

Bienvenidos a Kindergarten
Stanley Switlik Elementary
3400 Overseas Highway Marathon Florida 33050
Tel: 305-289-2490 Fax: 305-289-2496



Swimming Together Since 1971

PARA PODER EMPEZAR EN KINDERGARTEN EL AÑO ESCOLAR DEL 2022-2023 SU NIÑO/NINA TIENE QUE HABER CUMPLIDO SUS 5 AÑOS ANTES/O EL MISMO DÍA DE SEPTIEMBRE 1, 2022

LA INFORMACION SIGUIENTE ES REQUERIDA PARA COMPLETAR SU REGISTRACION:

- Certificado De Nacimiento (una copia)
- La Tarjeta Del Seguro Social (una copia)
- Certificado de inmunizacion del estado de la Florida
- Certificado de Examen de Salud del estado de la Florida *completado despues de agosto 2021*
- Prueba De Domicilio (carta del Dueno, Recibo De electricidad)
- Documentacion Legal De Custodia si el estudiante no vive con los dos padres
- Copia de una identificacion con foto de los padres (los dos)

EL PAQUETE DE REGISTRACION SOLO DE ACEPTARA CUANDO TODA LA INFORMACION ANTERIOR ESTA INCLUYA

Bienvenidos a
Stanley Switlik Elementary
3400 Overseas Highway Marathon Florida 33050
TEL: 305-289-2490 FAX: 305-289-2496



Swimming Together Since 1971

LA INFORMACION SIGUIENTE ES REQUERIDA PARA COMPLETAR SU REGISTRACION:

- Certificado De Nacimiento (una copia)
- La Tarjeta Del Seguro Social (una copia)
- Certificado de inmunizacion del estado de la Florida
- Certificado de Examen de Salud del estado de la Florida (fuera del estado se aceptara dentro 9 meses del dia de inscripcion)
- Prueba De Domicilio (carta del Dueno, Recibo De electricidad)
- Documentacion Legal De Custodia si el estudiante no vive con los dos padres
- Copia de una identificacion con foto de los padres (los dos)

EL PAQUETE DE REGISTRACION SOLO SE ACEPTARA CUANDO TODA LA INFORMACION ANTERIOR ESTA INCLUYA

Monroe County District School –2022-2023

Fecha de Entrada a una Escuela de E.E.U.U (DEUSS) _____

Registration for School Name: Stanley Switlik Elementary School Fecha de Matricula _____

School No: 0251 School Address: 3400 Overseas Highway Marathon Florida 33050

Nombre legal del estudiante: _____ S.S. # _____ (opcional)

Sexo _____ Fecha de Nacimiento _____ Lugar de Nacimiento _____

Estudiante de Familia Militar Si No

Dirección: _____ Tel de Casa: _____

Nombre del Padre: _____ Lugar de Trabajo: _____

Ocupación: _____ No. de Tel: _____ Ext. _____

Nombre de la Madre: _____ Lugar de Trabajo: _____

Ocupación: _____ No. de Tel: _____ Ext. _____

Dirección de Casa: _____ Nombre del Tutor: _____

Etnicidad: Hispana _____ (Si seleccionó este grupo étnico entonces debe seleccionar la raza también)

Raza: Blanca _____ Negra _____ Asiática _____ o Nativo de Alaska _____

Nativo de Hawái u Otra Isla Pacifica _____ (Por favor marque la que aplica)

Vecino o pariente en caso de Emergencia: _____

No. de Tel de Vecino o pariente: _____

Estatus Marital: Casado _____ Divorciado _____ Separado _____ Soltero _____

El estudiante vive con: Ambos Padres _____ Madre _____ Padre _____ Tutor _____

La familia se movió al condado de Monroe por primera vez: Mes _____ Año _____

Primera vez que el estudiante entro a una escuela del condado de Monroe: Mes _____ Año _____

¿Cuál fue la última escuela que su hijo/a atendió en el condado de Monroe? _____

Última Escuela que Atendió: _____ Dirección de la Escuela: _____

Ciudad _____ Estado _____ Zip Code _____

En caso de Emergencia: Nombre del Doctor: _____ No. de Tel _____

Hospital _____ No. de Tel _____

Otro contacto de Emergencia: _____

: **Bajo 232.0205 del estatuto de la Florida y procedimiento del distrito, Los estudiantes o tutores están obligados a notar expulsiones, arrestos con cargos y justicia juvenil contra el estudiante en la escuela anterior. Por favor explique cualquier expulsión, arresto o acciones juveniles:** _____

Instrucciones Especiales: _____

Condicion Medica: _____

OFFICE USE ONLY

Registration Information Taken By: _____ Student I.D. No.: _____

Physical Exam Received Yes _____ No _____ Immunization Cert. Received Yes _____ No _____

Proof of Birth: Certificate No. _____ State _____ Other: _____

Do not copy passports or visas. Verified By _____

E / W CODE: _____ Entry / Withdrawal Date: _____

Grade: _____ Teacher: _____ Teacher No: _____

**Monroe County School District: Spanish and English
HOME LANGUAGE SURVEY
ENCUESTA SOBRE EL IDIOMA DEL HOGAR**

ESTUDIO DEL IDIOMA LOCAL

Fecha : _____ Escuela : _____

Nombre del Estudiante _____

Favor de llenar la información siguiente:

