



**MADISON
CONSOLIDATED**

PRESCHOOL

Paquete de
inscripción para
nuevos estudiantes
2024 - 2025



Escuela primaria Anderson

Facebook - Escuela Primaria @Anderson

2325 Cherry Drive, Madison, IN

812-273-8528

Directora - Sra. Joyce Imel (interina)

Subdirector: Sr. Adam Jones

Secretaria - Sra. Lynn Neal

Secretaria: Sra. Alicia Ricketts (contacto de PreK)

Horario de oficina principal: lunes a viernes de 7:00 a. m. a 3:45 p. m.

Escuela primaria Deputy

Facebook - @Escuela Primaria Deputy - MCS

14350 W. Mulberry Street, Deputy, IN

812-274-8007

Directora: Sra. Kathy Stoner

Secretaria - Sra. Shelly Owens

Horario de oficina principal: lunes a viernes de 7:00 a. m. a 3:30 p. m.

Escuela primaria Lydia Middleton

Facebook - Escuela Primaria @Lydia Middleton

714 W. Main Street, Madison, IN

812-274-8005

Director - Sr. Trent Whaley

Secretaria - Sra. Angie Wielgoszinski

Horario de oficina principal: lunes a viernes de 7:15 a. m. a 4:00 p. m.

Escuela primaria Rykers' Ridge

Facebook - Escuela Primaria @Rykers' Ridge

2485 Rykers' Ridge Road, Madison, IN

812-274-8006

Director: Sr. Kenton Mahoney

Secretaria - Sra. Kalyn Montgomery

Horario de oficina principal: lunes a viernes de 7:00 a. m. a 3:30 p. m.



Formulario de acuerdo de criterios preescolares

Madison Consolidated Early Development Center considera la educación como una asociación entre estudiantes, padres y maestros. Creemos que es esencial desarrollar una buena relación con nuestras familias basada en la comunicación abierta entre nosotros y el respeto mutuo. Esta es la base de una experiencia escolar exitosa.

Los siguientes criterios son esenciales para la inscripción en nuestro programa:

- Los estudiantes deben tener tres años.
- Los estudiantes deben estar **COMPLETAMENTE** capacitados para ir al baño para inscribirse en el programa.

Los niños deben aprender a ir al baño al ingresar al preescolar. Deben usar ropa interior normal para ir a la escuela todos los días. Los estudiantes que demuestren que no están completamente entrenados para ir al baño pueden ser dados de baja del programa hasta que dominen el entrenamiento para ir al baño. La reinscripción al programa preescolar, una vez que se domine el uso del baño, dependerá de la disponibilidad de plazas. Cada niño necesita tener un cambio de ropa en su bolso cada día en caso del accidente. Si un niño tiene un accidente del baño, el personal lo ayudará a cambiarse y ponerse ropa limpia y seca. Informe al personal si tiene alguna inquietud específica sobre la capacidad de su hijo para completar el proceso de ir al baño solo. Ayudaremos a los estudiantes según sea necesario a aprender a abrochar, cerrar, cerrar los pantalones, lavar la ropa, etc. *Se harán excepciones a nuestros requisitos de uso del baño para los estudiantes que tengan un diagnóstico médico y/o una evaluación que indique un retraso en el desarrollo que interfiere con el entrenamiento para ir al baño. proceso.*

Su firma a continuación indica que su hijo cumple con **ambos** criterios indicados para convertirse en estudiante de nuestro programa.

