

**NOMBRE COMPLETO DEL NIÑO(A)** \_\_\_\_\_

**FECHA DE INGRESO** \_\_\_\_\_

**¿CÓMO SE ENTERÓ DE OSBORN?** \_\_\_\_\_

Gracias por elegir una educación Osborn para su hijo. Por favor, rellene el formulario completamente, imprimir y volver a la escuela Osborn de su elección. Tenga en cuenta que sólo será capaz de guardar a la información en esta forma si selecciona 'save as' o 'save a copy' por su computadora. Si usted tiene varios hijos, primero, llene el formulario, imprímalo, y luego selecciona el botón de 'Reinicia para niños adicionales' al final del formulario. Vaya al principio del documento y llena el formulario para su niño adicional, imprímalo y retire las páginas 6-8 (Cuestionario de Kindergarten) si el niño adicional no está en el Kindergarten.

## Distrito Escolar Osborn #8

### **PAQUETE DE INSCRIPCIÓN PARA KINDERGARTEN**

- Información de Inscripción gradual
- Formulario de Inscripción
- Encuesta de Idioma del Hogar
- Kindergarten Cuestionario (muy importante para los profesores)
- Acuerdo del Estudiante del Tecnología (válido para todo el tiempo en Osborn)
- Formulario de Permiso de Salida de Campo & Fotografía (válido para el tiempo en Osborn)
- Información para el honorario de actividad
- Información de Salud
- Consentimiento para dar la medicación sin receta
- McKinney-Vento información
- McKinney-Vento de aplicación
- Solicitud de Inscripción Abierta (por favor, rellene en el caso de que usted se mueva durante el año)
- Acuerdo para residencia fuera del distrito (véase más arriba)
- Aplicación por almuerzo de precio reducido o gratis (disponibles después de 1 de julio - Por favor llame a 602-707-2021 para tener una solicitud enviada a su casa.)

# ¡IMPORTANTE!!

## HORARIO DE INGRESO GRADUAL AL KINDER

El siguiente horario estará en efecto ÚNICAMENTE PARA ESTUDIANTES DE KINDER para ayudarles tener un fácil y más exitoso ingreso a la escuela.

**2010-2011**

Miércoles, **XX** de Agosto al Viernes **XX** de Agosto  
8:00 a.m. a 12:00 mediodía  
(Los niños SE QUEDARÁN a comer)

Lunes, **XX** de Agosto **COMIEZA** el horario de tiempo completo

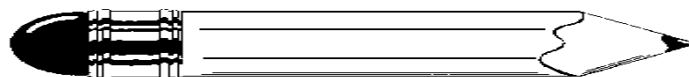
**DÍA DE TIEMPO COMPLETO:** 8:00 a.m. a 2:15 p.m.

**NOTA: EL CALENDARIO 2010-2011 SE FINALIZARÁ EN MARZO. LLAME A SU ESCUELA DE FECHAS EN ESE MOMENTO. DISCULPA LAS MOLESTIAS CUALQUIER.**



## DISTRITO DE ESCUELAS OSBORN

<b>Escuela Encanto</b> 1420 W. Osborn Road Oficina: 707-2300 Director: Michael Robert	<b>Escuela Longview</b> 1209 E. Indian School Road Oficina: 707-2700 Directora: Leslie Beauchamp
<b>Escuela Montecito</b> 715 E. Montecito Oficina: 707-2500 Directora: Maria O'Malley	<b>Escuela Solano</b> 1526 W. Missouri Avenue Oficina: 707-2600 Directora: Karen Epps



**FOR OFFICE USE ONLY**

Grade \_\_\_\_\_ Entry Date \_\_\_\_\_ Entry Code \_\_\_\_\_ Res. Code \_\_\_\_\_ School: CL ENC LV MCS OMS SOL  
 Teacher \_\_\_\_\_ Student ID # \_\_\_\_\_ SAIS # \_\_\_\_\_ Input Date: \_\_\_\_\_

**DISTRITO ESCOLAR OSBORN  
 FORMULARIO DE REGISTRACIÓN**

Imm.  Parent ID  BC

**NIÑO/A**

Nombre \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_ Sexo: M  F   
Apellido Primer Nombre Segundo Nombre  
 Domicilio y # del Apt. \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_  
 Teléfono \_\_\_\_\_ Celular/Pager \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_  
 Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ País de Nacimiento \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_

**MADRE o  
 GUARDIAN**

Nombre \_\_\_\_\_  
 Profesión \_\_\_\_\_ Empleador \_\_\_\_\_  
 Dirección del Empleo \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

