en un centro comercial local, una representación teatral), se pueden tomar fotografías/videos del grupo en su conjunto - o de la audiencia - y la eliminación de imágenes de mi hijo de este grupo/audiencia no es práctico. No se utilizarán nombres sin el permiso expreso de un padre/guardián.
- Entiendo que los estudiantes pueden seguir siendo visibles como imágenes de fondo en fotos o videos que presentan otros elementos de su escuela o compañeros de clase. Se harán esfuerzos para asegurar que su hijo no sea identificable por su imagen.
- Este formulario debe ser completado anualmente.

Al firmar este formulario, reconozco que NO deseo las fotos/imágenes digitales de mi hijo en publicaciones escolares como el anuario escolar, el periódico o el sitio de web o las redes sociales.

Padre/Guardián Firma: _____ Fecha: _____