Primer idioma que aprendió el niño	Idioma que se habla en casa más frecuentemente	Idioma que habla el niño más frecuentemente
------------------------------------	--	---

Origen Nacional : _____ (País donde nació el niño)

Escriba la Fecha en que el niño ENTRÓ a la Escuela en los E.E.U.U.:

____ / ____ / ____
(mes / día / año)

Favor contestar Sí o NO :

1.El primer idioma del niño fue otro idioma que el inglés ?	Sí	No
2. Se usa otro idioma que el inglés en casa ?	Sí	No
3. El niño habla más frecuentemente otro idioma que el inglés?	Sí	No

*School Staff Only: *DEUSS date 3 years or less and born outside the US, enter in the S705 date of entry and codes 8Z14 for Immigrant non ELL and 8414 for Immigrant and ELL.*

COMMUNITY LANGUAGE SURVEY

Date: _____ School: _____

Student's Name _____

Please complete the following information

First Language Learned By Child	Language Used Most Often at Home	Language Most Frequently Spoken By Child
---------------------------------	----------------------------------	--

National Origin: _____ (Country where child was born)

Write the Date of Entry into a United States School (DEUSS):

____ / ____ / ____
Month / Day / Year

Please answer YES or NO:

1. Did the student have a first language other than English?	YES	NO
2. Is a language other than English used at home?	YES	NO
3. Does student most frequently speak a language other than English?	YES	NO

*School Staff Only: *DEUSS date 3 years or less and born outside the US, enter in the S705 date of entry and codes 8Z14 for Immigrant non ELL and 8414 for Immigrant and ELL.*

Revised 10.27.15

Stanley Switlik Elementary School
 Información del Estudiante
3400 Overseas Highway
Marathon Florida 33050
2022-2023

Apellido	Nombre	Inicial	Fecha de Nacimiento

Dirección Actual:	Ciudad	Estado	Código postal
--------------------------	---------------	---------------	----------------------

Dirección de Correo:	Numero de Tel #	Celular #
-----------------------------	------------------------	------------------

Dirección secundaria del estudiante)	Ciudad	Estado	Código postal
---	---------------	---------------	----------------------

Numero secundaria #

La madre vive en la misma dirección del estudiante? Si No
 El padre vive en la misma dirección del estudiante? Si No

¿Acuerdo de custodia? No - Si * En caso que Si, se debe traer una copia del documento a la escuela, a la oficina. Por favor, indique cualquier inquietud que crea que la escuela debe saber sobre el acuerdo:

Madre/Guardian: _____

Primer Nombre	Apellido	Correo electrónico
----------------------	-----------------	---------------------------

Orto Correo electrónico _____ **Dirección madre (si es diferente del estudiante)** _____

Numero Casa#	Numero celular#	Numero trabajo#	Empleador
---------------------	------------------------	------------------------	------------------

Padre/Guardian: _____

Primer Nombre	Apellido	Correo electrónico
----------------------	-----------------	---------------------------

Dirección (si es diferente del estudiante) _____

Numero Casa	Numero celular	Numero trabajo #	Empleador
--------------------	-----------------------	-------------------------	------------------

Grado: _____ **Maestro:** _____ **Bus#:** _____ **parada de bus:** _____

Marca Uno: Padre Recojar _____ **Rec Center** _____ **Caminar** _____ **Montar Bicicleta** _____ **Hammock House** _____

Contacto de Emergencia:

Numero casa#: _____ **Numero trabajo#:** _____ **Numero celular#:** _____

Problemas medicas: _____

Niño's en casa _____ **Edad** _____ **Escuela** _____

En un esfuerzo por aclarar los deseos de cada padre para el final del día de los procedimientos de liberación escolar, complete este formulario a continuación y devuélvalo a la escuela lo antes posible. Hemos tenidos varios cambios en nuestro procedimiento de despido por la seguridad de su hijo.

Todas las "Recojidas" de los Caros requerirán una placa con el nombre del estudiante y el nombre del padre en la parte posterior con un sello de aprobación de la oficina principal. Este letrero deberá mostrarse en el parabrisas de cada vehículo principal.

Para la seguridad de los estudiantes, los estudiantes deben tener un plan de salida establecido que estará vigente durante todo el año escolar. Si desea cambiar su plan de fin de día designado en cualquier momento, venga a la oficina para hacer los arreglos. Si tiene una emergencia que requiere un cambio por un solo día, comuníquese con la oficina antes de las 2:00 p.m. ese día. **Si alguien viene a recoger a su hijo por usted, debe ser una persona autorizada y debe tener una identificación.**

Los estudiantes no pueden ser sacados del autobús una vez que hayan abordado.