**PADRE o  
 GUARDIAN**

Nombre \_\_\_\_\_  
 Profesión \_\_\_\_\_ Empleador \_\_\_\_\_  
 Dirección del Empleo \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

**HERMANOS/AS  
 en la CASA**

NOMBRE	EDAD	ESCUELA	GRADO
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

**PERSONAS AUTORIZADAS PARA RECOGER AL NIÑO/A (no los padres)**

Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_  
 Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_  
 Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_  
 Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Transportación: Parada del. Autobús: \_\_\_\_\_ # del Autobús \_\_\_\_\_

Caminar  Recoger  Programa *Champions*  Programa Después de Escuela  Cuidado de Niños

**INFORMACIÓN SOBRE EDUCACIÓN**

¿Ha asistido su hijo/a a una de las Escuelas de Osborn?  
 Sí  No  Escuela \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_  
 Nombre de la última escuela: \_\_\_\_\_  
 Fechas de Asistencia: \_\_\_\_\_

Preguntamos la información siguiente de parte de cuestionarios federales.

**Origen étnico:** Hispano/ Latino: Sí  No

**Raza:** Por favor, marque una o más de los siguientes:

Blanco  Africano-Americano  Asiático

Nativo de Hawai u otras islas del Pacífico

Nativo Americano o de Alaska  Tribu: \_\_\_\_\_

¿Cuál es el idioma PRINCIPAL que usa su estudiante?  
 \_\_\_\_\_

¿Cuál es el idioma que hablan MÁS A MENUDO en casa?  
 \_\_\_\_\_

¿Cuál es el idioma que el estudiante habló PRIMERO?  
 \_\_\_\_\_

Marque cual de los servicios/programas el estudiante ha recibido en el pasado: Título I  Superdotado

Aprendizaje de Ingles (SEI)  Bilingüe/Dos Idiomas

Educación para Nativo Americanos

**EDUCACIÓN ESPECIAL:** Sí  No

ED  Hablar  LD  MR

Oír  Otra: \_\_\_\_\_

Firma de la Persona Registrando el Estudiante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Relación al estudiante \_\_\_\_\_



Estado de Arizona  
**Departamento de Educación**  
Servicios de Aprendizaje del Inglés

**Idioma Principal del Estudiante excluyendo el inglés (PHLOTE)**  
Encuesta sobre el idioma principal del estudiante

---

---

La pregunta está en conformidad con A.R.S. §15-756. Identificación de los Alumnos que están aprendiendo el inglés

La respuesta que proporcione a la pregunta siguiente será usada para determinar si se evaluará la competencia en el idioma inglés de su hijo(a).

**¿Cuál es el idioma principal que usa su estudiante?**

**Idioma:** \_\_\_\_\_

**Nombre del estudiante:** \_\_\_\_\_

**Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_

**Firma del padre o tutor:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

.....  
(For Office Use Only)

**Student ID:** \_\_\_\_\_

**SAIS ID:**

--	--	--	--	--	--	--	--

**OSBORN SCHOOL DISTRICT NO. 8**  
**Phoenix, Arizona**

**CUESTIONARIO DE KINDER**

Fecha de Ingreso \_\_\_\_\_

**DATOS FAMILIARES**

Nombre del niño \_\_\_\_\_ Nombre que desea usar en la escuela \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Teléfono del domicilio \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Zona Postal \_\_\_\_\_

Nombre de la Madre \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_

Nombre del Padre \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_

Estado civil actual de los padres \_\_\_\_\_

¿Con quién ha vivido el niño durante la mayor parte este año? \_\_\_\_\_

<u>Otros niños en la familia</u>	<u>Edad</u>	<u>Escuela</u>	<u>Año Escolar</u>
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

¿Ha habido un divorcio, muerte, o enfermedad en la familia, el cual pudiera afectar a su niño? \_\_\_\_\_

**EXPERIENCIAS SOCIALES:**

Favor de indicar los lugares que su hijo ha visitado:

- |                                       |                                     |                                   |                                    |
|---------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Supermercado | <input type="checkbox"/> Biblioteca | <input type="checkbox"/> Montañas | <input type="checkbox"/> Feria     |
| <input type="checkbox"/> Aeropuerto   | <input type="checkbox"/> Museo      | <input type="checkbox"/> Centro   | <input type="checkbox"/> Su empleo |
| <input type="checkbox"/> Zoológico    | <input type="checkbox"/> Circo      | <input type="checkbox"/> Mar      | <input type="checkbox"/> Granja    |

¿A donde ha viajado su niño(a)? \_\_\_\_\_

¿Como ha viajado? \_\_\_\_\_

¿Ha asistido su niño(a) al preescolar?  Sí  No ¿Adonde? \_\_\_\_\_

¿Juega su niño tranquilamente o activamente? \_\_\_\_\_

¿Con quién juega su niño(a)?

