



Paquete de inscripción
para nuevos
estudiantes de PreK
Información a
conservar
2026 - 2027



FUTURE CUBS

16 de febrero de 2026

¡Es hora de pensar en la inscripción al preescolar!

Ya se aceptan reservas para preescolar en todas las escuelas primarias. ***La inscripción se realizará mediante cita previa, programada al momento de realizar la reserva.*

****Importante:**** Al completar el formulario impreso, inicia el proceso de inscripción. Esto nos autoriza a crear una cuenta de Skyward para su estudiante, lo que nos permitirá comunicarnos con usted a través de nuestro sistema de mensajería para toda la escuela con información a medida que esté disponible. Deberá completar el proceso de inscripción más adelante en el verano para que su estudiante pueda comenzar las clases en agosto.

Por favor, revise este [mapa del distrito escolar de primaria](#) para determinar la ubicación de su ESCUELA DE ORIGEN según su domicilio permanente. Si desea solicitar un traslado a otra escuela ubicada fuera de su distrito de origen, deberá completar la [Solicitud de Traslado Estudiantil](#). Esta solicitud debe completarse y entregarse en la Oficina de Administración, ubicada en 2421 Wilson Avenue. Los traslados se determinan según la disponibilidad de aulas por grado, se consideran por orden de llegada y no están garantizados. Se dará prioridad a las familias que ya tengan un estudiante en la misma escuela.

Pasos para reservar su **lugar en preescolar** para el año escolar 2026-2027 :

1. Cumplirá 3 años el 1 de agosto y **ya estará completamente entrenado para ir al baño** .
2. Llamar a la Oficina Principal de su escuela de origen y proporcione la información necesaria para ser incluido en la lista de reservas.
3. Cuando esté listo para solicitar, puede [visitar nuestro sitio web](#) para descargar el paquete. También lo tendremos disponible en cada edificio.
4. ¡Esté atento a la información de su escuela sobre la jornada de puertas abiertas de verano!



Necesitará la siguiente información para inscribirse en **preescolar o jardín de infantes** :

- Una copia del certificado de nacimiento certificado de su hijo
- Una copia del registro de vacunación de su hijo. Debe estar firmado por un médico; no se harán excepciones.
- Prueba de comprobante de domicilio. Por ejemplo, una licencia de conducir vigente, una copia de una factura de servicios públicos, una copia del extracto de una tarjeta de crédito u otras facturas enviadas por correo al domicilio. Todas deben tener una fecha no mayor a 60 días.

Cada escuela planificará una jornada de puertas abiertas especial más adelante en el verano para que los estudiantes y sus familias tengan la oportunidad de recorrer su edificio, conocer a sus maestros y hacer cualquier pregunta que puedan tener sobre el comienzo de la escuela.

Es un gran momento para ser un futuro coseznoo: ¡esperamos conocerle!



Escuela Primaria Anderson

Facebook - Anderson Elementary School
2325 Cherry Drive, Madison, Indiana
812-273-8528

Directora - Sra. Shelley Marshall

Subdirector - Sr. Adam Jones

Secretaria - Sra. Lynn Neal

Secretaria - Sra. Katelyn Ford (contacto de PreK)

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

Escuela Primaria Deputy

Facebook - Deputy Elementary School-MCS
14350 W. Mulberry Street, Deputy, IN
812-274-8007

Directora - Sra. Kathy Stoner

Secretaria - Sra. Dacia Huntsman

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

Escuela Primaria Lydia Middleton

Facebook - Lydia Middleton Elementary School
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 - Rykers' Ridge Elementary School
2485 Rykers' Ridge Road, Madison, IN
812-274-8006

Directora - Sra. Jackie Thurston

Secretaria - Sra. Brittany McKay

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

16 de febrero de 2026



Familias de preescolar/cuidado infantil

Las Escuelas Consolidadas de Madison aplican el mismo plan de almuerzos para nuestros programas de preescolar y cuidado infantil que para los estudiantes de kínder a 12.º grado. Los detalles se incluyen a continuación. Complete la solicitud adjunta para ver si califica para recibir almuerzos gratuitos o a precio reducido.