Nombre Del Estudiante

Imprimir Y Firme Padre/Tutor

Nombre Del Maestro

Grado

Please check appropriate choice for end of the day procedure:

Bus# _____; Parada _____; Caminar ___; Rec.Center ___; Bicicleta ____; Hammock House _____;
Otro; _____

Por favor, marque la opción apropiada para el procedimiento de final del día

1. _____ Relación con el estudiante _____ Numero: _____
2. _____ Relación con el estudiante _____ Numero: _____
3. _____ Relación con el estudiante _____ Numero: _____
4. _____ Relación con el estudiante _____ Numero: _____

INFORMACION MEDICA DEL ESTUDIANTE DEL CONDADO DE MONROE Y FORMULARIO DE PERMISO

ESCUELA: STANLEY SWITLIK ELEMENTARY SCHOOL TELEFONO DE LA ESCUELA# 305-289-2490

La norma y el procedimiento en el caso de que un niño(a) requiera de un tratamiento medico mientras este en algun viaje patrocinado por la escuela, para ponerse en contacto con los padres y para informarles sobre la situacion y obtener el consentimiento y las instrucciones de como proceder en caso de una emergencia y si no podemos localizarlo su firma mas abajo otorgaria el permiso para un tratamiento rutinario de emergencia

INFORMACION DEL SEGURO

Nombre del Estudiante: _____

Portador de su seguro de salud: _____

Numero de la poliza# _____

Yo estoy de acuerdo que en caso de un tratamiento de emergencia proporcionado a mi hijo (a), Yo pagare por cualquier transporte o gastos medicos no cubiertos por mi compania de seguro o si Yo no tengo el seguro Yo estoy de acuerdo en pagar tales gastos contraidos

INFORMACION MEDICA IMPORTANTE: (Por favor marque el que aplica)

Enfermedad del corazon ___ Diabetes ___ Presion alta ___ Epilepsia ___ Alergias ___

Medicamento _____

Otro _____

NUMEROS DE TELEFONO DE LOS PADRES

PADRE _____ CASA _____ Trabajo _____

MADRE _____ CASA _____ Trabajo _____

OTRO _____ CASA _____ Trabajo _____

Yo/ nosotros otorgo a el personal de la escuela el derecho a ordenar un tratamiento medico de emergencia para mi/nuestro hijo (a) y Yo/nosotros entiendo que alguna o toda la responsabilidad financiera de tales servicios dependen de mi/nosotros . Finalmente, Yo/nosotros estoy de acuerdo en liberar de responsabilidad a el personal de la escuela y a el programa de la escuela por todas las acciones tomadas a favor de mi/nuestro hijo(a)

Padre(s) o Guardian(es)

Fecha

*Si algun programa o acontecimiento requieren a un estudiante a salir del condado esta forma y la forma de consentimiento para el tratamiento medico (MSCD-ADM002) reproducida en la parte de atras de esta forma se deben de otorgar.

MONROE COUNTY FIELD TRIP PERMISSION FORM

SCHOOL _____

SCHOOL PHONE # _____

Parents- For your child to participate in the field trip or activities described below, your permission is required.

STUDENT NAME _____

FIELD TRIP/ACTIVITY/DESTINATION: Walking Field Trips for 2022-2023 school year-Homecoming Parades, Public Library, Turtle Hospital, Marathon Community Park, Coast Guard Station and other within walking distance.

PURPOSE _____

DATE OF TRIP/ACTIVITY: **As Required**

TIME OF DEPARTURE _____

TIME OF RETURN _____

TRANSPORTATION BY: SCHOOL BUS _____ WALKING: **XX**

RENTAL VEHICLE _____

DRIVEN BY: _____

=====
I/we give permission for my/our child to participate in the activity and/or event described above.

Parent(s) or Guardian(s)

Date

ESCUELAS DEL CONDADO DE MONROE

PERMISO DE LOS PADRES PARA QUE SU HIJO/A PARTICIPE EN UNA EXCURSIÓN

ESCUELA _____

TELÉFONO DE LA ESCUELA _____

Padres/madres- Para que su hijo/a participe en la excursion o actividad descritas abajo, su permiso es requerido.

NOMBRE DEL ESTUDIANTE _____

EXCURSIÓN/ACTIVIDAD/DESTINO: Walking Field Trips for 2022-2023 school year-Homecoming Parades, Public Library, Turtle Hospital, Marathon Community Park, Coast Guard Station and other within walking distance:

PROPÓSITO: **ES REQUERIDO**

FECHA DE LA EXCURSIÓN/ACTIVIDAD _____

HORA DE SALIDA _____

HORA DE REGRESO _____

TRANSPORTACIÓN POR MEDIO DE:

AUTOBÚS DE LA ESCUELA _____

ANDANDO: XX

: VEHÍCULO ALQUILADO _____

MANEJADO POR: _____

=====
Yo/Nosotros damos permiso para que mi/nuestro hijo/a participe en la actividad y/o el evento arriba descrito.

Padre(s)/madre(s) o Guardián(es)

Fecha

Stanley Switlik Elementary School

Informacion de seguridad de Carros y Trafico

Procedimientos para dejar en la mañana:

- Las puertas se abrirán a las 8:00 a.m. No deje su hijo/hija solo antes de las 8:00 a.m.
- ¡Use solo una línea de trafico SIEMPRE!
- Descargar estudiantes solo en la cera.
- La puerta principal es donde tiene que entrar a la escuela. Después de que suene la campana de las 8:25 a.m., la puerta principal estará cerrada con llave. Desde ese punto todos los estudiantes tienen que entrar a la escuela a través de la oficina principal.
- Asegúrese de que su hijo/hija esté listo para salir del vehículo.
- Ensene a su hijo/hija ser responsable, asegurándose de que todas las cosas como el dinero para el almuerzo, tarea, papeles que se deben de firmar, etc., se realicen en la casa o en las áreas designadas para parqueo.

