



DISTRITO ESCOLAR DE FERN RIDGE 28J
Formulario de inscripción de KITS para 2024

Clase de KITS: **Mañana** **Tarde**
(Uso exclusivo de la oficina)

| INFORMACIÓN BÁSICA DEL ESTUDIANTE | | | | | | | |
|---|--|---|--|--|--------|---------------|---------------|
| Apellido legal | | Nombre legal | | Segundo nombre | Sufijo | | |
| Género <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino | | Etnia (<i>Marque una opción</i>): ¿De origen hispano/latino/español? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | | | | |
| Fecha de nac. / / | | Edad | | | | | |
| Número de teléfono del hogar () | | Raza (<i>Seleccione una o más</i>): Indígena americana o nativa de Alaska <input type="checkbox"/> EE. UU. Una persona cuyos orígenes pertenecen a cualquiera de los pueblos indígenas de la región continental de EE. UU. o Alaska. Afiliación tribal, si se conoce: _____ <input type="checkbox"/> América Latina y Canadá. Una persona cuyos orígenes pertenecen a los pueblos indígenas de Canadá, México, América Central, América del Sur o el Caribe. <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Afroamericana o negra <input type="checkbox"/> Nativa de Hawái u isleña del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanca Idioma de origen: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro _____ Idioma más usado: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro _____ Idioma hablado en el hogar: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro _____ | | | | | |
| Dirección del hogar | | Número de apartamento | | Ciudad | Estado | Código postal | |
| ¿La dirección postal es la misma que la del hogar? (Si la respuesta es NO , complete las casillas de "Dirección postal diferente") | | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | | Dirección postal diferente | Ciudad | Estado | Código postal |
| INFORMACIÓN DEL PERMISO | | El padre o la madre pueden presentar una modificación para esta solicitud por escrito en la oficina de la escuela en cualquier momento del año escolar. | | | | | |
| Divulgación de fotografías - Se pueden hacer fotografías o videos de los estudiantes del programa Niños en Transición a la Escuela (KITS) durante sus sesiones. Los videos se hacen principalmente con fines de investigación para garantizar que el programa KITS se presente de forma fiel al diseño del programa. Las fotografías de los estudiantes se hacen principalmente para que la escuela cuente con un registro visual del programa KITS. También se puede fotografiar a los estudiantes del programa KITS para los medios de comunicación locales o para el sitio web del distrito. Si usted no quiere que las fotografías de su hijo se divulguen a los medios de comunicación, o si no quiere que hagan videos de su hijo, marque la casilla: <input type="checkbox"/> No quiero que se hagan videos ni fotografías de mi hijo para los medios de comunicación locales ni el sitio web del distrito. | | | | | | | |
| Excursiones a pie - Los estudiantes del programa KITS pueden hacer excursiones a pie dentro del radio de una milla de la escuela. Se informará a los padres cuando se vayan a realizar estas excursiones. Al marcar a continuación, autoriza a su hijo a asistir a las excursiones a pie dentro del radio de una milla de la escuela. <input type="checkbox"/> Autorizo a mi hijo a asistir a las excursiones a pie a una distancia de una milla de la escuela. | | | | | | | |
| Preferencia de sesión - En Fern Ridge tenemos dos clases de KITS. Generalmente una clase en la mañana, de 9:00 a 11:00 a. m., y una clase en la tarde, de 12:00 a 2:00 p. m. ¿Cuál prefiere para su hijo?: <input type="checkbox"/> En la mañana 9:00 a 11:00 a. m. <input type="checkbox"/> En la tarde 12:00 a 2:00 p. m. | | | | | | | |
| Transporte - FRSD ofrece transporte para el programa KITS. El programa se llevará a cabo en Elmira Elementary este año. Los autobuses pueden recoger a su hijo de su hogar y llevarlo de vuelta. O los padres pueden optar por llevar a su hijo al programa KITS por su cuenta. ¿Necesitará que FRSD proporcione el transporte en autobús? <input type="checkbox"/> Sí, mi hijo necesitará transporte. <input type="checkbox"/> No, lo llevaremos nosotros. | | | | Si necesita el transporte , marque lo que corresponda: <input type="checkbox"/> Mi hijo necesitará transporte para ir al programa KITS. <input type="checkbox"/> Mi hijo necesitará transporte para volver a casa desde el programa KITS. | | | |