Los padres/tutores son responsables del pago total de las comidas hasta que su solicitud de comidas gratuitas o a precio reducido haya sido procesada y usted reciba una carta de determinación de la oficina del Departamento de Servicios de Alimentos indicando que su hijo ha sido aprobado para recibir comidas gratuitas o a precio reducido.

Procedimientos para las cuentas de almuerzos/comidas de los estudiantes

Las Escuelas Consolidadas de Madison ofrecen almuerzos gratuitos y almuerzos reducidos para aquellos estudiantes que califican de acuerdo con la Ley Nacional de Almuerzos Escolares de 1946 y las Regulaciones para el Almuerzo Escolar Nacional, según un acuerdo con el Departamento de Educación de Indiana. El Programa Nacional de Almuerzos Escolares (NSLP) exige que las autoridades escolares de alimentación establezcan directrices y procedimientos administrativos por escrito para el cobro de comidas. La Corporación Escolar Consolidada de Madison se adherirá al siguiente procedimiento de cobro de comidas. Todas las compras en la cafetería deben pagarse por adelantado antes de que comience el servicio de comidas. Los padres pueden consultar la actividad y el saldo de la cuenta de comidas de su hijo en cualquier momento iniciando sesión en su cuenta Skyward. Los pagos pueden realizarse enviando efectivo o un cheque a la escuela, o en línea a través de su cuenta Skyward. Se depositará el importe total recibido. No se devolverá dinero en efectivo al momento del depósito.

Las escuelas de todos los niveles proporcionarán un almuerzo reembolsable a los estudiantes que no realicen el pago correspondiente. Los padres serán responsables del pago de todos los almuerzos proporcionados. El sistema automatizado de llamadas notificará a los padres/tutores sobre cualquier saldo negativo pendiente en la cuenta de almuerzo/comida del estudiante. El coordinador de servicios de alimentación enviará cartas a los padres de los estudiantes con saldos negativos de \$25.00 o más. Todas las cuentas deben liquidarse al final del año escolar. Se enviarán cartas a casa aproximadamente 15 días antes del final del año escolar a los estudiantes con saldos negativos. Los saldos negativos superiores a \$25.00 no pagados en su totalidad obligarán a la Corporación a tomar medidas para cobrar los fondos atrasados mediante agencias de cobro, tribunales de reclamos menores o cualquier otro método legal que la Corporación considere necesario.

Puede comunicarse con el Departamento de Servicio de Alimentos de las Escuelas Consolidadas de Madison al 812-274-8108.

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.



Estimados padres,

Muchas gracias por su interés en nuestro Programa Preescolar de las Escuelas Consolidadas de Madison. Si marcó que su hijo/a califica para recibir fondos estatales, **DEBE** completar una solicitud de vale para el CCDF (Fondo para el Desarrollo del Cuidado Infantil) o para On My Way Prek. Estos son recursos financiados por el estado, no una beca financiada por MCS, por lo que usted es responsable de solicitar el vale correspondiente en línea. Si no ha sido aprobado para un vale antes de que su hijo/a comience la escuela, deberá pagar el costo semanal de la matrícula preescolar (\$130/semana).

Visite el sitio web a continuación para completar la solicitud:

<https://www.rivervalleyresources.com/asistencia-para-el-cuidado-de-ninos>



Al completar la solicitud, asegúrese de:

- Enumere **TODOS** los niños del hogar y sus nombres y fechas de nacimiento.
- Enumere **CUALQUIER** ingreso que ingrese al hogar (o si el padre está actualmente inscripto en la escuela).
- Solicite inscripción para el próximo año escolar (4 de agosto de 2026 – 21 de mayo de 2027).