Procedimientos de recogida por la tarde:

- Van a ver señales de acuerdo con el grado de su hijo/hija para que usted sepa el área de recogida de su hijo/hija.
- Dígale a su hijo/hija que este alerte a su automóvil cuando se acerque y tenga su letrero de recogida por padre que recibió de la escuela donde se pueda ver en su tablero.
- Por favor recoja a su hijo/hija solamente en el área designada de despido. No se le va dar permiso para que un niño cruce el flujo de tráfico para encontrarse con usted.
- Camine solamente en las aceras.

Recordatorios:

- Apaga tu celular. Esto puede ser un peligro para la seguridad.
- No parque su carro en el carril de carpool o en la calle. Parque solamente en los espacios designados para parqueo.
- No bloquee los carros que están parqueado en los espacios de parqueo.
- Asegúrese que su carro este parado por completo antes que su hijo/hija salga o entre a su carro.
- Para reunirse con el maestro de su hijo/hija tiene que hacer una cita con ellos. Los padres no pueden reunirse con los maestros durante la entrega o la recogida de estudiantes.
- **Los padres que deseen visitar la escuela tiene que ir por la oficina y tener una identificación valida.**
- El circuito del autobús es solo para los autobuses, no se permite el parqueo de padres o servicio de dejar o recoger a los estudiantes en el circuito. (excepciones serán hechas por consideraciones especiales).
- La supervisión de la escuela comienza a las 8:00 a.m. y termina a las 3:30 p.m. Es responsabilidad de los padres proporcionar o hacer arreglos para la supervisión antes de las 8:00 a.m. y después de las 3:30 p.m.

Nombre de Estudiante: _____

Nombre de Maestro(a): _____ Grado: _____

Firma de padre/guardián: _____ Fecha: _____

www. Keysschools.com

Your Education Connection

A: Los Padres

DE: Directora de Transportación

CON RELACION A: Las paradas de autobús

Año: 2022-2023

La nueva política en relación a las paradas de autobús del distrito escolar de Monroe es la siguiente que ningún niño o niña que tenga cinco años va a ser dejado en la parada del autobús si no hay un padre o una madre en la parada para recibir al niño o la niña. Si el padre o la madre no se encuentra en la parada

en el momento en que llegue el autobús a la parada, el autobús regresará al niño a la escuela y será responsabilidad del padre o la madre recoger al niño o a la niña en la escuela. El niño o la niña estará en la guardería infantil en la escuela hasta que él o ella es recogido y unos honorarios serán cobrados por el tiempo que el niño o la niña paso en la guardería infantiles.

Nota: Usted debe estar en la parada de autobús cinco minutos antes de que el autobús deje a su hijo o hija en el horario establecido para esa parada.

Por favor llene este formulario o en donde indicara su selección y entréguelo a la oficina de la escuela.

Nombre del estudiante: _____ Escuela: Stanley Switlik

Autobús: _____ Parada de Autobús: _____

_____ No doy permiso para que mi hijo sea dejado en la parada del autobús si yo no estoy presente para recibirlo o recibirla. Yo entiendo la política establecida de que él o ella será regresado a la escuela ser recogido allí.

_____ Doy permiso para que mi hijo o hija sea dejado en la parada del autobús si yo no estoy presente para recibirlo o recibirla.

Firma del Padre o la Madre: _____ Fecha: _____

Nombre del padre o la Madre: _____

**ACUERDO DE ESTUDIANTES/PADRES
DISTRITO DE ESCUELAS DEL CONDADO DE MONROE
SISTEMA DE RED /CONSENTIMIENTO DE VIDEO**

Esta forma deberá completarse una vez en cada campus, y mantenerse en el archivo durante la inscripción del estudiante en ese campus.

ESTUDIANTE:

Nombre (por favor **IMPRIMA**): _____ Grado _____

Entiendo que mi uso de computadoras no es privado y que el Distrito supervisará mi actividad del sistema de la red.

He leído la póliza de uso aceptable y las regulaciones administrativas, y me someto a cumplir con las provisiones. Entiendo que cualquier violación de estas provisiones podrá resultar en mi suspensión o la revocación del acceso al sistema.

Firma del Estudiante _____ Fecha _____

PADRES:

Firmando abajo indico que he leído la póliza del sistema electrónica de comunicaciones del Distrito y las regulaciones administrativas de la misma. Añadiendo, y certificando que la información contenida en esta forma es correcta.

Al firmar este documento usted afirma que no es razonable que el Distrito Escolar del Condado de Monroe puede supervisar directamente a su hijo todos los minutos que él o ella este en la computadora. Usted acepta que cuando su hijo no está directamente supervisado, él o ella obedecerán todas las políticas de uso de la computadora de la escuela, las leyes civiles y penales. En el caso de que su hijo le notifica que están recibiendo mensajes informáticos que amenazan de muerte, lesiones corporales o destrucción a la propiedad, está de acuerdo de reportar este evento inmediatamente a la policía y el Distrito Escolar del Condado de Monroe.

Como padre / tutor de este estudiante, yo entiendo los riesgos asociados con permitir que mi hijo use el Internet. Por otra parte, en firmando esta política, afirmo que a través de este documento, el distrito escolar hizo un atento razonable en educarme sobre los riesgos potenciales conocidos de uso de Internet y las normas y objetivos del uso del Internet de la escuela. En base a esta notificación adecuada, yo estoy de acuerdo de no mantener el Distrito Escolar del Condado de Monroe responsable por los materiales adquiridos o contactos realizados en la red.

