

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



"We Swim Together"

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

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



"We Swim Together"

PARA PODER EMPEZAR EN KINDERGARTEN EL AÑO ESCOLAR DEL 2021-2022 SU NINO/NINA TIENE QUE HABER CUMPLIDO SUS 5 AÑOS ANTES/O EL MISMO DÍA DE SEPTIEMBRE 1, 2021

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 2020
- 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

Monroe County District School

2021-2022

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 8214 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 <u>By Child</u>	Language Used Most Often <u>at Home</u>	Language Most Frequently Spoken <u>By Child</u>
--	---	---

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 8214 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
2021-2022

Apellido	Nombre	Inicial	Fecha de Nacimiento

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

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

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

Número 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)** _____

Número Casa#	Número celular#	Número trabajo#	Empleador
---------------------	------------------------	------------------------	------------------

Padre/Guardian: _____

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

Dirección (si es diferente del estudiante)

Número Casa	Número celular	Número trabajo #	Empleador
--------------------	-----------------------	-------------------------	------------------

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

Marca Uno: Padre Recojer _____ **Rec Canter** _____ **Caminar** _____ **Montar Bicicleta** _____ **Hammock House** _____

Contacto de Emergencia:

Número casa#: _____ **Número trabajo#:** _____ **Número 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.

Los miembros de la Escuela estarán en las áreas de recogida de los padres y requerirán su firma para la recogida..

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: _____

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO MÉDICO

(Requisito para los estudiantes que participan en el atletismo, las actividades del estudiante, y cualquier viaje de estudio que está fuera del Condado de Monroe)

Stanley Switlik Elementary

Escuela

2021-2022

Fecha

La firma del paciente y otros, cuyas firmas adjuntas más abajo, mediante la presente permite a cualquiera y a todos los tratamientos médicos y quirúrgicos incluso la anestesia y operaciones el cuál pueden juzgarse aconsejable por el médico y cirujanos. La intención de esto es de conceder la autoridad para administrar y realizar todo y peculiarmente de algunos exámenes, tratamientos, anestesia, operaciones y procedimientos diagnósticos, que pueden ahora, o durante el curso del cuidado del paciente creer ser aconsejable o necesario. Nosotros también estamos de acuerdo a que cuando el paciente una vez admitido, permanecerá en el hospital hasta que un médico recomiende que se le dé de alta.

En testimonio a nuestro consentimiento y acuerdo a las cuestiones declaradas en las tres frases precedentes, nosotros hemos suscrito nuestras firmas más abajo.

Paciente- Menor

Padre

Madre

Guardián(es)

Fecha

EL ESTADO DE LA FLORIDA)
) SS
EL CONDADO DE _____)

Jurado y firmado ante mí este día de _____ de _____, en el año del Señor _____.

Notario Público
Estado de Florida sin Limitaciones

Mi Comisión expira en _____

* * * Si hay algunas prácticas médicas específicas que se prohíben con respecto a convicciones religiosas por favor hacer una lista más abajo:

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 médico mientras este en algún viaje patrocinado por la escuela, para ponerse en contacto con los padres y para informarles sobre la situación y obtener el consentimiento y las instrucciones de como proceder en caso de una emergencia y si no podemos localizarlo su firma mas abajo otorgaría 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.

ESCUELAS DEL CONDADO DE MONROE (2021-2022)

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

ESCUELA: Stanley Switlik Elem. TELÉFONO DE LA ESCUELA: 305-289-2490

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: **Cualquier excursion que no sea fuera del de Monroe County.**

PROPÓSITO : **Forma de permiso en emergencia para excursions en el condado de Monroe (permiso por telefono-verbal es necesario.**

FECHA DE LA EXCURSIÓN/ACTIVIDAD _____

HORA DE SALIDA _____ HORA DE REGRESO _____

TRANSPORTACIÓN POR MEDIO DE:

VEHÍCULO ALQUILADO _____ MANEJADO POR: _____

Yo/Nosotros le damos a el personal de la escuela el derecho y permiso para pedir tratamiento medico en Caso de una emergencia para mi hijo/a y nosotros entenderemos que nosotros somos responsable para todo los tales de financier para estos tratamientos medico. Finalmente yo/nosotros estarnos de acuerdo de llevar a cabo inofensivo la personal de la escuela y el programa de las escuela para todas las acciones tomadas a nombre de mi hijo/a.