Si necesita ayuda para presentar la solicitud, comuníquese con

Recursos del valle del río

Correo electrónico: info@rivervalleyresources.com

Teléfono: 812-265-2652

Llamada gratuita: 855-591-7848

Fax: 812-265-2664

DIRECCIÓN:

100 E. Segunda Calle

Madison, IN 47250

Para obtener más ayuda, puede programar una cita con su escuela o comunicarse con Kim Lyons al 812-274-8003 ext. 6128, klyons@madison.k12.in.us. Con gusto le guiaremos en el proceso.



Por favor complete
y devolver todos los
formularios
2026-2027

Formulario de Acuerdo Preescolar 2026-2027

Por favor complete cada paso de este formulario.

Paso 1:

Nombre del estudiante : _____ Fecha de nacimiento: _____

Paso 2:

☐ Programa de día completo: \$130,00/semana (más una tarifa de procesamiento del 3%)	☐ Tarifa de almuerzo: \$2,75/día
---	---

Paso 3:

Seleccione 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 adjunta
- ☐ Escuela primaria Lydia Middleton
- ☐ Escuela primaria Rykers' Ridge

Paso 4:

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

- ☐ Mi hijo califica para otros programas de financiamiento, como los vales del CCDF.
- ☐ Mi hijo califica para recibir 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 fondos, servicios de educación especial, etc., entiendo que al firmar este formulario requerido ,

- Acepto que los pagos de matrícula se deducirán automáticamente a través de Procure.
- Acepto pagar el monto adeudado cada semana. **(\$130/semana)**
- Entiendo que se me cobrará una **tarifa de procesamiento del 3%** por cada pago.
- Entiendo que la matrícula semanal se retirará automáticamente **todos los lunes para la semana siguiente.**
- Entiendo que si algún pago cae en mora, se me cobrará un cargo por mora de \$20,00 por cada día que la cuenta esté atrasada.
- Entiendo que debo abonar el pago completo cada semana, independientemente de las ausencias. **La cuota semanal no se reduce a menos que el programa en el que está inscrito mi hijo/a esté cerrado durante más de tres días en una semana determinada.**
- Entiendo que habrá un cargo de \$25.00 por fondos insuficientes.
- Entiendo que todos los pagos no son reembolsables.
- Entiendo que si mi hijo no califica para recibir fondos, servicios de educación especial, etc., seré responsable de todos los pagos.
- Entiendo que los saldos impagos después de **diez (10) días** pueden resultar en la eliminación del programa.

Paso 6:

Por favor, ponga sus iniciales:

_____ Entiendo que, independientemente de la selección que escoja en el Paso 4, si llego tarde a recoger a mi hijo, se me cobrará \$10 adicionales por los primeros cinco minutos y \$1 adicional por cada minuto posterior.

Entiendo que un máximo de **20** ausencias o tardanzas puede resultar en la suspensión del programa. También entiendo que un máximo de **20** ausencias o tardanzas puede resultar en la cancelación de la beca preescolar de mi hijo/a.

_____ Acepto seguir todas las pautas y políticas de MCS que se pueden encontrar en: www.madison.k12.in.us

_____ Entiendo que se debe notificar a la escuela en caso de 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/a en el Programa Preescolar Consolidado de Madison para el año escolar. Acepto todos los términos mencionados en el paso 5. **Entiendo que la asistencia diaria y la puntualidad son importantes para el aprendizaje y el éxito escolar de mi hijo/a.** Acepto enviar a mi hijo/a a la escuela de forma regular y puntual todos los días, a menos que una enfermedad o una emergencia le impida asistir. Acepto notificar a la escuela en caso de ausencia de mi hijo/a llamando a la secretaria.

Firma del padre/tutor

Fecha

Información de inscripción

(Comuníquese con la oficina de la escuela si alguna información cambia durante el año escolar).