SISTEMA DE RED /CONSENTIMIENTO DE VIDEO(chegue una sola respuesta)

Doy permiso a mi hijo/a de participar en el sistema electrónico de comunicaciones del Distrito (incluyendo el acceso de internet).

No doy permiso a mi hijo/a de participar en el sistema electrónico de comunicaciones.

Consentimiento para la Publicación de Video y Fotografía (cheque una sola respuesta)

Durante el año escolar los estudiantes de las escuelas del Distrito de Monroe, ocasionalmente participan en actividades las cuales envuelven tomar fotografías, la creación de proyectos de videos informativos, diseño de página de internet, grabación de videos, fotos para el anuario y entrevistas. Por este medio **doy permiso** a mi hijo/a de ser fotografiado, participar en grabación de video, o ser entrevistado para uso posible del periódico, televisión, transmisiones de radio, paginas escolares de internet, y publicaciones del consejo directivo escolar.

No doy permiso que mi hijo sea identificado en fotografías, videos o entrevistas para el uso posible de periódicos, televisión, transmisiones de radio, paginas escolares, y publicaciones del consejo directivo escolar.

Firma del Padre/Tutor _____

Dirección _____

Fecha _____ Teléfono del Hogar _____



Stanley Switlik Elementary School

Home of the Dolphins

Christine Paul, Principal

Sarah Adams, Assistant Principal

CUESTIONARIO DE KINDERGARTEN

Por favor de completar este breve cuestionario sobre el Pre-Kindergarten Voluntario (VPK) y regréselo a el maestro de su estudiante:

- Nombre de estudiante: _____
- ¿Su estudiante asistió a VPK el año pasado? SI _____ NO _____
- Si respondió Si, indique el nombre del proveedor de VPK:

Gracias.

3400 Overseas Highway
Marathon, FL 33050
Phone: 305-289-2490 Fax: 305-289-2496



SSE.KeysSchools.com

Stanley Switlik Elementary School

3400 Overseas Highway Marathon Florida 33050

Tel: 305-289-2490

Fax: 305-289-2496

Principal: Christine Paul



REQUEST FOR STUDENT RECORDS

Prior School Information:

School: _____

Address: _____

Tel: _____ Fax: _____

Student Name	Current Grade	Date of Birth
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____

Records may be faxed to 305-289-2496, or emailed to kelly.qualls@keysschools.com or mailed to the address below. PLEASE DO NOT MAIL ORIGINALS cumulative files, as we are a paperless district. After scanning paperwork, it will be shredded.

Please include the following records:

- REPORT CARDS/GRADES for the last 2 years
- STUDENT HEALTH RECORDS (Health Physical, Immunization record)
- BIRTH CERTIFICATE
- ESE, SPEECH and SPECIAL PROGRAMS (Psychological Records, 504 & Current IEP)
- ALL TEST SCORES
- ESOL INFORMATION
- ATTENDANCE RECORDS

Stanley Switlik Elementary School

3400 Overseas Highway

Marathon Florida 33050

Tel: 305-289-2490

Fax: 305-289-2496

Attention: Ms. Kelly (Data Entry)

Parent or Guardian Signature

Date

Título I, 2022-2023
COMPACTO DE PADRES - ESTUDIANTES - MAESTROS

Escuela: _____

Maestro: _____

Misión de la Escuela: Establecemos expectativas para el curso escolar entre los maestros, estudiantes y padres de familia/tutores. Estamos cometidos a trabajar conjuntamente para proveer un ambiente de instrucción en la cual todos los niños puedan aprender y desarrollarse a su potencial máximo.

Como Maestro/Maestra, yo _____

1. -mostraré respeto hacia cada niño y su familia.
2. -mantendré comunicación constantemente y regularmente los padres de familia/tutores.
3. -vendré a la clase preparada/o para enseñar.
4. -ayudaré a cada niño a alcanzar su mayor potencial.
5. -proporcionaré la información necesaria para aprender en casa cuando se me pide.

Como Estudiante, yo _____

1. -siempre trataré de dar lo mejor en mi trabajo y en mi conducta.
2. -trabajaré en cooperación con mis compañeros de clase y los trataré con respeto.
3. -obedeceré las reglas de la escuela y del autobús.
4. -le pediré ayuda al maestro/a cuando lo necesite
5. -leeré en casa 30 minutos al día.
6. -creo que puedo aprender y lo lograré.

Como Padre/Guardián, yo _____

1. -me aseguraré que mi hijo/a asista a la escuela regularmente y llegue a tiempo, a menos que tenga fiebre o muestre algunos otros síntomas que muestre que esté enfermo/a.
2. -me comunicaré regularmente con los maestros de mi hijo/a.
3. -hablaré diariamente con mi hijo/a acerca de sus actividades escolares.
4. -motivaré a mi hijo/a a que lea más en casa y estaré alerta a lo que ve en la televisión.
5. -donaré mi tiempo, materiales, y/o recursos a la escuela de mi niño cuando sea posible.

→ → **Aprobación/Sugerencia de los Padres:**

- a) Este Compacto es aceptable como está escrito.
- b) Cambios Sugeridos. Recomiendo los cambios enlistados en la parte de atrás de este documento. Yo sugiero los cambios indicados arriba o los que he escrito abajo:

Firma del Padre

Fecha

REGRESE este formulario con los cambios sugeridos a la maestra de su hijo/a.