Firma del Padre / Tutor _____

Año escolar _____ Escuela _____ Grado _____ Maestro _____

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL DEL HISTORIAL MÉDICO DEL ESTUDIANTE

(Para ser completado por el padre o tutor. Utilice el reverso de este formulario si necesita más espacio)

Nombre del estudiante _____ Fecha de nacimiento _____

DIRECCIÓN _____

Padre: _____ Correo electrónico _____

Teléfono: (Casa) _____ (Trabajo) _____ (Celular) _____

Madre: _____ Correo electrónico _____

Teléfono: _____

Casa) _____ (Trabajo) _____ (Celular) _____

Tutor legal : _____ Correo electrónico _____

Teléfono: _____

(Casa) _____ (Trabajo) _____ (Celular) _____

Otro: _____ Correo electrónico _____

Teléfono: _____

Casa) _____ (Trabajo) _____ (Celular) _____

¿Está este estudiante actualmente bajo cuidado médico? _____ Describa: _____

Nombre del médico: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____

1 . ¿Está el estudiante tomando algún medicamento? _____ En caso afirmativo, indique la medicina, la dosis y la hora de administración: _____

2. Si el estudiante tomará medicamentos en la escuela, comuníquese con la enfermera o la oficina de su escuela para obtener pautas .

3 . ¿Tiene este niño algún problema médico o físico que la escuela deba conocer? (Se cansa fácilmente, alergias, dolores de cabeza, hemorragias nasales, discapacidades, etc.) _____

4 . ¿Este estudiante tiene **asma*** según lo diagnosticó un médico? No _____ Sí _____ * En caso afirmativo, comuníquese con la enfermera de su escuela para obtener los formularios apropiados para el plan de atención médica.

5 . ¿Ha tenido este estudiante alguna reacción alérgica a medicamentos, **alimentos***, **insectos*** u **otros*** ? No _____ Sí _____ En caso afirmativo, comuníquese con la enfermera de su escuela para obtener los formularios apropiados para el plan de atención médica.

En caso afirmativo, el estudiante es alérgico a: _____

El tratamiento para la alergia anterior es: _____

¿Se prescribe un EpiPen*? Sí _____ No _____ En caso afirmativo, los padres deben proporcionar EpiPen para mantenerlo en la escuela.

6 . ¿Tiene este estudiante un **trastorno convulsivo*** diagnosticado por un médico? No si _____ * En caso afirmativo, comuníquese con la enfermera de su escuela para obtener los formularios apropiados para el plan de atención médica.

En caso afirmativo, indique el medicamento, la cantidad y la hora administrada _____

¿Se prescribe Diastat u otro medicamento de emergencia? No si _____

7 . ¿Este estudiante ha sido diagnosticado por un médico con algún tipo de tendencia a sangrar? No _____ Sí _____
En caso afirmativo, comuníquese con la enfermera de su escuela para obtener los formularios apropiados para el plan de atención médica. En caso afirmativo, describa _____

8 . ¿Este estudiante tiene **diabetes?*** No _____ Sí* _____
*En caso afirmativo, comuníquese con la enfermera o la oficina de su escuela para obtener pautas y los formularios apropiados para el plan de atención del médico. **

9 . ¿Este estudiante usa anteojos? No _____ Sí _____ ¿Lentes de contacto? No si _____

10 . ¿Este estudiante ha tenido varicela? Sí _____ No _____ (En caso afirmativo, fecha aproximada: _____)

He leído los términos del Programa de Registro de Vacunación para Niños y Hoosiers (CHIRP) del Departamento de Salud de Indiana y acepto la utilización de MCS.

En caso de emergencia, enfermedad o accidente del estudiante mencionado anteriormente, si no se puede localizar a los contactos de emergencia, el personal de Madison Consolidated Schools tiene permiso para notificar a EMS y transportarlo al Kings Daughters Hospital. Si mi hijo muestra signos de una reacción alérgica mientras está en la escuela, el personal de MCS tiene permiso para administrarle Benadryl.

Firma del tutor _____ Fecha _____



Carta de Vacunación - **SE REQUIERE ATENCIÓN**

Queridas familias,

El estado exige que el formulario adjunto esté en el expediente de cada estudiante junto con una copia de los registros de vacunación de su hijo. Necesitaremos que su proveedor médico firme el formulario adjunto incluso si el registro de vacunación de su hijo está firmado. El estado confirmará que tenemos este documento y que está firmado y fechado por el proveedor médico de su hijo cuando venga a realizar la inspección del sitio. Por lo tanto, este formulario debe estar archivado antes de que su hijo comience el preescolar. Se le pedirá que actualice este formulario anualmente según las

pautas estatales.