Nombre del alumno	_____	Apellido	_____	Nombre	_____	Segundo	_____
nombre							
Fecha de nacimiento	____/____/____	Edad	____	Lugar de nacimiento	_____		
Dirección del alumno							
_____		Calle	_____	Ciudad	_____	Estado	_____
Código postal	_____						
Número de teléfono de contacto principal (____)	____-____		Grado		_____		
_____	Masculino	☐	Femenino	☐			
Nombre de la escuela/niñera/guardería a la que asistió por última vez	_____				Idioma:	_____	
Raza(s):	_____						

Nombre e información del padre/tutor

Nombre del padre/tutor	_____	Apellido	_____	Nombre	_____	Segundo nombre	_____
Dirección del padre							

Calle	Ciudad	Estado	Código postal				
Lugar de nacimiento del padre	_____			Divorciado	☐		
Fallecido	☐	Casado	☐				
Lugar de trabajo del padre	_____			Número de teléfono del trabajo (____)	____-____		
Dirección de correo electrónico del padre _____ Número de teléfono celular (____) ____-____							
Tutor legal	☐	Contacto de emergencia	☐	Recoger	☐		
Si se vuelve a casar, nombre del padrastro o madrastra							
_____				Apellido	Nombre		
Segundo nombre							
Lugar de trabajo del padrastro o madrastra	_____			Número de teléfono del trabajo (____)	____-____		
Dirección de correo electrónico del padrastro o madrastra _____ Número de teléfono celular (____) ____-____							
Tutor legal	☐	Contacto de emergencia	☐	Recoger	☐		

Nombre de la madre/tutora	_____	Apellido	_____	Nombre	_____	Segundo	_____
nombre							
Dirección de la madre	_____						
Código postal	_____	Calle	_____	Ciudad	_____	Estado	_____
Lugar de nacimiento de la madre	_____			Divorciada	☐		
Fallecida	☐	Casada	☐				
Lugar de trabajo de la madre	_____			Número de teléfono del trabajo (____)	____-____		

Dirección de correo electrónico de la madre _____ Número de teléfono celular
(____) _____ - _____

Tutor legal ☐ Contacto de emergencia ☐ Recoger ☐

Si se vuelve a casar, nombre del padrastro o madrastra

_____ Apellido _____ Nombre _____ Segundo
nombre

Lugar de trabajo del padrastro o madrastra _____ Número de teléfono del trabajo
(____) _____ - _____

Dirección de correo electrónico del padrastro o madrastra _____ Número de
teléfono celular (____) _____ - _____

Tutor legal ☐ Contacto de emergencia ☐ Recoger ☐

Información de custodia

El alumno vive con (marque una opción): Padres Padre Madre Tutor Parentesco:

Información de custodia especial

* Si corresponde, proporcione a la escuela la documentación adecuada sobre las circunstancias mencionadas anteriormente (es decir, grado de adopción, documentos de tutela, documentos de acuerdo de custodia, etc.)

Información de emergencia

¿Tiene su hijo/a un PEI (IEP)? Sí ☐ No ☐ Área:

¿Su hijo/a toma medicación? Sí ☐ No ☐ En caso afirmativo, por favor indique:

Enumere cualquier **alergia conocida**:

Enumere cualquier **problema médico conocido**

: _____

Contactos de emergencia

***En caso de EMERGENCIA, ENFERMEDAD o ACCIDENTE de los niños mencionados anteriormente, la escuela está autorizada a comunicarse con las siguientes personas cuyos nombres y números de teléfono se enumeran a continuación :**

Contacto de emergencia n.º 1 _____ (____) _____ - _____

Nombre

Teléfono

Relacion

Contacto de emergencia n.º 2 _____ (____) _____ - _____

Nombre

Teléfono

Relacion

Contacto de emergencia n.º 3 _____ (____) _____ - _____

Nombre

Teléfono

Relacion

Recoger

Además de las personas mencionadas anteriormente , las siguientes personas tienen permiso para retirar a mi hijo de la escuela:

1.

Nombre

()

Teléfono

-

Relacion

2.

Nombre

()

Teléfono

-

Relacion

3.

