



Formularios de Inscripción de las Escuelas Públicas de Reading

FORMULARIO DE SOLICITUD PARA KINDERGARTEN DE JORNADA COMPLETA

Las Escuelas Públicas de Reading ofrecen un programa de jornada completa con pago de matrícula. El costo del programa de jornada completa es _____, y el monto se puede pagar en 10 mensualidades. A los estudiantes cuyas familias completen los formularios necesarios y califiquen para recibir almuerzos gratuitos o a precio reducido no se les cobrará o se les reducirá el monto de la matrícula. Los formularios para recibir almuerzos gratuitos o a precio reducido para el año escolar 2022-23 estarán disponibles a principios del verano de 2022.

Complete la siguiente información y devuelva este formulario junto con el pago no reembolsable de la solicitud, de \$45 (solamente en efectivo o a través de un cheque) antes del _____, a la Oficina del Superintendente, 82 Oakland Road, Reading, MA 01867.

Nombre del estudiante _____

Fecha de nacimiento: _____

Sexo: _____ Masculino _____ Femenino _____ No binario

Nombre del primer representante/tutor: _____

Dirección del hogar: _____

Número(s) telefónico(s): _____

Correo electrónico: _____

Nombre del segundo representante/tutor: _____

Dirección del hogar: _____

Número(s) telefónico(s): _____

Correo electrónico: _____

Las asignaciones de Kindergarten se basarán en la ubicación geográfica y el tamaño de la clase.

_____ Adjunto un cheque por la cantidad de \$35, a nombre de: "*Town of Reading*".

Si necesita más información sobre el proceso de solicitud, comuníquese con la Oficina del Superintendente al _____

Solo para uso oficial

_____ Cheque recibido

_____ Fecha de recepción



Formularios de Inscripción de las Escuelas Públicas de Reading

INSCRIPCIÓN PARA LA ADMISIÓN ESCOLAR

* Se deben completar todos los campos. Si hay algo que no se aplique a su caso, indique "No" o "N/A"

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE:

Grado al cual ingresa _____

Nombre del estudiante: _____
Apellido Primer nombre Segundo nombre

Dirección: _____

CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CP: _____ TELÉFONO PRINCIPAL (obligatorio) _____

GÉNERO: Masculino Femenino No binario FECHA DE NAC. DEL ESTUDIANTE _____
MM-DD-AAAA

Ciudad/Estado DE NACIMIENTO (ciudad): _____ PAÍS de nacimiento: _____

Escuela(s) anterior(es) a la(s) que asistió el estudiante (indique primero la más reciente):

1) _____
Escuela Dirección Estado/Código postal

2) _____
Escuela Dirección Estado/Código postal

¿PRIMERA VEZ QUE SE INSCRIBE EN UNA ESCUELA DE MASSACHUSETTS?: Sí No

RAZA/ETNICIDAD - ESCOGER UNA: Hispano No hispano

ELIJA TODOS LOS QUE SE APLIQUEN – DEBE ESCOGER AL MENOS UNA:

Blanco/Caucásico Negro/Afroamericano Asiático Nativo americano Nativo hawaiano/isleño del Pacífico

PROGRAMA EDUCATIVO INDIVIDUALIZADO (PEI): ¿El estudiante recibe servicios de un PEI? Sí No

PLAN DE ADAPTACIÓN 504: ¿El estudiante recibe servicios de un Plan 504? Sí No

¿HA RECIBIDO SERVICIOS DE APRENDIZAJE DE INGLÉS (EL)? Sí No ¿NECESITA SERVICIOS DE EL? Sí No

EL ESTUDIANTE RESIDE CON: Madre _____ Padre _____ Tutor _____ Alguien más _____

ESTADO DE TUTOR: Sí No

CUSTODIA/TUTELA DEL ESTADO: Sí No

¿EXISTE UN ACUERDO DE CUSTODIA?: Sí No

Si responde Sí, proporcione una copia del acuerdo de custodia a la oficina principal de la escuela de su estudiante.

(Recopilar información sobre el representante que no tiene la custodia: [dirección para los informes del MCAS](#))

HERMANOS: INDIQUE TODOS LOS HERMANOS QUE VIVEN EN EL MISMO DOMICILIO QUE EL ESTUDIANTE

NOMBRE COMPLETO DEL HERMANO(A) _____ GRADO _____ ESCUELA _____

NOMBRE COMPLETO DEL HERMANO(A) _____ GRADO _____ ESCUELA _____

NOMBRE COMPLETO DEL HERMANO(A) _____ GRADO _____ ESCUELA _____

INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL REPRESENTANTE/TUTOR:

CONTACTO PRINCIPAL:

NOMBRE: _____

DIRECCIÓN: _____

CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

TELÉFONO PRINCIPAL: _____ TELÉFONO ALTERNO: _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____ RELACIÓN CON EL ESTUDIANTE: _____

CONTACTO SECUNDARIO:

NOMBRE: _____

DIRECCIÓN: _____

CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

TELÉFONO PRINCIPAL: _____ TELÉFONO ALTERNO: _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____ RELACIÓN CON EL ESTUDIANTE: _____

INFORMACIÓN DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA – EL CONTACTO DEBE SER ALGUIEN QUE NO SEA EL REPRESENTANTE/TUTOR

NOMBRE: _____ TELÉFONO PRINCIPAL: _____

RELACIÓN CON EL ESTUDIANTE: _____

NOMBRE: _____ TELÉFONO PRINCIPAL: _____

RELACIÓN CON EL ESTUDIANTE: _____

NOMBRE: _____ TELÉFONO PRINCIPAL: _____

RELACIÓN CON EL ESTUDIANTE: _____



Formularios de Inscripción de las Escuelas Públicas de Reading

REQUISITOS DE RESIDENCIA

Para poder asistir a las Escuelas Públicas de Reading, el estudiante debe residir en la Ciudad de Reading. Antes de que un estudiante se inscriba en las Escuelas Públicas de Reading y pueda comenzar a asistir a clases, se debe proporcionar un comprobante de residencia principal. La residencia temporal en la ciudad de Reading con el único propósito de asistir a las Escuelas Públicas de Reading no se considera como residencia. Debido a que la residencia puede cambiar para los estudiantes y sus familias durante el año académico y la vida educativa de un estudiante, las Escuelas Públicas de Reading podrían continuar verificando la residencia después de que comiencen las clases.

¿Qué documentos se requieren para verificar la residencia?

Se debe enviar un documento de cada una de las siguientes columnas:

Prueba de residencia	Prueba de ocupación	Prueba de identificación
<p><u>Se requiere uno de los siguientes:</u></p> <ul style="list-style-type: none">● Estado de cuenta reciente de la hipoteca● Recibo de pago de impuestos a la propiedad● Arrendamiento de Vivienda y Desarrollo Urbano (HUD, por sus siglas en inglés) u otro contrato de arrendamiento de Vivienda Pública (Sección 8)● Declaración de Liquidación (Declaración de Cierre) de HUD	<p><u>Se requiere uno de los siguientes:</u> con fecha dentro de los últimos 30 días</p> <ul style="list-style-type: none">● Factura de televisión por cable/satélite● Recibo de luz● Recibo de gas● Recibo de agua● Seguro del hogar o Seguro de inquilinos (<i>Home/Renter's Insurance</i>)	<p><u>Se requiere una identificación válida con foto de la siguiente lista:</u></p> <ul style="list-style-type: none">● Licencia de conducir● Tarjeta de identificación del estado● Pasaporte● Tarjeta de identificación militar● Otra identificación oficial con foto, emitida por el gobierno

¿Qué pasa si el estudiante vive con un amigo o familiar que reside en Reading?

El representante/tutor y el propietario/inquilino deben completar la declaración jurada de residencia y ambas firmas deben ser notariadas. La persona con quien vive el estudiante debe presentar su propia prueba de residencia, prueba de ocupación e identificación oficial con foto.

Encuesta del idioma hablado en el hogar

Los reglamentos del Departamento de Educación Primaria y Secundaria de Massachusetts exigen que *todas* las escuelas determinen los idiomas que se hablan en los hogares de los estudiantes para así identificar sus necesidades específicas relacionadas con el idioma. Esta información es esencial para que las escuelas puedan proveer instrucción que todos los estudiantes puedan aprovechar. Si en su hogar se habla otro idioma que no sea inglés, se requiere que el Distrito evalúe a su hijo más a fondo. Ayúdenos a cumplir con este importante requisito respondiendo a las siguientes preguntas. Gracias por su ayuda.

Información del estudiante		
Nombre _____	Segundo nombre _____	Apellido _____
		F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Sexo
País de nacimiento _____	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) _____ / _____ / _____	Fecha de matriculación inicial en CUALQUIER escuela de EE.UU. (mm/dd/aaaa) _____ / _____ / _____
Información de la escuela		
_____ / _____ /20 _____	_____	_____
Fecha de comienzo en la escuela nueva (mm/dd/aaaa)	Nombre de la escuela y ciudad anterior	Grado actual
Preguntas para los padres/encargados		
¿Cuál es el idioma principal que se habla en el hogar, independientemente del idioma que hable el estudiante? 	¿Qué idioma(s) se habla(n) con su hijo? (incluya parientes -abuelos, tíos, tías, etc. - y encargados del cuidado) _____ infrecuentemente / algunas veces / frecuentemente / siempre _____ infrecuentemente / algunas veces / frecuentemente / siempre	
¿Cuál fue el primer idioma que entendió y habló su hijo? 	¿Qué idioma usa usted principalmente con su hijo? 	
¿Cuántos años ha asistido el estudiante a escuelas en los Estados Unidos (sin incluir el pre-kínder)? 	¿Qué idiomas usa su hijo? (encierre uno en un círculo) _____ infrecuentemente / algunas veces / frecuentemente / siempre _____ infrecuentemente / algunas veces / frecuentemente / siempre	
¿Requerirá usted la información impresa de la escuela en su idioma natal? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Requerirá usted un intérprete/traductor en reuniones de padres y maestros? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Si contesto que sí, ¿qué idioma? _____	Si contesto que sí, ¿qué idioma? _____	
Firma del padre/la madre/encargado: X	_____ / _____ /20 _____ Fecha de hoy: (mm/dd/aaaa)	