**Programa Título I, 2022-2023 COMPACTO DE
PADRES - ESTUDIANTES - MAESTROS:
Stanley Switlik Elementary School**

Promesa de Switlik estudiante de Stanley:

Me comprometo a ser un ciudadano responsable.

Yo voy a tratar a todas las personas con respeto.

Me comprometo a trabajar duro y estar orgulloso de mis logros.

Voy a resolver problemas y tomar buenas decisiones.

Haré todo lo mejor que yo puedo y nunca dejare de intentar.

Yo esforzarse por hacer lo correcto siempre para hacer mi futuro brillante.

A Como Maestro/Maestra, yo _____;

- creo que cada estudiante puede aprender;
- mostraré respeto para cada niño y su familia;
- vendré a la clase preparada/o a enseñar;
- mantendré abierta las líneas de comunicación con cada estudiante y sus padres;
- trabajar en colaboración con la comunidad de la escuela para ayudaré a cada niño a alcanzar su mayor capacidad.

Como Estudiante, yo _____ :

- siempre trataré de hacer lo mejor en mi trabajo y en mi conducta;
- vendré a la clase preparada/o para aprender;
- trabajaré en cooperación con mis compañeros de clase;
- mostraré respeto por mí mismo, hacia mi escuela y hacia otras personas;
- obedeceré las reglas de la escuela y del Autobús;
- creo que puedo aprender y aprenderé.

Como Padre/Guardián, yo _____:

- veré que mi hijo/a asista a la escuela regularmente y a tiempo;
- me comunicaré regularmente con los maestros de mi hija/o;
- hablaré diariamente con mi hijo/a acerca de sus actividades en la escuela;
- animaré a mi hija/o a que lea más en casa y estaré alerta a lo que ve en la televisión;
- proporcionar un tiempo y un lugar para que mi hijo/hija pueda completar el trabajo escolar;
- ofreceré voluntariamente mi tiempo, materiales, y/o recursos a la escuela de mi niño cuando sea posible.

MANO EN MANO TRABAJAREMOS JUNTOS PARA CUMPLIR CON LOS ACUERDOS DE ESTE COMPACTO

Animamos a los maestros y a los padres hablar sobre este Compacto durante las Conferencias de Maestros-Padres

Firma de Padre/Guardian

Fecha

Firma de Estudiante

Fecha

Firma de Maestro/Maestra

Fecha

PREFERENCIA DE HERMANOS

Enumere los hermanos o hermanas que le gustaría asignar a la escuela de elección, si hay espacio disponible.

Elija una opción: Elijo colocar a todos los hermanos juntos independientemente de la escuela
 Elijo separar a los hermanos si la primera opción no está disponible para todos.

Nombre _____	Grado _____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Certifico que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera.

Firma del padre / tutor: _____ Fecha: _____

**ESTA SECCIÓN DEBE SER COMPLETADA POR EL PERSONAL DE LA ESCUELA
THIS SECTION TO BE COMPLETED BY SCHOOL PRINCIPAL**

Aprobación o desaprobación TENTATIVA por parte del director de la escuela
TENTATIVE Approval or Disapproval by School Principal

- Aprobado. En este momento, hay espacio disponible. / Approved. At this time, there is space available.
- Rechazado. En este momento, no hay espacio disponible. / Disapproved. At this time, there is not space available.
- Rechazado. La solicitud no está en la zona o región. / Disapproved. Request is not in zone or region.

Firma del director Fecha / Principal Signature _____
Fecha / Date

**ESTA SECCIÓN DEBE SER COMPLETADA POR EL PERSONAL DE LA JUNTA ESCOLAR
THIS SECTION TO BE COMPLETED BY SCHOOL BOARD STAFF**

Fecha / Date: _____

Solicitud / Application: Aprobada / Approved () Rechazada / Disapproved ()

Sobre la base del espacio disponible, junto con un sistema de lotería, la escuela del distrito La Junta del Condado de Monroe, Florida asigna _____ a la escuela.

On the basis of available space, in conjunction with a lottery system, the District School Board of Monroe County,

Florida assigns _____ to _____ School

Superintendente de escuelas del distrito / District School Superintendent

PROCESO DE APELACIÓN

Los casos de dificultades se pueden apelar ante el Comité Regional de Elección de Escuelas presentando una solicitud a cualquier escuela en el condado de Monroe, o al Consejo Escolar del Distrito del condado de Monroe, Key West.



NOTIFICACIÓN A LOS PADRES DERECHO DE SABER de LOS PADRES

Fecha

Estimados Padres/Guardianes,

La Ley de Cada Estudiante Triunfa (ESSA) fue aprobada por el Congreso de EE.UU. a finales del año pasado y firmada en la ley el 10 de diciembre de 2015. La ESSA sustituye a la Ley de *Acto de No Dejar Atrás a Ningún Niño* (NCLB) y es la última reautorización de la Educación Primaria y Secundaria (ESEA). Bajo la legislación del Título I, usted tiene el derecho de solicitar información específica con respecto a las calificaciones profesionales de los maestros de su hijo (a) y el personal paraprofesional.