Nombre

()

Teléfono

-

Relacion

Si corresponde: enumere los nombres, las edades, los grados y las escuelas a las que asisten TODOS los hermanos:

Nombre	Relación	Edad	Calificación	Escuela

Información del médico/hospital

Médico de Familia

Teléfono ()

-

Hospital de Emergencias

Teléfono ()

-

Firma del padre/tutor

Firma del padre/tutor

Fecha

Año escolar _____ Escuela _____ Grado _____ Maestro _____

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL DEL HISTORIAL MÉDICO DEL ESTUDIANTE

(Debe 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) _____

¿Este estudiante se encuentra actualmente bajo atención médica? _____ Describa:

Nombre del médico: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____

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

2. Si el estudiante va a tomar medicamentos en la escuela, comuníquese con la enfermera o la oficina de la escuela para obtener pautas .

3. ¿Tiene este niño algún problema médico o físico que la escuela deba conocer? (Cansancio, alergias, dolores de cabeza, hemorragia nasal, discapacidades, etc.)

4. ¿Este estudiante tiene **asma*** diagnosticado por un médico? No _____ Sí _____ * En caso afirmativo, comuníquese con la enfermera escolar para obtener los formularios correspondientes 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 escolar para obtener los formularios correspondientes para el plan de atención médica.

En caso afirmativo, el estudiante es alérgico a:

El tratamiento para la alergia mencionada anteriormente es:

¿Se receta un EpiPen*? Sí _____ No _____ En caso afirmativo, los padres deben proporcionar el EpiPen para que se guarde en la escuela.

6. ¿Tiene este estudiante un **trastorno convulsivo*** diagnosticado por un médico? No _____ Sí _____ * Si es así, comuníquese con la enfermera de su escuela para obtener los formularios apropiados para el plan de atención del médico. En caso afirmativo, indique el medicamento, la cantidad y la hora de administración

¿Se le recetó Diastat u otro medicamento de emergencia? No _____ Sí _____

7. ¿Le ha diagnosticado algún médico a este estudiante algún tipo de tendencia hemorrágica? No ____ Sí ____ En caso afirmativo, comuníquese con la enfermera escolar para obtener los formularios correspondientes 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 adecuados para el plan de atención del médico. *

9. ¿Este estudiante usa gafas? No ____ Sí ____ ¿Lentes de contacto? No ____ Sí ____

10. ¿Este estudiante ha tenido varicela? Sí ____ No ____ (Si es así, fecha aproximada: _____)

He leído los términos del Programa de Registro de Inmunización 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 contactar a los contactos de emergencia, el personal de Madison Consolidated Schools tiene autorización para notificar al Servicio de Emergencias Médicas (SME) y trasladarlo al Hospital Kings Daughters. Si mi hijo/a presenta síntomas de una reacción alérgica en la escuela, el personal de Madison Consolidated Schools tiene autorización para administrarle Benadryl.

Firma del tutor _____ Fecha _____



Carta de vacunación - **SE REQUIERE ATENCIÓN**

Queridas familias:

El estado exige que el formulario adjunto se incluya en el expediente de cada estudiante, junto con una copia de su cartilla de vacunación. Necesitaremos que su proveedor médico firme el formulario adjunto, incluso si su cartilla de vacunación está firmada. El estado confirmará que tenemos este documento y que está firmado y fechado por el proveedor médico de su hijo cuando realice la inspección del centro. 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 directrices estatales.

Puede devolver el formulario firmado a la escuela en persona o su médico puede escanearlo y enviarlo por correo electrónico al secretario de su escuela. Si es necesario, con gusto le enviaremos una copia del formulario en blanco para que pueda enviarlo por correo electrónico o fax al consultorio médico y así facilitar este proceso.

Gracias de antemano.