Padre(s)/madre(s) o Guardián(es)

Fecha

***Si algun programa o evento exigir que el estudiante este afuera del condado de Monroe, este forma y el consejo para tratamiento medico (la forma MCSD-ADM002) tiene que estar frimada tambien.**

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 Giuardian (es)

Fecha

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 2021-2022 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 2021-2022 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: _____

**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(cheque 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

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

FORMULARIO A

SOLICITUD DE ELECCIÓN DE ESCUELA ESCUELAS DEL CONDADO DE MONROE, FLORIDA

Este formulario debe completarse y devolverse a la Escuela de Elección del Condado de Monroe o a la Junta Escolar del Distrito del Condado de Monroe, Key West. La aplicación está sujeta a revisión anual.

Escuela de la zona de origen

Nombre del estudiante: _____

Último

Primero

Medio

Fecha de nacimiento del estudiante: _____

Mes

Día

Año

Nombre del padre: _____

Número de teléfono _____

Dirección: _____

Nombre de la madre: _____

Número de teléfono _____

Dirección: _____

Nombre del tutor legal: _____

Número de teléfono _____

Dirección: _____

¿Con quién vive el estudiante?

Dirección: (si es diferente al anterior)

2021-2022: Grado: _____

Sexo: Femenino ___ Masculino ___

Origen étnico: (Marque uno) ___ Blanco (no hispano) ___ Negro (no hispano) ___ Hispano
___ Asiático o isleño del Pacífico ___ Indio americano o nativo de Alaska ___ Multirracial

ELECCIÓN DE ESCUELA

Por favor lea la siguiente información cuidadosamente:

Numere las escuelas de su elección dentro de su región. Por ejemplo, el número 1 debería ser su primera opción, el 2 debería ser su segunda opción.

___ Primaria Gerald Adams ___ Primaria / Secundaria Sugarloaf ___ Primaria / Secundaria Key Largo

___ Horace O'Bryant Elem / Middle ___ Marathon Middle / High ___ Plantation Key Elem / Middle

___ Primaria Poinciana ___ Primaria Stanley Switlik ___ Secundaria Coral Shores

___ Key West High (solo para residentes del área de Big Pine) ___ Programa de instrucción virtual de tiempo completo

*** NO SE PROPORCIONA TRANSPORTE HACIA O DESDE UNA ESCUELA DE ELECCIÓN A MENOS QUE HAY ESPACIO DISPONIBLE EN UNA RUTA DE AUTOBÚS EXISTENTE.***

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

Aprobación o desaprobación TENTATIVA por parte del director de la escuela

_____ Aprobado. En este momento, hay espacio disponible.

_____ Rechazado. En este momento, no hay espacio disponible.

_____ Rechazado. La solicitud no está en la zona o región.

Firma del director Fecha

ESTA SECCIÓN DEBE SER COMPLETADA POR EL PERSONAL DE LA JUNTA ESCOLAR

Fecha _____

Solicitud: Aprobada () Rechazada ()

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.

Superintendente de escuelas del distrito

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.



Acuerdo de Padres/Guardia

La firma en este formulario indica el entendimiento y el acuerdo por parte del padre/tutor/estudiante de que el estudiante será monitoreado cada mañana antes de la escuela por enfermedad. Al firmar este formulario, usted reconoce y acepta que su hijo está obligado a quedarse en casa si presenta signos de enfermedad, y que usted notificará a la escuela si su hijo se mantiene en casa debido a dicha enfermedad.

ATTENCION: Al firmar este formulario, usted acepta monitorear a su hijo cada mañana antes de la escuela para las siguientes condiciones. Si responde "SI" a cualquiera de estas preguntas, el estudiante debe permanecer en casa:

1. Fiebre (100.4 o superior) *La temperatura debe tomarse antes de la administración de cualquier medicamento que reduzca la fiebre. NO envíe a su hijo a la escuela si se ha administrado medicamentos para reducir la fiebre antes de un control de temperatura si sospecha que está presentando signos de fiebre.
2. Dolor de Garganta
3. Toce o falta de aire
4. Dolores musculares o dolor de cuerpo
5. Dolor de cabeza
6. Nausea/ Vomito/ Diarrea
7. ¿El niño ha estado en contacto directo con alguien que ha sido diagnosticado con COVID19?
8. ¿El niño ha estado en contacto directo con alguien que ha sido puesto en cuarentena para el contacto probable con COVID19?
9. ¿Ha viajado el niño fuera de los Estados Unidos en los últimos treinta (30) días? ¿Ha viajado el niño fuera de los Estados Unidos en los últimos treinta (30) días?

