

COOK COUNTY SCHOOL DISTRICT 130

12300 S. Greenwood · Blue Island, Illinois 60406
District Office Phone (708) 385-6800 Facsimile (708) 385-8467

Junio 28, 2011

Estimado Padre(s)/Guardián(es):

La Mesa Directiva del Distrito 130 del Condado de Cook acaba de aprobar nuevas zonas escolares de distrito para ciertas de nuestras escuelas que puede afectar muchos de nuestros estudiantes. Estas nuevas zonas escolares específicamente afectaran a los estudiantes que asisten las escuelas George Washington en Alsip, Paul Revere Primary en Blue Island, y Paul Revere Intermediate en Blue Island.

Si su niño asistió la escuela George Washington para el año escolar 2010-2011, su niño se quedara en la escuela George Washington.

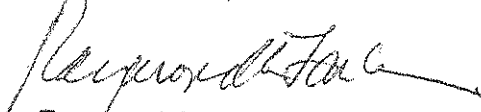
Si su niño estaba inscrito en el programa de Dual Lenguaje (Dual Language) o estaba en un salón Categórico de Educación Especial (Cross Categorical Special Education) en las escuelas Paul Revere Primary o Paul Revere Intermediate para el año escolar 2010-2011, su niño se quedara en Paul Revere Primary o Paul Revere Intermediate.

Su usted vive en medio de las calles 123rd Street y 127th Street en medio de la Maple Avenue y la Kedzie Avenue, su niño asistirá la escuela Greenwood para Kindergarten y la escuela George Washington para los grados 1 – 5.

Adjunto hallé una carta que le da la información que usted necesita para registra a su niño, y incluye las fechas, los tiempos y el local donde debe ir a registrar a su niño.

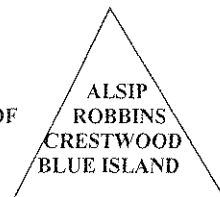
Si tiene cualquier pregunta siéntase libre en hablarle a la Srta. Cheryl Vacca al 708-489-7021.

Sinceramente,



Raymond A. Lauk, Ph.D.
Superintendent

SERVING THE COMMUNITIES OF



2011 – 2012 FALL REGISTRATION

Tuesday, August 9, 2011 and Wednesday, August 10, 2011
11:00 a.m. until 7:00 p.m.

Registration sites:

Paul Revere Primary.....Greenwood, PRP, PRI, Veterans
Lincoln.....Lincoln, Whittier, Kerr,
George Washington.....Greenwood, George Washington
Nathan Hale Middle.....NHP, NHI, NHM

A ten dollar (\$10.00) fee will be assessed if registration is not completed AND all applicable fees are not paid during designated registration dates.

2011 – 2012 Fall Registration for Horace Mann and Nathan Hale Primary Early Childhood Program

Monday, August 8, 2011 and Tuesday, August 9, 2011
11:00 a.m. until 7:00 p.m. at Horace Mann

A ten dollar (\$10.00) fee will be assessed if registration is not completed AND all applicable fees are not paid during designated registration dates.

2011 – 2012 INSCRIPCIONES DE OTOÑO

Martes, 9 de Agosto, 2011 y Miércoles, 10 de Agosto, 2011
11:00 a.m. a 7:00 p.m.

Sitios de Inscripción:

Paul Revere Primary.....Greenwood, PRP, PRI, Veterans
Lincoln.....Lincoln, Whittier, Kerr,
George Washington.....Greenwood, George Washington
Nathan Hale Middle.....NHP, NHI, NHM

Se le cobrara un costo de diez dólares (\$10.00) si la inscripción no es completada y todos los honorarios aplicables no son pagados durante fechas de inscripciones designadas.

2011 – 2012 Inscripciones de Otoño para Horace Mann and Nathan Hale Primary Early Childhood Program

Lunes, 8 de Agosto, 2011 y Martes, 9 de Agosto, 2011
11:00 a.m. a 7:00 p.m. en Horace Mann School

Se le cobrara un costo de diez dólares (\$10.00) si la inscripción no es completada y todos los honorarios aplicables no son pagados durante fechas de inscripciones designadas.

REGISTRO

COOK COUNTY SCHOOL DISTRICT 130

LISTA DE COMPROBACIÓN DE REGISTRO

Las formas siguientes deben ser llenadas completamente y devueltas a la escuela cuando usted registre a su niño/niños.