Escuela Primaria Anderson

812-273-8528

Secretaria - Sra. Katelyn Ford (contacto de PreK) - kford@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. Dacia Huntsman - dhuntsman@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. Brittany McKay - bmckay@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 del padre/madre: _____ 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								
vacuna triple vírica								
Violencia de pareja								
Varicela								
PCV/Prevnar								
Hepatitis A								

El niño tiene antecedentes documentados de enfermedad de varicela ____ NO ____ Sí Si es así, edad ____

Por favor seleccione la respuesta apropiada:

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

_____ El niño está actualmente en proceso de recibir todas las vacunas apropiadas para su edad.

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

Comentarios: (Enumere 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** _____ Fecha

Nombre y título impresos (obligatorio) _____ Título

Política de disciplina



Una parte importante del preescolar es que los estudiantes aprendan a autocontrolar sus decisiones. Para ello, debemos permitirles cometer errores, aprender de sus decisiones y avanzar de forma positiva. Es fundamental que el desarrollo de su hijo se fomente con cariño, paciencia y comprensión. Se utilizará el desarrollo profesional continuo para distinguir entre los comportamientos y lo que es apropiado para su desarrollo. Sin embargo, también debemos abordar el mal comportamiento de los estudiantes para garantizar un entorno seguro para todos. No se permitirán golpes, patadas, escupitajos, comportamientos verbales hostiles ni ningún comportamiento que pueda lastimar a otro niño.

En respuesta a conductas indeseables, el personal preescolar :

- respetará a tu hijo
- garantizará la seguridad de su hijo y la seguridad de los demás
- ayudará a su hijo a aprender y crecer a partir de malas decisiones
- establecerá reglas claras
- hará cumplir las reglas de manera consistente
- utilizará un lenguaje positivo para explicar el comportamiento deseado
- le hablará con calma a su hijo
- dará opciones claras
- Redirigirá a su hijo a una nueva actividad
- discutirá los procedimientos deseados
- hará que su hijo practique los procedimientos deseados
- hará que su hijo se tome un descanso, si es necesario (un minuto por cada año de edad de su hijo)
- discutirá el tema contigo
- documentará comportamientos repetidos
- remitirá al consejero escolar y a otros especialistas en comportamiento para recibir apoyo en el aula.
- posiblemente solicitará una conferencia para discutir los comportamientos
- posiblemente establecerá un plan de comportamiento escrito (este plan podría incluir apoyos en el hogar, es decir, intervención temprana, educación especial, derivaciones a asesoramiento)

En respuesta a conductas indeseables, el personal preescolar : **NO** :

- amenazará a su hijo
- utilizará el castigo físico (incluso si lo solicita el padre)
- privará a su hijo de alimentos u otras necesidades básicas
- colocará a su hijo en aislamiento
- le gritará a su hijo o usar lenguaje degradante
- humillará a tu hijo

Si el comportamiento de su hijo/a es muy disruptivo/a o perjudicial para sí mismo/a o para otros niños, es posible que lo/la retiren del aula temporalmente hasta que se considere seguro regresar. Solicitaremos una reunión con usted para hablar sobre el comportamiento y determinar la mejor manera de ayudarlo/a a autorregularlo/a. Haremos todo lo posible para que su hijo/a permanezca inscrito/a en el programa. Sin embargo, si el comportamiento persiste y se considera perjudicial para su hijo/a o para otros niños/as, es posible que se le pida que busque otro/a centro de cuidado infantil/preescolar.

Agradecemos sus inquietudes y sugerencias. A continuación, enumere otras técnicas de comportamiento positivo que le hayan funcionado con su hijo.

Nombre del niño: _____ Fecha de nacimiento: _____

mes/día/a

Técnicas adicionales de comportamiento positivo para utilizar con su hijo:

Firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____



Formulario de acuerdo sobre los criterios de entrenamiento para ir al baño en preescolar

El Centro Consolidado de Desarrollo Temprano Madison considera la educación como una colaboración entre estudiantes, padres y maestros. Creemos que es esencial desarrollar una buena relación con nuestras familias, basada en la comunicación abierta 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** entrenados para ir al baño para poder inscribirse en el programa.