Por favor, busque atención médica según sea necesario con su médico personal o uno de nuestros proveedores de la clínica AHEC en la escuela. Hay disponible un folleto con información de la Clínica Escolar AHEC.

Usted también acepta que si su hijo se enferma durante el día escolar, se espera que usted recoja a su hijo **INMEDIATAMENTE** de la escuela. Usted está obligado a notificar a la escuela si cambia su número de teléfono o dirección.

Esto también incluirá el cumplimiento de la exclusión de la escuela si lo ordena el Departamento de Salud de Florida-Monroe, División de Epidemiología.

Nombre de Estudiante: _____

Fecha de Nacimiento: _____

ATTESTACION: Entiendo y acepto seguir los requisitos:

1. Vigilaré a mi hijo por enfermedad cada mañana antes de la escuela.
2. Mantendré a mi hijo en casa si tiene síntomas.
3. Notificaré a la escuela cada vez que mi hijo esté enfermo.
4. Notificaré inmediatamente a la escuela cualquier cambio en mi número de teléfono o dirección.
5. Si mi hijo se enferma durante la escuela, recogeré a mi hijo inmediatamente.
6. Seguiré cualquier/TODAS las pautas del Departamento de Salud de Florida-Monroe, División de Epidemiología si/cuando el seguimiento de contactos requiere que mi hijo sea puesto en cuarentena del entorno escolar.



A: Los Padres
DE: Directora de Transportación
CON RELACION A: Las paradas de autobús
Año: 2021-2022

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 formular 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: _____



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



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

Monroe County School District 2021-2022 Honor Code



Se espera que cada estudiante en el Distrito Escolar del Condado de Monroe mantenga altos estándares de honestidad y integridad.

Declaración de misión: el distrito escolar del condado de Monroe está comprometido con la educación de los estudiantes. Se espera que los estudiantes del Distrito Escolar del Condado de Monroe se comprometan con sus estudios defendiendo integridad y conducta ética para generar confianza y respeto por su persona. El Código de Honor del Distrito Escolar del Condado de Monroe ayuda a nutrir una comunidad académica en la que se espera un código de valores. Todo Se espera que los estudiantes y miembros del personal del Distrito Escolar del Condado de Monroe mantengan los más altos estándares de integridad académica.

Deshonestidad académica: la deshonestidad académica puede incluir, entre otros, lo siguiente:

- Hacer trampa: copiar trabajo o dar su propio trabajo a otro, uso no autorizado de ayudantes de estudio, colaboración durante la prueba, obtener y distribuir materiales de prueba o dar y / o recibir información relacionada con una prueba antes, durante o después de la prueba.
- Plagio: representar las ideas o expresiones de otros publicadas o no publicadas sin dar el crédito o la cita adecuada.
- Falsificación o tergiversación de datos: esto incluye comprar, vender, dar y / o recibir información de otras fuentes y reclamar como propia.
- Dañar la propiedad escolar: cualquier propiedad que pertenezca al distrito escolar del condado de Monroe, incluidos libros de texto, hardware o software de computadora.
- Mentirle a un funcionario de la escuela: al ser entrevistado por un funcionario de la escuela durante una posible violación del Código de Honor.

La deshonestidad académica puede ocurrir en una prueba, cuestionario, ensayo, trabajo final, informe de laboratorio o cualquier forma de expresión creativa.

Consequences of Honor Code Infractions – La violación del Código de Honor puede resultar en un cero para la prueba, tarea o proyecto, y notificación a los padres de la violación. El administrador de la escuela se reunirá con el estudiante para tomar la determinación final sobre el cumplimiento del Código de Honor.

He leído, entiendo y estoy de acuerdo con las condiciones del Código de Honor del Distrito Escolar del Condado de Monroe.