Spanish



Formularios de Inscripción de las Escuelas Públicas de Reading

REQUISITOS MÉDICOS PARA LA ADMISIÓN ESCOLAR

Este es el paquete médico que le enviamos por correo antes de la inscripción de Kindergarten, de manera que tenga tiempo suficiente para cumplir con estos requisitos y traer los formularios completos cuando inscriba a su estudiante en la escuela.

Vacunas: El Departamento de Salud Pública, en colaboración con el Departamento de Educación, ha actualizado las vacunas que se requieren para ingresar a la escuela:

Lista de verificación de requisitos: Asegúrese de que el médico del estudiante documente las siguientes fechas de vacunación.

1. Se requieren dos (2) dosis de la vacuna contra sarampión, paperas y rubéola (MMR, por sus siglas en inglés) para ingresar a Kindergarten. La combinación de MMR es obligatoria.
2. Se requieren cinco (5) dosis de la vacuna contra difteria, tos ferina y tétano (DPT, por sus siglas en inglés) para ingresar a Kindergarten, a menos que la cuarta dosis se haya administrado después del cuarto cumpleaños.
3. Se requieren cuatro (4) dosis de la vacuna contra la polio para ingresar a Kindergarten, a menos que la tercera dosis se haya administrado después del cuarto cumpleaños.
4. Se requieren tres (3) dosis de la vacuna contra la hepatitis B para ingresar a Kindergarten.
5. Vacuna contra la varicela: A partir de septiembre de 2011, se requieren 2 dosis de la vacuna contra la varicela o un historial confiable, y debidamente certificado por un médico, de que el estudiante que va a ingresar a Kindergarten ya ha contraído la varicela.
6. Examen de detección de plomo: Es obligatorio para todos los estudiantes que ingresan a Kindergarten.

REGULACIONES DE DETECCIÓN

Las regulaciones del Departamento de Salud Pública, vigentes a partir del 1 de marzo de 1990, requieren como condición para ingresar a Kindergarten que los niños presenten evidencia de haber sido previamente evaluados por envenenamiento por plomo. Esto significa que los representantes de niños a quienes se les realizó una prueba de detección de plomo a la edad de 1, 2, 3, 4 o 5 años deben solicitar una verificación al proveedor de atención médica de su estudiante. Si el niño que va a ingresar a Kindergarten nunca ha sido examinado en cuanto al envenenamiento por plomo, pueden recibir una prueba de detección simple de su proveedor de atención médica. Para obtener más información, llame al Programa de Prevención del Envenenamiento Infantil por Plomo, al 1-800-532-9571.

Examen médico: Se requiere que todos los niños cuenten con un examen físico completo con evaluación de la vista y el oído por parte de su proveedor de atención médica, antes de ser admitidos en la escuela.

Exención médica: Se requiere una declaración del médico que indique la razón por la cual no se debe administrar una o más vacunas.

Exención religiosa: Si su estudiante no se ha vacunado por razones religiosas, un funcionario de su iglesia o denominación religiosa debe completar un certificado que deberá renovarse al comienzo de cada año escolar. Estos requisitos se harán cumplir estrictamente, y cualquier estudiante que no los cumpla antes del **primer** día de clases será enviado a casa hasta que recibamos la certificación del examen físico y las vacunas requeridas. Para evitar que suceda esto, recomendamos hacer una cita con el médico de su estudiante apenas reciba este paquete. Gracias por su amable cooperación.



Formularios de Inscripción de las Escuelas Públicas de Reading

HISTORIAL MÉDICO

Estimado representante/tutor,

Por favor complete lo mejor que pueda este cuestionario y lo devuelva a la Enfermería de la escuela. Esta información es para el expediente médico escolar confidencial que se mantiene para cada estudiante, y es de gran ayuda para que las enfermeras escolares puedan entender y ayudar a salvaguardar la salud de su estudiante.