Usted puede solicitar la siguiente información:

- ❖ Si el maestro(a) ha reunido los requisitos del Estado y se le ha otorgado la licencia para los niveles de grado y las materias en los cuáles el maestro(a) le proporciona instrucción a su niño(a);
- ❖ Si el maestro(a) de su niño(a) está enseñando solo de emergencia u otra posición provisional por la cuál los requisitos o licencia del Estado no son requeridos;
- ❖ El grado de bachillerato de especialización del maestro y cualquier otra certificación o graduación obtenida por el maestro(a), y el campo de la disciplina de la certificación o especialización; y
- ❖ Si su niño(a) es proporcionado con servicios académicos por el personal auxiliar y, si ese es el caso, cuáles son sus cualidades.
- ❖ El nivel de logro de su hijo en los exámenes académicos del Estado.

Si usted quisiera información adicional, por favor llame Parent and Family Engagement Coordinator Elizabeth Hogan at Elizabeth.Hogan@KeysSchools.com or call 305-293-1400 Ext. 53370

Atentamente,



Director

HEALTH HISTORY/EMERGENCY CONTACT FORM 2022-2023

Se solicita la siguiente información sobre su hijo para que la enfermera de salud de la escuela pueda proporcionar los servicios de salud más apropiados para su hijo. Por favor complete y regrese a la clínica de salud escolar.

ESTE FORMULARIO COMPLETO ES UN REQUISITO PARA QUE SE ATENDA A SU HIJO.

Nombre de estudiante: _____ Grado: _____
 Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: _____ Profesor de aula _____
 Nombre del Padre/Guardián: _____ # de teléfono (casa): _____
 Dirección del Padre/Guardián: _____ # de teléfono (trabajo): _____
 El número de teléfono celular de los pares: _____

Contacto de emergencia (si no podemos comunicarlos con el padre/guardián): _____
 Relación: _____ # de teléfono (casa): _____ # de teléfono (oficina): _____
 El número de teléfono celular _____

Doctor de estudiante: _____ # de teléfono de l doctor: _____

MARQUE TODOS EN LA ACTUALIDAD QUE APLICAN A SU HIJO

FAVOR EXPLIQUE

- | | |
|---|--|
| 1. <input type="checkbox"/> Problemas del ojo/visión
2. <input type="checkbox"/> Problemas del oído/audición
3. <input type="checkbox"/> Problemas de respiración, asma, etc.
4. <input type="checkbox"/> Problemas del corazón/cirugía/ (pacemaker)
5. <input type="checkbox"/> Problemas del riñón, vejiga, cirugía, etc.
6. <input type="checkbox"/> Problemas del las huesos, articulaciones, musculo
7. <input type="checkbox"/> Problemas neurológicos, ataques, etc.
8. <input type="checkbox"/> Problemas de espina, espalda, cirugía, etc.
9. <input type="checkbox"/> Historia de problemas emocionales mentals
Tratamiento o hospitalización
10. <input type="checkbox"/> Alcohol, uso de drogas/abuso o tratamiento
11. <input type="checkbox"/> Diabetes (Type I o Type II)
12. <input type="checkbox"/> Cáncer
13. <input type="checkbox"/> ADD/ADHD
14. <input type="checkbox"/> Sicle Cell Disease o trastornos hemorrágicos
15. <input type="checkbox"/> Cystic Fibrosis
16. <input type="checkbox"/> Autism Spectrum Disorders
17. <input type="checkbox"/> Lupus
18. Indique condición prolongada o crónica: _____
19. Indique cualquier, fecha y razón: _____
20. Indique cualquier hospitalización el los últimos 5 años: _____
21. Indique cualquier restricción de movimiento fisico (handicap) _____
22. Indique todo tipo de medicamento que tome su niño/niña cada día: _____
23. Indique todo tipo de alergia a medicamento, comida, o insectos: _____
Indique los graves: _____
Su niño/ niña tiene un Epi-Pen? _____ Usted va a proporcionar uno para la escuela? [] Si [] No | 1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____
11. _____
12. _____
13. _____
14. _____
15. _____
16. _____
17. _____ |
|---|--|

MI niño/niña (NOMBRE COMPLETO): _____ tiene mi permiso a participar en el Programa de Servicios de Salud en la escuela. Yo entiendo que mi hijo recibirá cuidado de emergencia en la escuela, si es necesario y que los servicios puedan incluir:

1. Primeros auxilios, por accidentes o enfermedades
2. Visión, audición, altura y peso, dental y evaluación de escoliosis
3. Asistencia con orden de medicinas ordenas por un doctor
4. Educación específica, y tópicos de salud para un buen bienestar
5. Historia física con record de
6. Consulta apropiada de salud basada

Yo autorizo que de información acerca de mi hijo al Distrito de escuela del condado de Monroe como nombre, edad y seguro social para las agencias del estado de la Florida con el propósito de saber si los niños son elegibles para el Medicaid u otro seguro. También dar autorización para que el seguro de Medicaid u otro seguro reciba pagos de estos por el servicio dado en la escuela de su hijo

Yo entiendo que si yo no quiero que mi niño/niña participen el programa, yo necesito informar al Departamento de Salud del Condado de Monroe y la Directiva de Enfermería Escolar por escrito. Entiendo que en caso de un accidente o herida grave, yo estaría en contactado con los Padre/Guardián del niño/niña. Si no se puede ponerse en contactos de emergencia, seria(n) contactado (s).apropiado

FIRMA DE PADRE/GUARDIAN: _____ FECHA: _____



2022-2023

Estimado padre/tutor:

La escuela de su hijo ofrece servicios de salud escolar a los estudiantes inscritos. Estos servicios son posibles a través de un acuerdo entre el Distrito Escolar del Condado de Monroe y el Departamento de Salud de Florida-Monroe. Algunos de los servicios son obligatorios por los Estatutos de Florida.