Puede devolver el formulario firmado a la escuela en persona o su médico puede escanearlo y enviarlo por correo electrónico al secretario de la escuela. Si es necesario, estaremos encantados de enviarle por correo electrónico una copia del formulario en blanco para que pueda enviarlo por correo electrónico o por fax al consultorio del médico para ayudarlo en este proceso.

Gracias de antemano.

Escuela Primaria Anderson

812-273-8528

Secretaria: Sra. Alicia Ricketts (contacto de PreK) - alwricketts@madison.k12.in.us

Horario de oficina principal: lunes a viernes de 7:00 a. m. a 3:45 p. m.

Escuela primaria Deputy

812-274-8007

Secretaria - Sra. Shelly Owens - sowens@madison.k12.in.us

Horario de oficina principal: lunes a viernes de 7:00 a. m. a 3:30 p. m.

Escuela primaria Lydia Middleton

812-274-8005

Secretaria - Sra. Angie Wielgoszinski - awielgoszinski@madison.k12.in.us

Horario de oficina principal: lunes a viernes de 7:15 a. m. a 4:00 p. m.

Escuela primaria Rykers' Ridge

812-274-8006

Secretaria - Sra. Kalyn Montgomery - kmontgomery@madison.k12.in.us

Horario de oficina principal: lunes a viernes de 7:00 a. m. a 3:30 p. m.

ESTE ES UN FORMULARIO OBLIGATORIO

Nombre de la instalación

Nombre del niño: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre de los padres: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: ____ Código Postal: _____

Registro de Vacunación

	Nacimiento	1 mes	2 meses	4 meses	6 meses	12-18 meses	2-3 años	4-6 años
Hepatitis B								
DtaP/DTP/Td								
Hib								
MMR								
IPV								
Varicela								
PCV/Prevnar								
hepatitis A								

El niño tiene antecedentes documentados de enfermedad de varicela ____ NO ____ Sí En caso afirmativo, edad _____

Por favor seleccione la respuesta apropiada:

_____ El niño ha recibido todas las vacunas apropiadas para su edad.

_____ El niño se encuentra actualmente en el proceso de recibir las vacunas completas apropiadas para su edad.

UNA DE LAS OPCIONES ANTERIORES DEBE SER SELECCIONADA POR EL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA

Comentarios: (Por favor indique las vacunas excluidas por razones médicas)

Comentarios de los padres: (Por favor indique la objeción religiosa, si la hay)

Firma del profesional médico y fecha **requerida**

Copiado del paquete de instalaciones de LLEP R2017 (revisado el 24 de febrero).
formulario debe actualizarse anualmente.

Este

Fecha _____

Nombre y título impresos (obligatorio)

Título _____



Aviso de certificado de nacimiento

Por favor proporcione una copia del certificado de nacimiento emitido por el estado de su hijo. Estamos obligados a tener este documento archivado.

Si tiene alguna pregunta sobre este documento, comuníquese con la secretaria de la escuela de su hijo/a.

¡Gracias!

Escuela Primaria Anderson

2325 Cherry Drive, Madison, IN

812-273-8528

Directora - Sra. Joyce Imel (interina)

Subdirector: Sr. Adam Jones

Secretaria - Sra. Lynn Neal

Secretaria: Sra. Alicia Ricketts (contacto de PreK) - alwricketts@madison.k12.in.us

Horario de oficina principal: lunes a viernes de 7:00 a. m. a 3:45 p. m.

Escuela primaria Deputy

14350 W. Mulberry Street, Deputy, IN

812-274-8007

Directora: Sra. Kathy Stoner

Secretaria - Sra. Shelly Owens - sowens@madison.k12.in.us

Horario de oficina principal: lunes a viernes de 7:00 a. m. a 3:30 p. m.