- Verificación de Residencia e Inscripción
- Declaración Jurado de Residencia (de ser necesario)
- Formulario de Inscripción de estudiante
- Cuestionario de Inscripción
- Consentimiento escrito para publicar fotos de su hijo/a
- Formulario de Connect -Ed
- Formas de Salud (de ser necesario)
(Físico, Dental, Visión, Inmunizaciones, etc.)
- Formulario de Lonche – Al Inscribirse Únicamente
Solo para Nuevos Estudiantes
- Acta de Nacimiento (original)
- Forma de Transferencia (ISBE) de escuela anterior
- Consentimiento para obtener información
- Formulario de Intimidación de Promesa
- Pautas para Uso Aceptable de Tecnología
- Contrato Titulo I del Distrito Escolar 130
- Cuestionario del Idioma en Casa
- Forma de Raza y Datos de Pertenencia étnica

Las formas siguientes en papel color naranjado son para su información únicamente:

- Fechas de inscripción y sitios de inscripción
 - Carta de Superintendente
 - Requisitos de Salud
 - Reglas de Autobús del camión
 - Información sobre cierre de Escuelas
-

CUOTA

Por favor indicar las cantidades debajo de esto si se aplican a su niño/niños. El importe debido son los derechos de inscripción solamente. La matrícula escolar individual será dada en el principio del año escolar oficial.

*EC-K Costo de Inscripción \$50.00	\$ <u> </u> .00
*Grades 1-5 Costo de Inscripción \$65.00	\$ <u> </u> .00
*Grades 6-8 Costo de Inscripción \$120.00	\$ <u> </u> .00
*Agosto 2011 Precio de Lonche	\$ <u> </u> .00
*Septiembre 2011 Precio de Lonche	\$ <u> </u> .00
*August 2011 Precio de Lonche Reducido	\$ <u> </u> .00
*Sept. 2011 Precio de Lonche Reducido	\$ <u> </u> .00
Costo de Leche Anual (Estudiante)	\$ <u> </u> .00
**Cuota (si se registra después de las fechas de Inscripción (si es aplicable))	\$ <u> 10.00</u>
<u>Cantidad Total que se debe</u>	<u>\$ <u> </u>.00</u>

*** Si usted cualifica para recibir lonche gratis o reducido
No se le cobrara por la Inscripción**

****Se le Cobrara un costo de \$10.00
A toda persona que se inscriba después de las fechas de Inscripciones**

Si usted tiene alguna pregunta, por favor póngase en contacto con la escuela de su niño(a).

COOK COUNTY SCHOOL DISTRICT 130
VERIFICACIÓN DE DOMICILIO Y MATRICULACIÓN

Nombre del niño(a) que será inscrito: _____

Grado _____ Escuela _____ Fecha de nacimiento: ___/___/___

Yo, (Nombre del adulto) _____, vivo en

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

La cual se encuentra dentro de los límites de asistencia del Distrito Escolar de Cook County School District 130.

Uno por hijo.

Paso 1: Prueba de Domicilio (Parte A)

Usted: Es dueño (a) de la propiedad Renta Otro: _____

Usted debe proveer documentación que demuestre que usted **vive en** la dirección especificada arriba. Por favor marque y adhiera una copia de tres (3) de los siguientes documentos. Usted debe borrar o tachar números de cuenta o seguro social si aparecen en los documentos. Si usted no puede proveer tres (3) documentos, siga a la prueba de domicilio (parte B). **Todos los documentos deben ser recientes y deben mostrar su nombre y su dirección.** Usted debe proveer un (1) documento de la categoría A y dos (2) documentos de la categoría B.

Categoría A – Un (1) documento

Categoría B – Dos (2) documentos

- Prueba de pago de impuestos sobre la propiedad
- Documento de la hipoteca o el libro de pago de la hipoteca
- Declaración jurada de prueba de domicilio
- Carta de domicilio militar
- Carta de la sección 8
- Contrato de arrendar
- Otro*: _____

- Pago del gas
- Pago de la electricidad
- Pago de agua o alcantarillado
- Pago del teléfono (no cel.)
- Pago del Cable
- Registro del vehículo
- Estado de cuenta del banco
- Otro*: _____
- Tarjeta de ayuda pública
- Tarjeta de Medicaid
- Tarjeta de estampillas de alimento
- Estado de cuenta de crédito
- Comprobante de cheque
- Recibo de pago de la calcomanía
- Licencia de manejo e identificación del estado

*Por favor llame al personal de matriculación si usted tiene problemas para obtener los tres documentos.
Puede ser que el distrito requiera que se haga una visita a su domicilio o que usted presente documentación adicional para comprobar su residencia.