Su escuela tiene una enfermera y/o un especialista en apoyo de la salud que trabaja en la sala de salud de la escuela. Es importante entender que el personal de la clínica no siempre está en la escuela cuando está abierta. También es muy importante recordar que "los servicios de salud escolar complementan, en lugar de reemplazar" la atención médica de rutina que su hijo recibe de un padre o su médico. *FS381.0056(2)

Aquí está una lista generalizada de servicios de salud disponibles:

- Primeros auxilios para lesiones/accidentes/enfermedades menores
- Estado de inmunización y revisión del historial de salud
- Exámenes de visión/audición/dental/altura/peso/IMC/escoliosis para niveles específicos de grado
- Asistencia con la administración de medicamentos ordenados por el médico. Incluso los medicamentos de venta libre requieren una receta médica y un permiso de los padres firmados.
- Asesoramiento de salud reproductiva apropiado para la edad
- Educación para la salud en temas específicos
- Asistencia con la salud de menores, complejas o crónicas y/o procedimientos ordenados por el médico

Por favor complete el formulario de HISTORIAL DE SALUD ESTUDIANTIL y devuélvelo al personal de salud en la escuela. El formulario tiene dos propósitos importantes-

Informa al personal sanitario de la presencia de cualquier problema de salud proporcional al personal sanitario información para que podamos comunicarnos con usted, especialmente en caso de emergencia. A partir de 2021, este formulario es requerido para que su hijo(a) sea visto en la clínica.

Si NO desea que su hijo reciba servicios de salud escolar, debe notificar a la escuela por ESCRITO. Por favor, no dude en ponerse en contacto con el personal de salud de su escuela para cualquier pregunta o inquietud que tenga con respecto a la salud de su hijo.

Sinceramente

Su personal de salud escolar



2022-2023

Estimado padre/tutor:

Durante los próximos meses, se llevará a cabo un examen de salud en la escuela de su hijo para los grados K, 1º, 3º y 6º. Un examen de salud está diseñado para detectar ciertos tipos de dificultades de salud que su hijo puede estar desarrollando. El examen puede consistir en visión, audición, altura/peso (IMC- Índice de masa corporal), dental, cutáneo y escoliosis. Cada edad tendrá un programa de detección específico requerido.

"Detección" como se define en las Estatutas de florida significa la identificación presuntiva de enfermedades o defectos desconocidos o no reconocidos mediante la aplicación de pruebas que se pueden administrar con facilidad y rapidez a personas aparentemente sanas. La evaluación no está diseñada para reemplazar los exámenes realizados por el médico o el oftalmólogo de su hijo para la atención de rutina o la evaluación de enfermedades o lesiones.

No es necesario que un padre dé permiso por escrito para este tipo de detección, por lo tanto, NO se enviará un formulario de permiso a casa. *Sin embargo, si NO desea que su hijo sea examinado, DEBE responder POR ESCRITO al personal de salud de la escuela de su hijo.* **Un examen dental (grados 2 y 7) solo se realizará con una hoja de permiso firmada.**

Se le notificará SOLO si se detecta un problema potencial. Si recibe una notificación de un problema, estamos solicitando una visita de seguimiento con el médico de su hijo Y la devolución de la sección en el formulario de referencia con el resultado de esa visita para el (los) problema (s) al personal de la clínica. Si tiene alguna pregunta o inquietud sobre la salud de su hijo, comuníquese con la enfermera de la escuela de su hijo.

Comprometidos con la creencia de que los estudiantes sanos aprenden mejor,

El personal de salud de su escuela

MANTÉNGASE CONECTADO A TRAVÉS DEL PORTAL PARA PADRES DE FOCUS



El Portal para Padres the FOCUS del Distrito Escolar les proporciona a los padres de familia acceso a las calificaciones, información de asistencia escolar, y los resultados del seguimiento del progreso.

COMO REGISTRARSE

1. <https://monroe.focusschoolsoftware.com/focus/auth/>
2. Si usted está creando una cuenta por primera vez, seleccione el enlace al centro de la página que dice "(Seleccione aquí para crear una cuenta en el portal para Padres de FOCUS)."
3. Seleccione el ícono en la parte de abajo de la página que dice "Create Account" (Crear Cuenta)
4. Llene toda la información requerida en cada una de las secciones y presione donde dice "Submit" para crear su cuenta.
5. Una vez que se haya ingresado toda la información requerida, haga clic en "Me gustaría AGREGAR UN NIÑO que ya está inscrito". Necesitará un número de identificación de estudiante (comienza con 44000) y una fecha de nacimiento para MM / DD / AA para cada cuenta de estudiante que desee agregar.
6. Haga clic en "Agregar estudiante" para crear su cuenta.
7. La cuenta de su estudiante ahora está vinculada a su cuenta del portal para padres. Para agregar otro niño, haga clic en "Me gustaría AGREGAR UN NIÑO que ya está inscrito".
8. Haga clic en - Terminé de agregar estudiantes. Por favor, llévame al Portal



*Tome en cuenta que va a necesitar su usuario y contraseña creada para poder acceder el Portal en un futuro.

¿Ya está inscrito?
Seleccione
aquí para ingresar.



¿Quiere recibir
notificaciones
acerca del
progreso de sus
estudiantes?
Visite nuestros
videos
Tutoriales.