Escuela primaria Lydia Middleton

714 W. Main Street, Madison, IN

812-274-8005

Director - Sr. Trent Whaley

Secretaria - Sra. Angie Wielgoszinski - awielgoszinski@madison.k12.in.us

Horario de oficina principal: lunes a viernes de 7:15 a. m. a 4:00 p. m.

Escuela primaria Rykers' Ridge

2485 Rykers' Ridge Road, Madison, IN

812-274-8006

Director: Sr. Kenton Mahoney

Secretaria - Sra. Kalyn Montgomery - kmontgomery@madison.k12.in.us

Horario de oficina principal: lunes a viernes de 7:00 a. m. a 3:30 p. m.



Formulario de informe de raza/etnicidad

Apellido(s) del estudiante: _____

Nombre del estudiante: _____

Por favor responda las dos preguntas a continuación.

Parte 1: Etnicidad

¿Es este individuo hispano/latino? (Elige sólo uno)

☐ **No, no hispano/latino**

☐ **Sí, hispano/latino** : una persona de cultura u origen cubano, mexicano, puertorriqueño, sudamericano o centroamericano, o de otra cultura u origen español, independientemente de su raza.

Parte 2: Raza

¿Cuál es la raza del individuo? (Elija uno o más)

☐ **Indio americano o nativo de Alaska** : una persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos originarios de América del Norte y mantiene una identificación cultural a través de afiliación tribal o reconocimiento comunitario.

☐ **Asiático**: Una persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos originales del Lejano Oriente, el Sudeste Asiático o el subcontinente indio, incluidos, por ejemplo, Camboya, China, India, Japón, Corea, Malasia, Pakistán, las Islas Filipinas, Tailandia, y Vietnam.

☐ **Negro o afroamericano**: Una persona que tiene orígenes en cualquiera de los grupos raciales negros de África.

☐ **Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico**: una persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos originales de Hawái, Guam, Samoa u otras islas del Pacífico.

☐ **Blanco**: Una persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos originarios de Europa, Medio Oriente o el Norte de África.

Nombre del Padre de Familia / Guardián: _____

Firma del Padre / Tutor: _____



Indiana Department of Education

Dr. Katie Jenner, Secretary of Education

El Programa de Educación Migrante (MEP) provee servicios educativos suplementarios a niños que califican a través de fondos nacionales. El propósito del MEP es asegurar que todos los estudiantes migrantes tengan éxito académico y que se gradúen con su diploma (o que completen el GED/HSE).

ENCUESTA DE TRABAJO

Gracias por contestar las siguientes preguntas. Si su hijo/a es elegible para el Programa de Educación Migrante, podría recibir apoyo educativo adicional. La información es **completamente confidencial**.

Nombre del Estudiante: _____ Nombres de los Padres: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Teléfono: (____) _____

Fecha: _____ Firma de los Padres: _____

1. ¿Durante los **últimos 3 años**, se ha mudado su(s) hijo(s) por cualquier razón? **SÍ** ____ **NO** ____

2. ¿Se ha mudado alguien de su familia dentro de los Estados Unidos para buscar trabajo temporal o de temporada en algo relacionado con la agricultura? **SÍ** ____ **NO** ____

Si contestó **NO** a cualquiera de las dos preguntas, favor de parar aquí.



Si contestó **SÍ**, favor de continuar.

3. ¿Cuándo fue la última vez que usted o un miembro de su familia se mudó para trabajar en la agricultura? Mes _____ Año _____

4. Por favor marque en la parte abajo la actividad agrícola en que usted buscó trabajo o trabajó.

____ Matadero de patos, pavos, pollos, cerdos o vacas

____ Enlatar o congelar verduras o frutas en la bodega

____ La espiga (maíz)

____ Trabajar en la siembra o cosecha de césped

____ Cultivar tabaco

____ Plantar, emparejar o cortar árboles

____ Pollería o granja de huevos

____ Granja de vacas lecheras

____ Plantar o cosechar verduras o frutas

____ Cultivar y cosechar flores

____ Trabajar en un criadero de peces

____ Trabajar en la cría de plantas

Por favor escribe los nombres de todos los niños, menores de 22 años de edad, que viven con Usted.