No complete (Parte B) Si usted tiene los tres (3) documentos.

Paso 1: Prueba de Domicilio (Parte B)

No puedo proveer tres (3) de los documentos de domicilio porque: (marque todos lo que aplican)

Nuestra familia no ha tenido un domicilio fijo desde ___/___/___
 Dirección del el último domicilio fijo: _____
 Nombre de la última escuela a la que asistió: _____

Nuestra situación familiar de vivienda actualmente es:

- Vivo en un albergue
- Comparto el domicilio con otros debido a la perdida de domicilio, problemas económicos o razones similares
- Vivo en un tren o estación de autobús, en un parque o en un carro
- Vivo en un hotel, motel, campamento, o en otras situaciones similares
- vivo en un apartamento abandonado/edificio
- Soy víctima de desastre
- Joven no acompañado
- El niño (a) tiene un hogar temporal, esperando encontrar un hogar fijo con la ayuda de DCFS.

Other _____

Su niño (a) puede calificar para servicios adicionales - por favor si necesita más información pregunte al personal de matriculación o llame al Coordinador (a) del Distrito McKinney-Vento (sin vivienda) 708-385-6800.

Por favor especifique con que agencia de servicios sociales está usted trabajando: _____

COOK COUNTY SCHOOL DISTRICT 130
Declaración Jurada de Residencia

Esta forma autenticada (notariada) **completada** (véase abajo) servirá como un (1) documento de la categoría A de verificación de inscripción. Las partes 1 y 2 deberían ser completadas por el dueño/arrendatario/propietario de la residencia. La parte 3 debería ser completada por los padres/guardianes de familia

NOTA: Esta forma debe ser usada SÓLO cuando usted no sea dueño de su casa o tiene un arriendo (Lease).

PARTE 1: (Deberá ser completado por el dueño/arrendatario/propietario de la residencia)

Para cumplir con el requisito de prueba de domicilio del Distrito Escolar de Cook County School District 130, yo verifico la siguiente información para _____
Nombre del estudiante(s) y custodio (es)

Yo, _____ soy el propietario persona en el contrato de alquiler dueño de la
Nombre y apellido
casa alquilada de la residencia localizada _____
(Número, calle, No. De Apt.) (Ciudad) (Estado) (Código Postal)

PARTE 2: (Deberá ser completado por el dueño/arrendatario/propietario de la residencia)

Yo declaro que el estudiante (s) nombrado arriba y su custodio (es) han estado viviendo en la dirección arriba mencionada desde ____/____/____ y continuaran viviendo en este domicilio hasta ____/____/____.
(Fecha) (Fecha)

Propietario(a)/Persona en el contrato/Dueño: _____
(Firma) (Fecha)

Dirección: _____ Teléfono: _____-_____-_____

PARTE 3: (Deberá ser completado por los Padres/Guardián)

Una persona que a sabiendas o voluntariamente provea información falsa a una escuela del distrito con respecto a la residencia de un alumno con el propósito de hacer que este alumno asista a cualquier escuela en el distrito sin pago de colegiatura por no ser residente va a ser cargado con una clase C menor La mesa Directiva de Educación requiere que todos los alumnos que asisten a las escuelas del Distrito 130 sean residentes del distrito. La inscripción de un alumno que no es residente legal del distrito escolar está cometiendo un acto fraudulento. Cualquier alumno que haya sido inscrito en acto fraudulento va a ser expulsado inmediatamente. Padres ó guardianes que completen una inscripción en acto fraudulento van a ser cargados con gastos de colegiatura (\$9,500 por año aproximadamente) por el tiempo que el alumno/a haya sido inscrito.

HE LEIDO, Y ENTENDIDO LA DECLARACION DE ARRIBA.