- |  |   |                                    |
|--|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Solo(a)             | <input type="checkbox"/> Con niños(as) de su misma edad | <input type="checkbox"/> Con niños |
| <input type="checkbox"/> Con otros niños(as) | <input type="checkbox"/> Con niños (as) más jóvenes     | <input type="checkbox"/> Con niñas |

¿Su niño(a) seguir a los demás o mandarlos? \_\_\_\_\_

¿Cuales actividades disfruta su niño(a) fuera de la casa? \_\_\_\_\_

¿Cuales actividades hacen usted y su niño(a) juntos? \_\_\_\_\_

¿Disfruta su niño(a) viendo televisión? \_\_\_\_\_ ¿Cuantas horas al día? \_\_\_\_\_ ¿Cuales programas son sus favoritos? \_\_\_\_\_

¿Cuales actividades disfruta su niño(a) dentro de la casa? \_\_\_\_\_

¿Disfruta su niño(a) los libros? \_\_\_\_\_ ¿Tiene tarjeta de la biblioteca pública? \_\_\_\_\_

¿Lee Usted a su niño(a)? \_\_\_\_\_ ¿Que tan seguido? \_\_\_\_\_

¿Se acuerda su niño(a) de canciones y rimas? \_\_\_\_\_ ¿Ha tenido experiencia con crayones y pinturas? \_\_\_\_\_ ¿Escoja su niño(a) la ropa que usa? \_\_\_\_\_

¿Celebran los cumpleaños en su casa? \_\_\_\_\_ Si no es así por favor explique porqué: \_\_\_\_\_

## **DESARROLLO**

¿Tiene su niño(a) algún problema de salud que la enfermera debiera saber? \_\_\_\_\_ Si es verdad, por favor explique porqué: \_\_\_\_\_

¿Es su niño(a) alérgico(a) a algún alimento? \_\_\_\_\_

¿Fue su niño de nacimiento prematuro? \_\_\_\_\_

¿Se quedó el bebé en el hospital mas tiempo que la mamá? \_\_\_\_\_

¿Usa niño(a) lentes o aparato para escuchar? \_\_\_\_\_

¿Tiene su niño frecuentes infecciones en los oídos? \_\_\_\_\_

¿A que edad aprendió a caminar? \_\_\_\_\_ ¿A hablar en oraciones completas? \_\_\_\_\_

¿Cual mano usa su niño(a) con mas facilidad, derecha o izquierda? \_\_\_\_\_

Por favor indique las cosas que en niño(a) puede hacer:

- |  |  |   |   |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Vestirse                  | <input type="checkbox"/> Abrochar botones        | <input type="checkbox"/> Brincar          | <input type="checkbox"/> Abrochar otras cosas |
| <input type="checkbox"/> Sabe la dirección de casa | <input type="checkbox"/> Usar el cierre (zipper) | <input type="checkbox"/> Dar saltitos     | <input type="checkbox"/> Usar Tijeras         |
| <input type="checkbox"/> Sabe su # de teléfono     | <input type="checkbox"/> Amarrar zapatos         | <input type="checkbox"/> Tronar los dedos | <input type="checkbox"/> Escribir su nombre   |

¿Está su niño(a) consiente de peligros como el fuego, electricidad, tráfico, y gente desconocida? \_\_\_\_\_

¿Es su niño(a) capaz de estar en una situación nueva o extraña sin mostrar un miedo exagerado? \_\_\_\_\_

¿Que tipo de problemas tiene mas seguido con su niño? \_\_\_\_\_

¿Por cual motivo castigan a su niño(a) mas seguido? \_\_\_\_\_

¿Como disciplinan a su niño(a) \_\_\_\_\_

¿Como espera que su hijo se comporte en la escuela? \_\_\_\_\_

¿Como espera que disciplinen a su niño(a) en la escuela? \_\_\_\_\_

¿Sabe su niño(a) ir solo(a) al baño? \_\_\_\_\_

Indique los puntos que se refieren a su niño(a):