Nombre del niño(a)	Fecha de nacimiento
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	

Formulario de acuerdo preescolar

Complete cada paso de este formulario.

Paso 1:

Nombre del estudiante : _____ Fecha de nacimiento: _____

Paso 2:

☐ Programa de medio día	☐ Programa de día completo
--	---

Paso 3:

Elija el distrito escolar en el que reside actualmente su hijo (complete un formulario de solicitud de transferencia en la oficina de administración de MCS si reside fuera del distrito escolar deseado:)

- ☐ Escuela Primaria Anderson
- ☐ Escuela Primaria Deputy
- ☐ Escuela Primaria Lydia Middleton
- ☐ Escuela primaria Rykers' Ridge

Etapas 4:

Elija una de las siguientes afirmaciones que se apliquen a su estudiante:

- ☐ Mi hijo califica para otros programas de financiación, como vales CCDF o On My Way Pre-K.
- ☐ Mi hijo califica para servicios de educación especial.
- ☐ No creo que mi estudiante califique para el programa de asistencia de matrícula y acepto pagar la matrícula.

Paso 5:

*Si no califico para recibir financiación, servicios de educación especial, etc., entiendo que al firmar este formulario requerido, acepto pagar el monto adeudado cada semana según la opción de mi programa seleccionado (**día parcial: \$80.00/semana; día completo: \$110.00/semana**). No puedo alternar entre opciones de programas durante el año escolar. **Pagaré la tarifa semanal todos los lunes**. También puedo optar por pagar una tarifa mensual el primer lunes del mes. Entiendo que si algún pago se atrasa, se me cobrará un cargo por pago atrasado de \$10.00 cada lunes que la cuenta esté atrasada. Soy consciente de que si mi pago se atrasa, tendré **diez días** para pagar el monto total o mi hijo será descontinuado del programa. **El pago completo vence cada semana independientemente de las ausencias. La tarifa semanal no se reduce a menos que el programa en el que está inscrito mi hijo esté cerrado por más de tres días en una semana determinada.** Habrá un cargo de \$25.00 por todos los cheques devueltos. Después del tercer cheque devuelto, se me pedirá que pague cada semana futura con un giro postal o en efectivo. Entiendo que todos los pagos no son reembolsables. **También entiendo que si mi hijo no califica para recibir financiación, servicios de educación especial, etc.,***

Paso 6:

Por favor inicial:

_____ Entiendo que, independientemente de la selección que elegí en el Paso 4, si llego tarde a recoger a mi hijo, se me cobrarán **\$5.00 adicionales por cada 15 minutos** de retraso.

_____ Entiendo que un máximo de **20** ausencias y/o tardanzas pueden resultar en la interrupción del programa. También entiendo que un máximo de **20** ausencias y/o tardanzas pueden resultar en la terminación de los fondos preescolares de mi hijo.

_____ Acepto seguir todas las pautas contenidas en el Manual, el Código de conducta y la Guía del programa preescolar de MCS. (Todos estos documentos se pueden encontrar en: www.madison.k12.in.us)

_____ Entiendo que se debe notificar a la escuela en caso de una ausencia llamando a la oficina de la escuela y, si es posible, se debe devolver una nota del médico.