(Firma del Padre/Guardián)

(Fecha de cuando firmó)

Este documento debe ser firmado por el padre/Guardián en la presencia de un notario público localizado en cajas de cambios monetarios. Bancos, etc. Compruebe con sus oficinas de administración municipal y o bibliotecas cuando ellos también pueden demostrar servicios de notario

Seal

*Property owners must attach a copy of their current real estate tax bill.
Landlords may be asked to provide additional information at a later time.*

COOK COUNTY SCHOOL DISTRICT 130
Formulario de Inscripción de Estudiante

DIRECCIONES: Por favor use una pluma y claramente imprima la información correcta en cada espacio en blanco.

Nombre de Estudiante _____ GRADO _____
 (Primer) (Segundo Nombre) (Apellido)

Domicilio _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

SEXO (Indicar uno) M o F Fecha de Nacimiento del estudiante _____

Teléfono _____ NUMERO DE MEDICAID _____ - _____ - _____ ()
 (Debe ser de 10-13 números)

Si el niño(a) es transferido o es nuevo a nuestro distrito escolar, por favor proporcione la información en cuanto a la última escuela que asistió.

Nombre de la última escuela que asistió _____
 Domicilio de la escuela _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Relación de guardián paterno (Indicar uno) Ambos Padre y Madre ___ Madre ___ Padre ___ Guardián(s) ___ Otro _____

Nombre de Madre _____ Teléfono _____

Domicilio _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Nombre de Empleo _____ Teléfono de Empleo _____

Dirección de correo electrónico _____ Numero de teléfono celular _____

Nombre de Padre _____ Teléfono _____

Domicilio _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Nombre de Empleo _____ Teléfono de Empleo _____

Dirección de correo electrónico _____ Numero de teléfono celular _____

Nombre de Guardianes (Si no son ambos Madre y Padre) _____ Teléfono _____

Domicilio _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Nombre de Empleo _____ Teléfono de Empleo _____

Dirección de correo electrónico _____ Numero de teléfono celular _____

CONTACTO DE EMERGENCIA #1 – DEBE SER DIFERENTE DE AQUELLOS PUESTOS ANTERIOR

Nombre _____ Relación al estudiante _____

Teléfono _____ Número de teléfono/celular _____

CONTACTO DE EMERGENCIA #2 – DEBE SER DIFERENTE DE AQUELLOS PUESTOS ANTERIO

Nombre _____ Relación al estudiante _____

Teléfono _____ Número de teléfono/celular _____

¡Solo llenar esta parte en el formulario de su niño(a) mayor en la forma de inscripción de nuestro distrito. Por favor escriba los nombres de los hermanos(as) que asisten en las escuelas del Distrito 130

(Primero, Segundo and Apellido)

_____	Escuela _____	Grado _____
_____	Escuela _____	Grado _____
_____	Escuela _____	Grado _____
_____	Escuela _____	Grado _____

Respuesta Temprano. En caso de situaciones de emergencia y en donde no se pudo comunicar con los padres, los guardianes deberían tener una ruta alternativa para sus niños.

Si hijo(a)

- A. _____ Se ira a su casa donde yo lo encontraré
- B. _____ Se ira a su casa con la llave que el/ella tienen
- C. _____ Se ira a casa de (vecino, familiar etc.) Nombre de esta persona _____
 Domicilio _____ Teléfono _____
- D. _____ Otro (explicar) _____

FIRMA DE PADRE/GUARDIAN

FECHA

Información para uso de oficina:

Grado de cada niño:	BB/ ESL/ DL/ ENG	Fees Waived: Y / N F / R / P	Student S.I.S. #
Grados K-8	EC & Pre-K	Does Child Have I.E.P.?	Start Date:
Bus # Stop #	Bus # Stop #	Yes No	/ /

_____ New to District (green) _____ Re-Entering District (green) _____ Continuing in District (White) May-11

Cook County School District 130
Cuestionario de Inscripción
Año Escolar 2011-2012

Nombre de Estudiante _____

Lugar de nacimiento del estudiante (Ciudad, Estado): _____ Fecha de nacimiento: _____
(Primero) (Segundo) (Apellido)

Teléfono: _____ Escuela: _____ Grado: _____

- Usted es padre/madre del estudiante que esta matriculando? SI / NO
Si no, Por favor indicar en donde residen los padres. _____
(Nota: Puede ser necesario de inscribir a su hijo (a) en donde vivan los padres.)
- Puede su hijo(a) cerebrar días festivos? Si / NO
Si no, caules son? _____

POR FAVOR INDICAR SI HAY PERSONA (S) QUE NO PUEDEN RECOGER A SU NIÑO, PUEDE REQUERIRSE UNA ORDEN LEGAL DE LA PROTECCIÓN. POR FAVOR HABLE DE ESTE CON EL DIRECTOR(A) ESCOLAR.