Lloro fácilmente

Miedo de situaciones nuevas

Tiene problemas de

Tiene problemas al dormir

No quiere compartir

alimentación

Describa a su niño(a) \_\_\_\_\_

¿Que es lo que usted disfruta más de su niño? \_\_\_\_\_

### **ADAPTACIÓN ESCOLAR**

¿Puede su niño(a) sentarse tranquilamente y escuchar un cuento? \_\_\_\_\_

¿Puede su niño(a) escuchar sin interrumpir? \_\_\_\_\_

¿Puede su niño(a) compartir y esperar su turno? \_\_\_\_\_

¿Podrá su niño llegar a su casa desde la parada del camión escolar? \_\_\_\_\_

¿Que otra cosa le gustaría a usted que la (el) maestra(o) de su niño(a) supiera sobre el (ella) \_\_\_\_\_

### **\*\*\*\*\* ¿Puede usted ayudar? \*\*\*\*\***

¿Le gustaría ayudar dentro del salón de su niño(a)? \_\_\_\_\_

¿Que día prefiere ayudar? \_\_\_\_\_ ¿Que hora prefiere? \_\_\_\_\_

¿Estaría usted interesado en mandar ocasionalmente algún ingrediente para la clase de cocina o arte?

¿Cuando es la mejor hora para platicar con usted? Mamá \_\_\_\_\_ Papá \_\_\_\_\_

**POR FAVOR RECUERDE:** ¡Usted puede visitar o llamar a su escuela cuando guste! Le aconsejamos que se ponga en contacto con la(el) maestra(o) de su niño(a) para discutir cualquier cosa que usted piense que pueda afectar a su niño(a).

# Acuerdo de Tecnología de Alumnos en el Distrito Escolar Osborn

Los términos de este acuerdo tendrán vigencia el tiempo entero que los estudiante es matriculado en el Distrito de la Escuela de Osborn.

Todos los alumnos del distrito escolar Osborn deberán usar los servicios de tecnología y deberán de comprometerse a seguir los términos y condiciones que se mencionan a continuación:

## Términos y condiciones

**Uso aceptable.** Cada usuario deberá de:

1. Usar los recursos internos y externos de la computadora, incluyendo acceso al Internet, para dar apoyo a los objetivos personales educacionales consistentes con las metas de educación del distrito escolar Osborn.
2. Estoy de acuerdo que no entregaré, publicaré, mostraré o trataré de recobrar ningún material de tipo difamatorio, inexacto, abusivo, obsceno, profano, de orientación sexual, de amenaza ofensiva racial o materiales ilegales.
3. Seguiré las regulaciones y leyes de todos los derechos de autor y marcas registradas.
4. No revelaré domicilios, números de teléfonos personales o información personal al menos que este autorizado por alguna de las autoridades escolares.
5. Entiendo que el correo electrónico o la comunicación directa electrónica puede ser leída y supervisada por los empleados de la escuela.
6. No daré uso intencional de la red de Internet de algún modo en el que pueda molestar a otros.
7. Seguiré el código del distrito y haré caso de las pólizas y procedimientos.
8. No intentaré dañar, modificar, adherir o destruir los materiales o el disco duro de la computadora así como también de no interferir con el sistema de seguridad.

**Responsabilidad personal.** Reportaré cualquier mal uso de las computadoras y/o el sistema de red de Internet a mi maestro(a)

**Reglas del uso de la red de Internet.** Se espera que yo acepte y siga las reglas generales del uso de la red de Internet. Por lo tanto yo:

- **Seré amable y usaré un lenguaje apropiado.** No mandaré o haré que otros manden mensajes de tipo abusivo.
- **Respetaré la privacidad.** No revelaré direcciones, números de teléfono personales o información de identificación personal.
- **Evitaré interrupciones.** No daré uso intencional de la red de Internet de alguna manera en la que se interrumpa el uso del sistema de otros.

Nombre del (a) alumno (a): \_\_\_\_\_

(En letra de molde)

Firma del(a) alumno(a): \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del padre o tutor: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre del maestro(a): \_\_\_\_\_

## **DISTRITO ESCOLAR OSBORN NO. 8**

**Los términos de estas formas de Permiso para Excursiones Escolares y Fotografías tendrán vigencia el tiempo entero que los estudiante es matriculado en el Distrito de la Escuela de Osborn.**

### **Forma de Permiso para Excursiones Escolares**

Como parte de la educación de su hijo/a, se pudieran presentar excursiones durante el año escolar. Algunas de estas excursiones serán caminando y otras serán en autobuses (escolares y comerciales). Las reglas de la escuela requieren que usted, como padre o guardián, firme el permiso de su hijo/a antes de que se le permita asistir a cualquier paseo.