FIRMA DEL PADRE O MADRE/TUTOR _____ FECHA _____

| | | | | | | | | | |
|--|--|---|--|---|--|--|--|--------------------------------------|---------------------------------|
| Indique si su hijo asistió: <input type="checkbox"/> Head Start <input type="checkbox"/> Preescolar <input type="checkbox"/> Educación especial para la primera infancia | | | | Indique si tiene alguna preocupación sobre el pasaje de su hijo a un entorno escolar: _____ | | | | | |
| ¿Cuáles son las fortalezas de su hijo? _____ _____ | | | | _____ | | | | | |
| ¿Su hijo tiene alguna discapacidad? _____ De ser así, describa: _____ | | | | _____ | | | | | |
| ¿Su hijo tiene un Plan de Servicios Familiares Individualizados (IFSP)? ____ Sí ____ No ¿Recibe algún otro tipo de apoyo?: _____ | | | | _____ | | | | | |
| INFORMACIÓN DEL PADRE O LA MADRE/TUTOR | | <i>Se asume que el padre, la madre o los tutores tienen acceso al estudiante/la información del estudiante salvo que se proporcione documentación legal que indique algo distinto.</i> ¿Existe ACTUALMENTE alguna orden de restricción/judicial con respecto a este estudiante? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> *Si ACTUALMENTE existe una orden que limite el acceso de un padre o madre sin custodia, debe presentar una copia de dicha orden antes de que la escuela pueda limitar el acceso del padre o la madre al estudiante. | | | | | | | |
| El niño principalmente vive con: <input type="checkbox"/> Ambos padres <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Abuelo o abuela <input type="checkbox"/> Padre o madre de crianza temporal <input type="checkbox"/> Otro _____ | | | | | | | | | |
| Padre o madre/ tutor n.º 1 <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> Otro _____ | | | | Apellido _____ | | Nombre _____ | | | |
| Dirección para correspondencia _____ | | | Número de apartamento y nombre del complejo (si corresponde) _____ | | Ciudad _____ | | Estado _____ | Código postal _____ | |
| ¿Habla inglés? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO | Si la respuesta es NO , ¿en qué idioma habla? _____ | | ¿Necesita intérprete/traduccion? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO Si la respuesta es SÍ , ¿de qué idioma? _____ | | Lugar de empleo _____ | | Ocupación _____ | | |
| Número de teléfono del trabajo () | Extensión _____ | ¿Está disponible en el trabajo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO | Teléfono del hogar (si es distinto al del estudiante) () | | Número de teléfono celular () | | Dirección de correo electrónico: _____ | | |
| Padre o madre/ tutor n.º 2 <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> Otro _____ | | | | Apellido _____ | | Nombre _____ | | | |
| Dirección para correspondencia _____ | | | Número de apartamento y nombre del complejo (si corresponde) _____ | | Ciudad _____ | | Estado _____ | Código postal _____ | |
| ¿Habla inglés? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO | Si la respuesta es NO , ¿en qué idioma habla? _____ | | ¿Necesita intérprete/traduccion? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO Si la respuesta es SÍ , ¿de qué idioma? _____ | | Lugar de empleo _____ | | Ocupación _____ | | |
| Número de teléfono del trabajo () | Extensión _____ | ¿Está disponible en el trabajo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO | Teléfono del hogar (si es distinto al del estudiante) () | | Número de teléfono celular () | | Dirección de correo electrónico: _____ | | |
| INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA | | | | <i>En una emergencia, se llamará la primera y segunda vez al padre o la madre/tutor salvo que se indique algo distinto a continuación. Se asume que la persona indicada como contacto de emergencia tiene permiso para trasladar a su estudiante.</i> | | | | | |
| ¿Cuándo se llama? <input type="checkbox"/> 1.ª vez <input type="checkbox"/> 2.ª vez <input type="checkbox"/> 3.ª vez <input type="checkbox"/> 4.ª vez | | Apellido del contacto _____ | | Nombre _____ | | Vínculo (indique si antes o después del cuidado de la escuela) _____ | | | |
| Dirección del hogar, ciudad, estado y código postal _____ | | | Número de teléfono del hogar () | | Número de teléfono del trabajo () | | Extensión _____ | Número de teléfono celular () | Número de localizador () |



Programa KITS 2024

Información médica del estudiante

| | | | | | | |
|--|-----------|--|---|---|---|---|
| Apellido del estudiante | | Nombre del estudiante | | | Clase de KITS: Mañana Tarde (Uso exclusivo de la oficina) | |
| Fecha de nac. / / | Edad | Género <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino | Número de teléfono del hogar () | Fecha en que se completó el formulario / / | Médico de cabecera | |
| Dirección del hogar | | | Número de apartamento | Ciudad | Estado | Código postal |
| INFORMACIÓN DEL PADRE O LA MADRE/TUTOR | | | | | | |
| Padre o madre/ tutor <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> Otro | | | Apellido | | Nombre | |
| Número de teléfono del trabajo () | Extensión | ¿Está disponible en el trabajo? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | Teléfono del hogar (si es distinto al del estudiante) () | Número de teléfono celular () | Número de localizador () | |
| INFORMACIÓN DEL PADRE O LA MADRE/TUTOR | | | | | | |
| Padre o madre/ tutor <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> Otro | | | Apellido | | Nombre | |
| Número de teléfono del trabajo () | Extensión | ¿Está disponible en el trabajo? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | Teléfono del hogar (si es distinto al del estudiante) () | Número de teléfono celular () | Número de localizador () | |
| INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA <i>En una emergencia, se llamará la primera y segunda vez al padre o la madre/tutor salvo que se indique algo distinto a continuación. Se asume que la persona indicada como contacto de emergencia tiene permiso para trasladar a su estudiante.</i> | | | | | | |
| Nombre | | | Número de teléfono | | Vínculos | |
| Nombre | | | Número de teléfono | | Vínculos | |
| ALERGIAS Y PREOCUPACIONES DE SALUD | | | <i>Hable con el personal de la oficina si el estudiante requiere medicamentos en la escuela. El personal de la escuela puede comunicarse con usted para obtener más información con respecto a la afección médica de su hijo.</i> | | | |
| Afección: <input type="checkbox"/> Cardiopatía <input type="checkbox"/> Convulsiones <input type="checkbox"/> Diabetes/insulina <input type="checkbox"/> Dieta controlada Otra _____ | | Síntomas | | Medicamentos requeridos - Nombre y dosis de los medicamentos que toma regularmente | | RIESGO PARA LA VIDA <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO |
| Afección: <input type="checkbox"/> Cardiopatía <input type="checkbox"/> Convulsiones <input type="checkbox"/> Diabetes/insulina <input type="checkbox"/> Dieta controlada Otra _____ | | Síntomas | | Medicamentos requeridos - Nombre y dosis de los medicamentos que toma regularmente | | RIESGO PARA LA VIDA <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO |
| Alergias a medicamentos - Nombre del medicamento | | Síntomas | | RIESGO PARA LA VIDA <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | | |
| Otras alergias | | Síntomas | | RIESGO PARA LA VIDA <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | | |

FIRMA DEL PADRE O MADRE/TUTOR _____ FECHA _____