Nombre: _____ Relación al Estudiante: _____

Nombre: _____ Relación al Estudiante: _____

<u>PREOCUPACIONES DE SALUD</u> <i>Como diagnosticado por el médico – Por favor proporcione la documentación</i>	SI	NO
<i>alergias a la comida (especificar)</i>		
<i>alergias a otros artículos (especificar)</i>		
<i>condiciones médicas especial (especificar)</i>		
<i>restricciones de la actividad física (especificar)</i>		
<i>El niño(a) toma medicación en la escuela (una forma del Doctor debe estar en el archivo) (especificar)</i>		
<i>Tiene el niño el asma</i>		
<i>Utiliza lentes</i>		

<u>SERVICIOS DE EDUCACIÓN ESPECIALES- LOS NUEVOS ESTUDIANTES SOLO</u> <i>Por favor proporcione una copia de I.E.P. más reciente y Evaluaciones Relacionadas</i>	SI	NO
<i>¿Recibió el niño algún servicio especial en su escuela anterior? Si sí, por favor indique servicios abajo.</i>		
<i>Servicios de Recurso/aprendizaje</i>		
<i>Clases de Aula individual (self-contained classroom)</i>		
<i>Servicios de Trabajadora Social</i>		
<i>Servicios de Terapeuta de Lenguaje</i>		
<i>Servicios de Terapeuta Ocupacional</i>		
<i>Servicios de Terapeuta Física</i>		
<i>Servicios Auditorios</i>		
<i>Servicios Visuales</i>		
<i>Otros (especificar)</i>		

Si, he recibido una copia de las Reglas de Autobús del Camino y reconozco el uso de cámara en los autobuses.

ILLINOIS PROGRAMA DE LIBRO DE TEXTO SECULAR: por este medio solicito el préstamo de secular de acuerdo con el Acto 79-961 Público de 1975 y el Préstamo de equipo de matemáticas/ciencia y materiales educativos de acuerdo con la Sección 2-3.54 del Código Escolar. Entiendo que esta petición permanecerá válida mientras que mi niño es matriculado en el Distrito 130 y que puedo retirar en cualquier momento esta petición. *La firma abajo no garantizará que el Estado preste libro, equipo de matemáticas/ciencia y materiales educativos, pero permitirá a estudiantes de Distrito Escolar 130 de Cook County para participar en el programa de préstamo al grado lo que Declara que los fondos están disponibles.*

Firma de Padre/Guardián: _____ Fecha: _____

DISTRITO ESCOLAR 130 DEL CONDADO DE COOK

12300 S. Greenwood • Blue Island, Illinois 60406
District Office (708) 385-6800
Facsimile (708) 385-8467

CONSENTIMIENTO ESCRITO PARA PUBLICACION Y LIBERACION DE FOTOFRAFIAS

Con el esfuerzo de reconocer los logros de los alumnos y realzar los programas del Distrito Escolar 130 del Condado de Cook (Distrito), a menudo las escuelas sacan fotografías y video durante eventos escolares para usarlos en publicaciones estos incluyen pero no son limitados a periódicos, revistas, panfletos de la comunidad y en el correo electrónico web del distrito. Los nombres de los alumnos también se usan en historias y para identificación de trabajos de los estudiantes para un proyecto que este relacionado con la escuela en publicaciones ya mencionadas y en el sitio web del distrito. El compartir noticias de las escuelas ayuda a la comunidad a mantenerse informados con los últimos acontecimientos en nuestras escuelas y es un atributo para los estudiantes, escuelas, el distrito, y la comunidad.