Sí       No

Yo doy permiso a (nombre del estudiante) \_\_\_\_\_ para que pueda asistir a los paseos patrocinados por la escuela. Yo entiendo que el distrito tomara las precauciones razonables para garantizar la seguridad de mi hijo/a, pero que el Distrito no puede eliminar todos los riesgos que pudieran estar asociados con una actividad patrocinada por la escuela. Yo también entiendo que si yo no deseo que mi hijo/a participe en algún paseo en particular, yo voy a notificar a la escuela por escrito.

\_\_\_\_\_  
Nombre

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre o Guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha

### **Forma de Permiso para Fotografías**

Durante el curso del año, se presentan oportunidades para fotografiar o filmar a los estudiantes participando en actividades interesantes, educacionales, y divertidas o en competencias de la escuela. Estas fotografías pudieran ser utilizadas en el periódico de la escuela o distrito, en nuestro sitio de Internet, en entrenamiento de los maestros y también en el periódico o la televisión. El nombre de su hijo/a se pudiera usar para identificar al estudiante fotografiado.

Sí       No

Mi hijo/a \_\_\_\_\_ puede ser fotografiado o filmado por razones publicitarias y se puede utilizar el nombre de mi hijo/a.

\_\_\_\_\_  
Nombre

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre o Guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha

## STATE REQUIRED ACTIVITY FEE

Dear Parent/Guardian:

The Governing Board is required by the State to set a fee for all extra activities and agreed on a nominal \$1.00 participation fee per student for ALL activities for ALL school year. ADDITIONAL FEES MAY BE CHARGED FOR SPECIAL ACTIVITIES SUCH AS FIELD TRIPS WHEN THERE ARE INSUFFICIENT TUITION TAX CREDIT DOLLARS AVAILABLE.

However, no student will be excluded from any extracurricular, co-curricular activity or program due to an inability to pay. If this creates any undue financial hardship, please check below for a waiver.

---

PLEASE PRINT LEGIBLY  
(Please complete one form per child)  
**RETURN THIS WITH THE \$1.00 TO YOUR CHILD'S TEACHER**

Teacher's Name: \_\_\_\_\_

Student Name: \_\_\_\_\_ Student Grade: \_\_\_\_\_

Fee Paid: \$ \_\_\_\_\_  I would like this fee waived due to a financial hardship.

\_\_\_\_\_  
Parent or Guardian Signature

\_\_\_\_\_  
Date

---

Estimados Padres de Familia:

**La mesa directiva llegó a un acuerdo de cobrar una cuota nominal de un \$1.00 por estudiante por todas las actividades durante el año escolar. CUANDO NO HAY SUFICIENTES DOLARES DISPONIBLES DEL CREDITO DE IMPUESTOS, PUEDA SER QUE LA ESCUELA COBRARÁ PAGOS ADICIONALES PARA ACTIVIDADES ESPECIALES, TAL COMO EXCURSIONES.**

De cualquier manera, ningún estudiante será excluido de ninguna actividad o programa extracurricular o co-curricular debido a no poder pagar la cuota de un \$1.00. Si esto le crea una condición de finanzas dificultosa, por favor anote abajo de éste pagina que no puede pagar.

---

POR FAVOR ESCRIBE LEGIBLE  
(Por favor llene una forma para cada estudiante)  
REGRESE ESTA FORMA AL MAESTRO(A) DE SU HIJO(A)

Nombre del Maestro(a): \_\_\_\_\_

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Cuota Pagada: \$ \_\_\_\_\_  Marque aquí se no puede pagar la cuota.

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre o Guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha

# INFORMACIÓN DE SALUD

## CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO DE EMERGENCIA

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: \_\_\_\_\_

En el evento de una emergencia, Yo doy permiso para cualquier tratamiento de emergencia y/o servicio de hospital bajo las instrucciones generales o específicas del Dr. \_\_\_\_\_

Numero de telefono \_\_\_\_\_, o cualquier otro doctor del departamento del hospital.