Nombre del estudiante

Fecha

Firma del estudiante

Firma del padre/ Guardian

Fecha

Título I, 2021-2022
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 estará 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.



2021-2022

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 y/o su médico. *FS381.0056(2)

Aquí está una lista generalizada de servicios de salud disponibles:

1. Primeros auxilios para lesiones/accidentes/enfermedades menores
2. Estado de inmunización y revisión del historial de salud
3. Exámenes de visión/audición/dental/altura/peso/IMC/escoliosis para niveles específicos de grado
4. 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.
5. Asesoramiento de salud reproductiva apropiado para la edad
6. Educación para la salud en temas específicos de salud
7. Asistencia con afecciones de salud 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 y proporciona al personal sanitario información de contacto para que podamos comunicarnos con usted, especialmente en caso de emergencia.

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



2021-2022

Estimado Padres / Guardian:

Durante los próximos meses, se llevará a cabo un examen de salud en la escuela de su hijo para los grados K, 1º, 3º, 6º (9º opcional). Un examen de salud está diseñado para detectar ciertos tipos de problemas de salud que su hijo pueda estar desarrollando. El examen puede consistir en visión, audición, altura / peso (IMC - Índice de masa corporal), dental, cutánea y escoliosis. Cada edad tendrá un programa de detección obligatorio específico.

“Detección”, según lo definen los Estatutos de Florida, significa la identificación presuntiva de enfermedades o defectos desconocidos o no reconocidos mediante la aplicación de una prueba que se puede administrar con facilidad y rapidez a personas aparentemente sanas. La prueba de detección no está diseñada para reemplazar los exámenes realizados por el médico o el oculista de su hijo para la atención de rutina o la evaluación de enfermedades o lesiones.

No es necesario que los padres obtenga un permiso por escrito para este tipo de evaluación, por lo tanto, NO se enviará a casa un formulario de permiso. Sin embargo, si NO desea que su hijo sea evaluado, 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 un formulario de permiso firmado. **

SÓLO se le notificará 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 derivación con el resultado de esa visita para el 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

HEALTH HISTORY/EMERGENCY CONTACT FORM 2021-2022

La siguiente información acerca de su hijo esta requerido por el Departamento de Salud del Condado de Monroe y la Directiva de Enfermería Escolar para que ellos puedan proveerlos servicios mas apropiados para su hijo. **FAVOR, COMPLETE Y REGRESE ESTA FORMA A LA CLINICA DE SALUD EN ESCUELA.**

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 oída/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, trozos de carne, musculo
7. <input type="checkbox"/> Problemas neurológicos, ataques, etc.
8. <input type="checkbox"/> Problemas de espina, espalda, cirugía, etc.
9. <input type="checkbox"/> Historiade 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
15. <input type="checkbox"/> Cystic Fibrosis
16. <input type="checkbox"/> Autism Spectrum Disorders
17. <input type="checkbox"/> Lupus | 1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____
11. _____
12. _____
13. _____
14. _____
15. _____
16. _____
17. _____ |
|--|--|

18. Indique condición prolongada o crónica: _____
 19. Indique cualquier, fecha y razón: _____
 20. Indique cualquier hospitalización el los últimos 5 anos: _____
 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

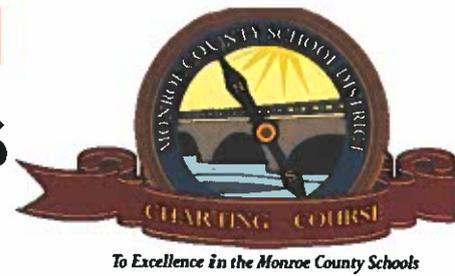
MI niño/niña (NOMBRE COMPLETO): _____ tiene mi permiso a participar en el Programa de Servicios de Salud en la escuela. Yo entiendo que mi hijo recibirá cuido de emergencia en la escuela, si es necesario y que los servicios puedan incluir:

1. Primeros auxilios, por accidentes o enfermedades
2. Visión, audición, altura y pesó, 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 fisica 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 necesité 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, sería(n) contactado (s).apropiado

FIRMA DE PADRE/GUARDIAN: _____ FECHA: _____



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



Lea el reverso de este folleto para obtener información sobre nuestra aplicación móvil



*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 nuestro
videos
Tutoriales.