HISTORIAL MÉDICO:

A. Nombre del estudiante _____ Género _____
Dirección _____ Lugar de nacimiento _____
Fecha de nacimiento _____

Nombre del padre _____ Nro. de celular _____
Correo electrónico: _____

Nombre de la madre _____ Nro. de celular _____
Correo electrónico: _____

Hermano(a) _____
Hermano(a) _____
Hermano(a) _____
Hermano(a) _____
Hermano(a) _____

Nombre del médico del estudiante (o clínica) _____

Nombre del dentista del estudiante _____

HISTORIAL MÉDICO: ¿Su estudiante ha tenido alguna de las siguientes condiciones?

(Responda Sí o No. Si la respuesta es Sí, dé una breve explicación donde se indica.)

- | | | |
|--|------------|-------|
| 1. Asma _____ | Edad _____ | _____ |
| 2. Alergias: | | |
| alimento _____ | Edad _____ | _____ |
| látex _____ | Edad _____ | _____ |
| picaduras de abeja _____ | Edad _____ | _____ |
| medicamento _____ | Edad _____ | _____ |
| 3. Dolores de cabeza frecuentes _____ | Edad _____ | _____ |
| 4. Amígdalas agrandadas o infectadas _____ | Edad _____ | _____ |
| 5. Problemas cardiacos _____ | Edad _____ | _____ |
| 6. Problema gastrointestinal _____ | Edad _____ | _____ |
| 7. Orina con frecuencia _____ | Edad _____ | _____ |
| 8. Infecciones de oído _____ | Edad _____ | _____ |
| 9. Inquietud auditiva _____ | Edad _____ | _____ |
| 10. Inquietud visual _____ | Edad _____ | _____ |
| ¿Usa anteojos? _____ | Edad _____ | _____ |
| 11. Concusión _____ | Edad _____ | _____ |
| 12. Convulsiones _____ | Edad _____ | _____ |
| 13. Diabetes _____ | Edad _____ | _____ |
| 14. Otras enfermedades o afecciones _____ | Edad _____ | _____ |
| 15. Hospitalizaciones _____ | Edad _____ | _____ |
| 16. Cirugías _____ | Edad _____ | _____ |



Formularios de Inscripción de las Escuelas Públicas de Reading

Información de Notificación de Blackboard Connect para Contacto en Caso de Emergencia

Las Escuelas Públicas de Reading utilizarán el sistema automatizado Blackboard Connect para enviar mensajes de texto, correos electrónicos y llamar por teléfono, de la manera siguiente:

- Cuando se utilice para fines informativos rutinarios, tales como cancelaciones por nieve y mensajes comunitarios, se llamará al “Número de teléfono preferido 1” y al “Teléfono del representante que no tiene la custodia” (si corresponde) y/o se enviará un mensaje a una o ambas direcciones de correo electrónico.
- Cuando se utilice para fines más críticos, tales como el cierre o la evacuación de una escuela, se llamará a todos los números telefónicos que se encuentran a continuación. Además, se enviarán mensajes a las direcciones de correo electrónico y a los números de mensaje de texto que se encuentran a continuación.

No incluya números de teléfono con extensiones. Esta información es para uso exclusivo de los departamentos escolares. Incluya en cada número telefónico todos sus respectivos códigos de área.

Nombre del estudiante	
Escuela	
Grado	
Número telefónico preferido 1	
Número telefónico 2	
Número telefónico 3	
Número telefónico 4	
Número telefónico 5	
Correo electrónico preferido 1	
Correo electrónico 2	
Número de mensaje de texto 1	
Número de mensaje de texto 2	
Teléfono del representante que no tiene la custodia	

Favor devolver este formulario completo junto con sus materiales de inscripción.

¿Su estudiante toma algún medicamento? Sí _____ No _____
Nombre del medicamento _____ Motivo _____

HISTORIA DEL DESARROLLO

1. ¿Existe algún antecedente de problemas médicos durante el embarazo, el parto o el período neonatal?

¿Su estudiante alguna vez ha vivido separado de sus padres? _____ Edad _____

¿Durante cuánto tiempo? _____ Motivo _____

¿Alguna vez le preocupó alguna fase del desarrollo físico, social o conductual de su estudiante?

Sí _____ No _____ Edad _____

Explique _____

Enumere otras experiencias que pudieran afectar el desarrollo social o físico de su estudiante, como cambios frecuentes de residencia, separación o divorcio de los representantes, la muerte de un familiar o algún otro acontecimiento traumático.

**EN CASO DE EMERGENCIA - SI NO SE LE PUEDE LOCALIZAR A USTED -
SU ESTUDIANTE SERÁ LLEVADO AL HOSPITAL MÁS CERCANO**

FIRMA DEL REPRESENTANTE/TUTOR _____

FECHA _____