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Guardian Legal      Fecha

## **HISTORIA MEDICA:**

Dia: \_\_\_\_\_

Asthma/Enfermedad Respiratoria       Condición del Corazon

Desordenes Convulsivos       Fiebre Reumatica

Incapacidad Fisica

ALERGIAS: \_\_\_\_\_

OTRO: \_\_\_\_\_

MAESTRA: \_\_\_\_\_

## NUMEROS DE TELEFONO PARA EMERGENCIAS

NOMBRE DE MADRE: \_\_\_\_\_

Numero de telefono: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_

NOMBRE DE PADRE: \_\_\_\_\_

Numero de telefono: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_

En el evento que ningun padre se encuentre llame al:

1. Nombre: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

Relación del estudiante: \_\_\_\_\_

2. Nombre: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

Relación del estudiante: \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DE ASEGURANZA - **Marque uno**

- Tengo el plan de AHCCCS \_\_\_\_\_  
 Tengo seguridad personal que cubre a mi hijo/a.

\_\_\_\_\_  
Nombre de la compañía de seguridad

Estoy participando en la Asociación de Salud de Osborn Clinica de la escuela.

He tomado seguridad ofrecida por la escuela para me hijo/a.

No tengo seguridad escolar ni seguridad personal que cubre a me hijo/a. Entiendo que yo soy responsable por cualquier cobro que pueda incurrir mi hijo/a mientras participe en actividades escolares.

# CONSENTIMIENTO DEL PADRE PARA DAR MEDICAMENTO SIN RECETA EN LA ESCUELA

Estimado Padre,

Su hijo/a puede ocasionalmente necesitar medicamento durante un día escolar. Para estas ocasiones necesitamos tener permiso por escrito del padre. Cada enfermera escolar mantiene una cantidad limitada de medicamentos sin receta para uso estudiantil, por lo tanto, padres son requeridos de mandar medicamentos para sus hijos si el medicamento necesita de ser usado por un tiempo extendido o para una condición crónica. El medicamento debe de estar en el frasco original con todas las precauciones e instrucciones que estén bien visibles. La enfermera escolar tratara de cambiar metodos de cuidado o tratamiento antes de usar medicamentos sin receta.

Por favor complete esta forma de abajo y regresela a su enfermera escolar se quiere que su hojo/a reciba cualquier medicamento en la lista de abajo durante el día escolar.

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_

Marque todas las alergias conocidas de medicamentos para el estudiante. Si no tiene ninguna, escriba "No se de ninguna alergia medica."

\_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_ Maestra/o \_\_\_\_\_

MEDICAMENTO	SI	NO
Acetaminophen (Tylenol) (fiebre, dolor)		
Robitusin/Robitusin DM (tos)		
Triple Antibiotic Cream (cortaduras)		
Hydrogen Peroxide (cortaduras)		
Chlorospetic Spray (dolor de garganta)		
Ambusol (piel)		
Tums (dolor de estómago)		
Caladryl (comezón de piel)		
Tea Tree Oil (cortaduras)		
Tinactin (tina)		
Burn Jel (quemadas)		

Yo autorizo a la enfermera escolar/asistente de salud o persona designada de ser mi agente y dar el/los medicamento/s que marque arriba para me hojo/a.

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Guardian

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Numero de Teléfono



# An Osborn Education<sup>SM</sup>

Osborn School District #8 ♦ 1226 West Osborn Road ♦ Phoenix, AZ 85013 ♦ (602) 707-2000 ♦ [www.OsbornSchools.org](http://www.OsbornSchools.org)

---

Si debido a la falta de un hogar usted se vé obligado a vivir en un albergue, motel, vehículo, tienda de campaña, en la calle al aire libre en edificios abandonados, en caravanas, o compartiendo la misma habitación con familiares o amigos, usted es considerado como una persona sin hogar de acuerdo con el Acta de McKinney-Vento.

Sus niños tienen el derecho de:

- asistir a la escuela, no importa donde vivan o qué tanto tiempo hayan vivido allí.
- seguir asistiendo a la escuela que asistieron antes de llegar a quedarse sin hogar o a la última escuela que asistieron, si esto es su deseo y es práctico.
- recibir servicios de transportación a la escuela en donde asistieron antes de llegar a quedarse sin hogar o a la última escuela que asistieron si ustedes o un guardián de los niños pide tales servicios.
- asistir a la escuela y participar en programas actividades escolares con niños que tienen hogar.
- inscribirse en una escuela sin tener que proveer ninguna dirección de domicilio permanente.
- inscribirse en una escuela y asistir a sus clases mientras que la escuela haga los trámites necesarios para obtener los archivos escolares, los datos de inmunizaciones, o cualquier otro documento necesario para inscribirse.
- inscribirse y asistir a clases en la escuela seleccionada mientras que la escuela y ustedes busquen resolver una disputa sobre la escuela seleccionada.
- estar provistos de los mismos programas y servicios especiales, si son necesarios, que se ofrecen a los demás estudiantes que tienen hogar y están recibiendo estos servicios.
- recibir transporte escolar a la escuela y a los programas escolares.