Los niños deben saber usar el baño al entrar 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 podrían ser dados de baja del programa hasta que dominen el control de esfínteres. La reinscripción al programa preescolar, una vez que hayan dominado el control de esfínteres, dependerá de la disponibilidad de cupos. Cada niño debe tener un cambio de ropa en su mochila todos los días en caso de accidente. Si un niño tiene un accidente de "ir al baño", el personal lo ayudará a cambiarse a ropa limpia y seca. Por favor, informe al personal si tiene alguna inquietud específica sobre la capacidad de su hijo para completar el proceso de control de esfínteres completamente por su cuenta. Ayudaremos a los estudiantes según sea necesario con el aprendizaje de abotonar, abrochar, cerrar los pantalones, tirar de la cadena, etc. *Se harán excepciones a nuestros requisitos de control de esfínteres para los estudiantes que tengan un diagnóstico médico y/o una evaluación que indique un retraso en el desarrollo que interfiera con el proceso de control de esfínteres.*

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

Firma del padre/tutor



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 cada mañana.
- ☐ Me gustaría que mi hijo tomara el autobús para ir a la escuela todas las mañanas.
(Indique a continuación la dirección donde deberá recoger a su estudiante).

DIRECCIÓN: _____

Tarde

- ☐ Recogeré a mi estudiante en la escuela al final de su programa preescolar cada día.
- ☐ Mi estudiante asistirá a After School Childcare - ***se requiere inscripción/tarifa por separado**
- ☐ Me gustaría que mi hijo vijara en autobús a la siguiente dirección después del preescolar cada día.
(Enumere a continuación la dirección en la que deberá dejarse a su estudiante).

DIRECCIÓN: _____

Entiendo que mis selecciones en este formulario serán la hora de llegada y salida principal de mi hijo/a, que comenzará el primer día de clases. Entiendo que, si necesito hacer cambios en el transporte algún día, debo enviar una nota por escrito a la escuela con mi hijo/a.

Firma del padre/tutor: _____

Número de teléfono del padre/madre: _____ Fecha: _____

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

Solo para uso de oficina:

AM: Autobús n.º _____ / Conductor: _____ / Hora de recogida: _____

PM: Autobús n.º _____ / Conductor: _____ / Hora de recogida: _____



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:** _____



Comunicado de prensa para fotografías, vídeos y trabajos de estudiantes

A lo largo de cada año escolar, los estudiantes de las Escuelas Consolidadas de Madison pueden tener la oportunidad de destacarse en diversos materiales o proyectos de marketing o relaciones públicas para promover actividades y logros dentro de nuestro distrito escolar. Estos pueden incluir promociones o reconocimientos a nivel de distrito, de plantel o de aula.

Por ejemplo, se puede fotografiar, entrevistar o grabar en video a los estudiantes durante las clases, mientras asisten a asambleas escolares o participan en actividades extracurriculares. Se puede incluir a los estudiantes en materiales para dar a conocer nuestras escuelas al público a través de periódicos, radio, sitios web, DVD, exhibiciones, redes sociales, folletos u otros medios de comunicación.

Como padre, madre o tutor de un estudiante de las Escuelas Consolidadas de Madison, entiendo que mi estudiante o su trabajo, fotografías, videos o grabaciones de audio se toman durante el año escolar con fines promocionales o educativos (incluyendo publicaciones impresas del distrito, presentaciones, sitios web y redes sociales). Hago esto con pleno conocimiento y consentimiento, renuncio a cualquier reclamación de compensación por uso o daños, y eximo a MCS, su Junta Directiva, empleados y demás representantes de cualquier responsabilidad, conocida o desconocida, derivada del uso de estos materiales.

____ S, doy permiso a MCS para utilizar las fotografías/videos/audios/trabajos de mi estudiante como se describe anteriormente.

____ NO, no doy permiso a MCS para utilizar las fotografías/videos/audios/trabajos de mi estudiante como se describe anteriormente.

Nombre del estudiante: _____

Nombre de la escuela a la que asiste: _____

Firma del padre/madre: _____ Fecha: _____

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