Paso 7:

Al firmar a continuación, acepto inscribir a mi hijo en el Programa Preescolar Consolidado de Madison durante el año escolar. Acepto todos los términos mencionados en el paso 5. Entiendo que la asistencia diaria y llegar a la escuela a tiempo es importante para los resultados de aprendizaje y el éxito escolar de mi hijo. *Acepto enviar a mi hijo a la escuela de manera constante y puntual todos los días, a menos que ocurra una enfermedad o una emergencia que impida que mi hijo pueda asistir a la escuela. Acepto notificar a la escuela en caso de ausencia de mi hijo llamando a la oficina de la escuela.*

Firma del Padre / Tutor

Fecha



Política de disciplina

Una parte importante del preescolar es que los estudiantes aprendan a autocontrolar las decisiones que toman. Para que eso suceda, tenemos que permitirles cometer errores, aprender de esas decisiones y avanzar de manera positiva. Es importante que el desarrollo de su hijo se fomente mediante el cariño, la paciencia y la comprensión. Se utilizará el desarrollo profesional continuo para distinguir entre comportamientos y lo que es apropiado para el desarrollo. Sin embargo, también tenemos que abordar el mal comportamiento de los estudiantes para garantizar un ambiente seguro para todos los estudiantes. No se permitirán golpes, patadas, escupitajos, conductas verbales hostiles ni cualquier conducta que lastime a otro niño.

En respuesta a comportamientos indeseables, el personal de **preescolar** :

- respeta a tu hijo
- garantiza la seguridad de su hijo y la seguridad de los demás
- Ayude a su hijo a aprender y crecer a partir de malas decisiones.
- establece reglas claras
- hace cumplir las reglas consistentemente
- Usa lenguaje positivo para explicar el comportamiento deseado.
- habla tranquilamente con su hijo
- da opciones claras
- redirige a su hijo a una nueva actividad
- discute los procedimientos deseados
- hace que su hijo practique los procedimientos deseados.
- hace que su hijo se tome un tiempo de espera, si es necesario (durante un minuto por año de la edad de su hijo)
- discute el tema con usted
- documenta comportamientos repetidos
- remite a su hijo al consejero escolar y a otros especialistas en conducta para que los apoyen en el aula.
- posiblemente solicita una conferencia para discutir los comportamientos
- posiblemente establece un plan de conducta escrito (en este plan se podrían incluir apoyos en el hogar, es decir, intervención temprana, educación especial, referencias de asesoramiento)

En respuesta a comportamientos indeseables, el personal de **preescolar NO** :

- amenaza a su hijo
- usar castigo físico (incluso si lo solicitan los padres)
- priva a su hijo de alimentos u otras necesidades básicas
- coloque a su hijo en aislamiento
- le grita a su hijo ni usa lenguaje degradante
- humilla a su hijo

Si el comportamiento de su hijo es muy perturbador o perjudicial para sí mismo o para otros niños, su hijo puede ser retirado del aula de forma temporal hasta que se considere que es seguro regresar. Solicitaremos una conferencia con usted para discutir el comportamiento y determinar la mejor manera de ayudar a su hijo a autorregular los comportamientos. Se hará todo lo posible para ayudar a su hijo a permanecer inscrito en el programa. Sin embargo, si los comportamientos continúan y se consideran perjudiciales para su hijo o para otras personas, es posible que se le solicite que haga otros arreglos para el cuidado infantil/preescolar.

Agradecemos sus inquietudes y sugerencias. Usando las líneas a continuación, enumere cualquier otra técnica de comportamiento positivo que haya encontrado exitosa con su hijo.

Nombre del niño: _____ Fecha de nacimiento: _____

Técnicas adicionales de comportamiento positivo que se pueden usar con su hijo:

Firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____

Revisado el 24 de febrero



Comunicado de prensa para fotografías, vídeos y trabajos de estudiantes

A lo largo de cada año escolar, los estudiantes de Madison Consolidated Schools pueden tener la oportunidad de destacarse en diversos materiales o proyectos relacionados con marketing o relaciones públicas para promover actividades y logros dentro de nuestro distrito escolar. Estos pueden incluir promoción o reconocimiento a nivel de distrito, de edificio o de aula.