Al distrito le gustaría incluir a los estudiantes en estas publicaciones y en programas y proyectos relacionados con las escuelas. Para que eso sea posible, es necesario un consentimiento escrito por parte de un padre/guardián del estudiante. **Por favor complete, firme y regrese la forma de abajo si usted da su consentimiento para que su hijo/a sea incluido en publicaciones de programas y proyectos relacionados con las escuelas.** Si usted da un consentimiento escrito, el distrito puede identificar a su estudiante en cualquier publicación que sea liberada lo cual puede resultar en publicaciones externas tales como periódicos o revistas y en publicaciones escolares incluyendo pero no limitadas al sitio web del distrito o correos electrónicos del distrito para la comunidad. Esta liberación de información concerniendo con su hijo/a puede incluir el nombre de su hijo/a, escuela donde asiste, y en que grado. Además, fotografías y videos que contengan la imagen de su hijo/a e historias acerca de los estudiantes pudieran aparecer en publicaciones internas y externas y también por línea. Por favor note que si la fotografía de un estudiante se usa en el sitio web del distrito, no va a ser identificada con su nombre, solamente escuela y grado si es necesario. Si noticias de un estudiante aparece en el sitio web del distrito sin fotografía, quizá se use el primer nombre del niño/a pero los apellidos nunca van a aparecer en nuestro sitio web a menos que la identificación este incluida en la publicación impresa.

Este consentimiento va a permanecer en efecto hasta que el estudiante salga permanentemente del distrito 130 a menos que provea una carta escrita al departamento de expedientes o al Distrito Escolar 130 del Condado de Cook, a 12300 S. Greenwood, Blue Island, IL 60406, indicando que se deshagan del consentimiento anterior.

CONSENTIMIENTO DE PUBLICIDAD Y LIBERACION DE FOTOGRAFIAS

Nombre del estudiante: _____
(Si tiene más de un estudiante en el distrito, debe llenar una forma para cada uno de ellos).

Grado: _____

Escuela: _____

Doy permiso al Distrito Escolar 130 del Condado de Cook para que usen la imagen, el trabajo y/o el nombre del estudiante mencionado anteriormente, en publicaciones internas/externas o en los sitios web marcados arriba.

Firma del Padre/Guardián _____ Fecha _____

Estimados Padres/Guardianes del Distrito Escolar 130,

El Distrito ha implementado un servicio de alerta y notificación en todo en District Escolar 130. Este servicio se llama Connect -ED y nos permitirán que personalmente nos podamos comunicar con los padres y guardianes sobre situaciones de emergencia, eventos escolares y temas de importancia referente a su hijo(a). Nos va a permitir mandar un mensaje de voz personalizado a su hogar, trabajo o teléfono celular, y hasta enviar un correo electrónico. Vamos a poder comunicarnos con todos en el Distrito en solo minutos.

Cuando un mensaje es enviado de la oficina del distrito o de una escuela en particular, por favor ponga atención a los siguientes datos de mensaje de voz.

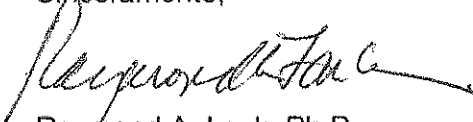
- 1. Cuando entre una llamada de la escuela (o del Distrito) aparecerá en su identificador de llamadas (caller Id) el numero telefónico de la escuela (o distrito) en su pantalla.**
- 2. Al escuchar este mensaje, por favor este consciente que si hay ruido/sonidos en el fondo esto causara que el sistema pare y vuelva a empezar el mensaje. Esto esta cuidadosamente calibrado para determinar si una persona o una maquina de contestar/mensaje de voz se ha conectado y cualquier sonido en el fondo afectara el que reciba este mensaje. Si es posible muévase a una área sin ruido, u oprima el botón de "mute" en su teléfono.**
- 3. Si usted no escucho todo el mensaje, quédese en la línea y oprima el botón de * (estrella) para poder escuchar completamente el mensaje.**

Adicionalmente, es importante que la escuela en donde esta inscrito su hijo(a) tenga todos los números telefónicos actuales y al corriente al igual que su correo electrónico para que usted no pierda ninguna comunicación importante. Por favor ayúdenos a asegurarnos que tengamos toda su información actual y al corriente e indique en la siguiente forma que información desea que se utilice en el sistema de datos. Por favor estén conscientes que el servio de Connect-Ed no puede marcar ninguna extensión, así que debe asegurarse que los números telefónicos sean directos. También le recomendamos que los mensajes de ausencia de su hijo(a) sean enviados a un numero telefónico que no sea el de su casa.