Cuándo cambien de residencia, deben de hacer lo siguiente:

- comunicarse con la persona asignada como el oficial de intercomunicación para los niños y jóvenes sin hogar del distrito (vea los datos de contacto al pie de esta columna) para ayuda en inscribir sus niños/a en una nueva escuela o para hacer los arreglos necesarios. (Empleados de los albergues, de los servicios sociales en su comunidad, o de la escuela pueden dirigirles a la persona con quien se deben comunicar.)
- comunicarse con la escuela y proveer cualquier información que usted piensa será útil a los maestros para ayudar a los niños hacer los ajustes a sus nuevas circunstancias.
- pedir al oficial de intercomunicación para los niños y jóvenes sin hogar, los empleados del albergue, o a los trabajadores sociales asistencia con ropa y útiles escolares, si es necesario.

Si necesita ayuda adicional, llame al Centro Nacional de Educación para Niños y Jóvenes Sin Hogar al numero de ayuda gratis: **1-800-308-2145** - [www. serve.org/nche](http://www.serve.org/nche)

**Contacto Local: Distrito escolar de Osborn, 602-707-2566**

**Coordinador Estatal: Frank Migali, 602-542-4963**

---

Clarendon School 1225 W. Clarendon Phoenix, AZ 85013 (602) 707-2200 FAX (602) 707-2240	Encanto School 1420 W. Osborn Rd. Phoenix, AZ 85013 (602) 707-2300 FAX (602) 707-2340	Longview School 1209 E. Indian School Phoenix, AZ 85014 (602) 707-2700 FAX (602) 707-2740	Montecito Com. Sch. 715 E. Montecito Phoenix, AZ 85014 (602) 707-2500 FAX (602) 707-2540	Osborn Middle School 1102 W. Highland Phoenix, AZ 85013 (602) 707-2400 FAX (602) 707-2440	Solano School 1526 W. Missouri Phoenix, AZ 85015 (602) 707-2600 FAX (602) 707-2640
--	---	---	--	---	--

**Distrito Escolar Osborn**  
**Cuestionario de Elegibilidad -- McKinney-Vento**

**2010-11**

Clarendon Encanto Longview Montecito Osborn Middle Solano

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre Segundo Nombre

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_  
Mes / Día / Año

**Este cuestionario nos ayudará determinar si su hijo(a) califica para recibir servicios bajo la Acta McKinney-Vento(42 U.S.C.11435). Por favor, conteste las preguntas para determinar si están sin vivienda o en transición.**

1. ¿Es su domicilio un arreglo de vivienda temporal (de poca duración)?  Sí  No
2. Si es temporal, ¿es este arreglo de vivienda debido a la pérdida de su vivienda o un problema económico?  Sí  No

**Si usted contestó SÍ a estas preguntas, por favor complete el resto de este formulario.**  
**Si usted contestó NO a estas preguntas, no siga.**

---

¿Dónde vive el estudiante actualmente? (Seleccione uno)

- En un motel \_\_\_\_\_ (nombre del motel)
- En un lugar de refugio \_\_\_\_\_ (nombre del refugio)
- Con más de una familia en una casa o en un apartamento
- En un lugar generalmente no designado para dormir (carro, parque, campamento)
- Sin padres o tutor

Nombre del Padre/Tutor \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Zona Postal \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Firma del Padre/Tutor \_\_\_\_\_

---

Yo certifico que el estudiante nombrado en este formulario califica para los programas escolares de nutrición bajo las provisiones del Acta McKinney-Vento.

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del oficial autorizado de la escuela



# An Osborn Education<sup>SM</sup>

Osborn School District #8 ♦ 1226 West Osborn Road ♦ Phoenix, AZ 85013 ♦ (602) 707-2000 ♦ [www.OsbornSchools.org](http://www.OsbornSchools.org)

---

## ACUERDO SOBRE LA ASISTENCIA FUERA DEL DISTRITO

Estudiante: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

ID #: \_\_\_\_\_

Año Escolar: 20\_\_ a 20\_\_

Nosotros comprendemos que para poder asistir al Distrito Escolar Osborn, debemos llegar a la escuela a tiempo y ser recogido a tiempo; el alumno no puede tener ningún problema de disciplina o faltar escuela sin permiso y tiene que mantener buenas calificaciones. Si no cumplimos con estos requisitos, se nos pedirá asistir a la escuela correspondiente a nuestro domicilio. Comprendemos que nosotros somos responsables por el transporte. Cualquier información falsa proporcionada por el padre podrá resultar en rechazo de admisión al Distrito Escolar Osborn. Las firmas aseguran que el estudiante seguirá las reglas, normas y pólizas de la escuela y el Distrito.