Por ejemplo, los estudiantes pueden ser fotografiados, entrevistados o grabados en video durante la instrucción en el aula, mientras asisten a asambleas escolares o participan en actividades extracurriculares. Los estudiantes pueden aparecer en materiales para aumentar la conciencia pública sobre nuestras escuelas a través de periódicos, radio, sitios web, DVD, exhibiciones, redes sociales, folletos u otros medios de comunicación.

Como padre o tutor de un estudiante de Madison Consolidated Schools, entiendo que mi estudiante o su trabajo, fotografías, videos o grabaciones de audio tomadas durante el transcurso del año escolar con fines promocionales y/o educativos (incluidas publicaciones impresas del distrito, presentaciones, sitios web y feeds de redes sociales). Hago esto con pleno conocimiento y consentimiento, renuncio a todos los reclamos de compensación por uso o daños y libero a MCS, su Junta Directiva, empleados y otros representantes de cualquier responsabilidad, conocida o desconocida, que surja del uso de estos materiales.

_____ SÍ, doy permiso a MCS para usar la fotografía/video/audio/trabajo de mi estudiante como se describe arriba.

_____ NO, no doy permiso a MCS para usar la fotografía/video/audio/trabajo de mi estudiante como se describe arriba.

Nombre del estudiante:

Nombre de la escuela a la que asiste:

Firma del padre: _____ Fecha: _____

***Esto se conservará en el expediente del estudiante para referencia futura.*



Escuelas consolidadas de Madison
Formulario de acuerdo de uso de Internet para estudiantes
Por favor lea y complete el formulario.

Nombre del estudiante: _____

Dirección: _____

Año de Graduación: _____

Maestro: _____

Tutor:

He recibido y leído una copia de la Carta de Madison Consolidated Schools a los padres o tutores sobre Internet, así como una copia de la Política de Madison Consolidated Schools sobre el acceso proporcionado por la Corporación a información, servicios y redes electrónicos, y acepto estas políticas. Entiendo que hay recursos disponibles en Internet que pueden considerarse inapropiados. También entiendo que es posible que mi estudiante compre bienes y servicios a través de Internet por los cuales yo podría ser responsable. Por la presente doy mi permiso para que se establezca acceso a Internet para el estudiante mencionado anteriormente.

Nombre del padre/tutor: _____

Firma del padre: _____ **Fecha:** _____



Selección de transporte

Indique qué tipo de transporte utilizará principalmente su hijo cada día.

Nombre del estudiante: _____

Mañana

- ☐ Dejaré a mi estudiante en la escuela todas las mañanas.
- ☐ Me gustaría que mi hijo vajara en autobús a la escuela todas las mañanas.
(Indique a continuación la dirección donde deberá recoger a su estudiante).

DIRECCIÓN: _____

Tarde

- ☐ Recogeré a mi hijo en la escuela al final de su programa preescolar todos los días.
- ☐ Mi estudiante asistirá a la guardería después de la escuela - ***se requiere inscripción/tarifa por separado**
- ☐ Me gustaría que mi hijo vajara en autobús a la siguiente dirección después del preescolar todos los días.
(Indique a continuación la dirección en la que deberá dejar a su estudiante).

DIRECCIÓN: _____

Entiendo que mis selecciones en este formulario serán la llegada/salida principal de mi hijo, que comenzará el primer día de clases. Entiendo que si necesito hacer cambios de transporte en un día determinado, tendré que enviar una nota escrita a la escuela con mi estudiante.

Firma del Padre / Tutor: _____

Número de teléfono de los padres: _____ Fecha: _____

****Si ha elegido que su estudiante viaje en autobús, se le proporcionará información adicional sobre los horarios de recogida, los números de autobús y los conductores de autobús en una fecha posterior.**

Uso exclusivo de oficina:

AM: Autobús # _____ / Conductor: _____ / Hora de recogida: _____
PM: Autobús # _____ / Conductor: _____ / Hora de entrega: _____