Por favor complete la siguiente información en el formulario de "Connect-Ed Información" durante las inscripciones escolares y entregárselo a un representante de inscripciones que este coleccionando este formulario. Le aseguramos que toda su información personal se mantendrá estrictamente confidencial.

Es un honor servirle a usted y a sus hijo(s) aquí en el Distrito Escolar 130. Estamos ansiosos de poder comunicarnos más efectivamente con ustedes en el futuro.

Sinceramente,



Raymond A. Lauk, Ph.D.
Superintendent
rlauk@district130.org

Connect-ED Información

(una forma por familia, por favor de imprimir)

Nombre de Padres/Guardián: _____

Nombre de Estudiante #1: _____ Escuela: _____

Nombre de Estudiante #2: _____ Escuela: _____

Nombre de Estudiante #3: _____ Escuela: _____

Nombre de Estudiante #4: _____ Escuela: _____

Lenguaje en el que desea recibir su mensaje (checa uno): _____ Inglés _____ Español

Direcciones: Por favor indique cual numero telefónico y correo electrónico usted desea que usemos para poder comunicarnos con usted mediante el servicio **Connect-ED**® de alerta y notificación

1. Indicar todos los números telefónicos disponibles y correos electrónicos.
2. Checar un número telefónico primario que se usara para mensajes que no sean de emergencia.
3. Checar un número telefónico para la ausencia de sus hijos (a) si desea que las llamadas de ausencia vayan a este número en vez del número primario.
4. Checar un numero telefónico alternativo si desea que este teléfono reciba todas los mensajes que no sean de emergencia (incluyendo las ausencias)

NOTA: Mensajes de Emergencia se enviaran a **TODOS** los números telefónicos disponibles.

	Teléfono Primario	Teléfono Para Ausencia(Opcional)	Teléfono adicional (Opcional)
	Indicar UNO	Indicar UNO	Indicar UNO
Casa: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trabajo: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Celular: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teléfono alternativo de casa: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teléfono alternativo de trabajo: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teléfono alternativo celular: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Correo Electronico1: _____			
Correo Electrónico 2: _____			

Por favor note: si necesita usted cambiar cualquier información durante el año escolar, favor de contactar cada escuela de su hijo/os individualmente.

NOMBRE DEL ESTUDIANTE _____

ESCUELA _____

Distrito Escolar 130

Programa de Título I Después de la Escuela/El Programa de Apoyo de Lectura
Contrato entre Estudiante/Padre/Maestro/Principal**Acuerdo de Parte de Padre/Guardian**

Quiero que mi hijo/a tenga éxito y que progrese en la escuela. Le estimularé haciendo lo siguiente:

- _____ Asegurar que mi hijo/a asista a la escuela regularmente y a tiempo.
- _____ Apoyar a la escuela y al maestro en sus esfuerzos para mantener la disciplina apropiada.
- _____ Establecer un horario fijo para las tareas y revisarlas regularmente.
- _____ Proveer un lugar callado para el estudio.
- _____ Estimular los esfuerzos de mi hijo/a.
- _____ Mantenerme enterado de lo que mi hijo/a está aprendiendo revisando el trabajo escolar, asistiendo a las conferencias, llamando a la escuela, leyendo todas las notas de la escuela y del distrito enviadas con los niños o por correo y respondiendo a estas apropiadamente.
- _____ Proveerle a mi hijo/a una tarjeta de la biblioteca y tiempo para leer.
- _____ Controlar el tiempo que mi hijo/a dedica a ver televisión.
- _____ Si es posible, servir en el Grupo de Consulta de Padres de la escuela para el distrito 130.
- _____ Apoyar la Promesa de Anti-Intimidación y las reglas de PBIS.

FIRMA DEL PADRE _____

Acuerdo del Estudiante

Es importante que yo haga mi mejor esfuerzo en la escuela. Trataré de lograr lo siguiente:

- _____ Asistir a la escuela regularmente.
- _____ Venir a la escuela con los materiales necesarios, tareas y notas cada día.
- _____ Seguir las reglas de la escuela y del autobus escolar
- _____ Hacer mis trabajos de la escuela lo mejor que pueda.
- _____ Leer por lo menos 30 minutos cada día fuera del horario de la escuela.
- _____ Dar a mis padres o adulto responsable por mí bienestar todas las notas o información acerca de la escuela.
- _____ Seguir la Promesa de Anti-Intimidación y las reglas de PBIS.