\_\_\_\_\_  
Nombre del Estudiante (Letra de Molde)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Estudiante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del Padre/Madre (Letra de Molde)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Madre

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma de Oficial de la Escuela

\_\_\_\_\_  
Fecha

\\Odfsr\district\Registration\Out of District Agreement.doc

Revised 2/10

Clarendon School  
1225 W. Clarendon  
Phoenix, AZ 85013  
(602) 707-2200  
FAX (602) 707-2240

Encanto School  
1420 W. Osborn Rd.  
Phoenix, AZ 85013  
(602) 707-2300  
FAX (602) 707-2340

Longview School  
1209 E. Indian School  
Phoenix, AZ 85014  
(602) 707-2700  
FAX (602) 707-2740

Montecito Com. Sch.  
715 E. Montecito  
Phoenix, AZ 85014  
(602) 707-2500  
FAX (602) 707-2540

Osborn Middle School  
1102 W. Highland  
Phoenix, AZ 85013  
(602) 707-2400  
FAX (602) 707-2440

Solano School  
1526 W. Missouri  
Phoenix, AZ 85015  
(602) 707-2600  
FAX (602) 707-2640

# MATRICULA ABIERTA SOLICITUD PARA ALUMNOS DEL DISTRITO

(Pólizas del Distrito JFAB/JFAB-R)

PRESENTE LA SOLICITUD A LA ESCUELA EN LA QUE QUIERE QUE SU HIJO/A ASISTA

Nombre del alumno \_\_\_\_\_  
Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Segundo Nombre \_\_\_\_\_

Grado escolar actual \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ #de teléfono de casa \_\_\_\_\_

#de teléfono de trabajo \_\_\_\_\_ #de teléfono para mensajes \_\_\_\_\_

Nombre del padre/madre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_  
Calle \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

El estudiante nombrado en esta forma:  reside fuera del distrito escolar  reside en el distrito escolar  
\*\*Si el estudiante reside en el distrito escolar, pase a la parte inferior del formulario y firmarlo.\*\*

Escuela a la que asiste actualmente: \_\_\_\_\_

Distrito \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_  
Calle \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

¿EN CUAL ESCUELA DEL DISTRITO OSBORN SOLICITA LA INSCRIPCION? \_\_\_\_\_

¿El niño(a) nombrado arriba ha sido:

- Si  No Expulsado de alguna escuela o distrito?  
 Si  No Considerado, recientemente, ser expulsado de una escuela o distrito?  
 Si  No  N/A Impuesto a ciertas condiciones por la corte juvenil?  
 Si  No  N/A Conforme las condiciones de un decreto de disciplina en alguna escuela/distrito?

**Nota:** Las siguientes condiciones aplican para el programa abierto de inscripción:

- Una solicitud de asistencia deberá ser llenada y entregada a no más tardar del cuando sea posible. (**nota: Esto está para los estudiantes fuera-del-distrito o fuera-del-limite del distrito que volvieron al distrito.**)
- La inscripciones están sujetas a una capacidad limitada establecida por la escuela y/o los grados escolares.
- Para el 15 de junio o antes, los padres o tutores legales recibirán una notificación escrita en donde se les informará si la solicitud ha sido aceptada, negada o puesta en lista de espera.
- LA SOLICITUD DE INSCRIPCION TENDRA QUE HACERSE AÑO POR AÑO.
- La transportación para los alumnos será responsabilidad de los padres o del tutor legal.
- Proveer falsa información en esta forma dará como resultado el rechazo de la solicitud o la revocación de la admisión.

La firma de esta solicitud afirma que el alumno seguirá las reglas, normas y pólizas de la escuela y el distrito si se inscribe.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre o tutor legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

**PARA USO DEL DISTRITO UNICAMENTE - NO ESCRIBA MAS ABAJO DE ESTA LINEA**

STUDENT NUMBER \_\_\_\_\_ APPLICATION DATE \_\_\_\_\_

Accepted  Placed on waiting list Principal \_\_\_\_\_

Rejected Reason for rejection \_\_\_\_\_

Date copies sent to applicant and Superintendent's office. \_\_\_\_\_