FIRMA DEL ESTUDIANTE _____

Acuerdo del Maestro

Es importante que los estudiantes tengan éxito en la escuela. Haré lo siguiente para que se logre este fin:

- _____ Hacer uso de actividades que harán el aprendizaje interesante y placentero.
- _____ Estimular a los estudiantes para que hagan su mejor esfuerzo en la clase.
- _____ Proveer la ayuda necesaria a los estudiantes y los padres de familia.
- _____ Explicar lo que espero y mis metas de enseñanza a los estudiantes y los padres de familia.
- _____ Construir conexiones entre hogar y escuela.
- _____ Seguir las reglas de PBIS.

FIRMA DEL MAESTRO DEL SALON _____

Acuerdo del Principal y de la Escuela

El principal apoya esta manera de involucramiento de parte de los padres. Por lo tanto, hará lo posible por lograr lo siguiente:

- Reforzar la relación entre padre, estudiante y cuerpo docente.
- Estimular a los estudiantes de tal manera que participen activamente en los programas de escuela.
- Proveer una alta calidad de plan de estudios e instrucción en un ambiente de efectivo aprendizaje que permita a los estudiantes lograr cumplir las normas de aprendizaje del Estado.
- Effectuar conferencias entre padres y maestros en las cuales se discutirá acerca de los logros individuales de los niños.
- Proveer un razonable acceso de padres hacia el personal escolar.
- Proveer a los padres oportunidades de participación voluntaria y observación dentro de la escuela.
- Reforzar las reglas de PBIS.

Y lo mas importante, prometemos ayudar a padres, alumnos y maestros a llevar a cabo este acuerdo.

Cook County School District 130

12300 S. Greenwood Avenue
Blue Island, IL 60406

Phone: 708-385-6800

Fax: 708-385-8467

Requisitos de Salud

Cualquier estudiante que entre a cualquier escuela en el Distrito de Condado de Cook District 130 por primera vez deberá de obtener un examen físico del estado de Illinois Sin tener en cuenta el grado

- *Los estudiantes que se trasladan de otra escuela en Illinois pueden usar el examen físico de Illinois de la última escuela asistida, pero deben proporcionar una copia al Distrito 130 dentro de 30 días.*
- *Los estudiantes que se trasladan de otro estado tienen 30 días para obtener un examen físico de Illinois.*
- *Los estudiantes que entran desde fuera de los EE. UU deben proporcionar un examen físico de Illinois corriente ANTES de la escuela inicial.*

Todos los estudiantes de Kinder y 6° grado requieren un **nuevo** examen físico de Illinois antes de iniciar en la escuela.

Todos los estudiantes de Kinder, 2° grado y 6° grado deberá de recibir una examen dental o llenar un formulario de renuncia. El examen deberá de tener la fecha entre 15 de Mayo del año corriente al 15 de Mayo del próximo año.

Se requiere que todos los estudiantes de Kinder y estudiantes que se transfieren a nuestras escuelas del Distrito 130 (desde fuera del estado de Illinois) tengan un examen de visión. Esto debe ser completado para el 15 de octubre del año escolar corriente.

Por favor note que si su hijo(a) no cumple con estos requisitos, su hijo(a) estará en riesgo de ser excluido de la escuela, hasta que esta documentación sea proporcionada al Cook County School District 130.

La Ley del Estado de Illinois para entrada escolar por grado

Nivel Escolar	Documentation Needed
Pre escolar	- Examen físico incluyendo la mas reciente boleta de vacunas
Kinder	- Examen físico del estado de Illinois Nuevo incluyendo la mas reciente boleta de vacunas - Examen Dental - Examen profesional
Segundo Grado	- Dental Exam
6 Grado	- Nuevo Examen físico del Estado de Illinois - Examen Dental
Estudiantes transferidos	- Examen físico del Estado de Illinois incluyendo las vacunas - Examen profesional de Visión (Si viene fuera del estado de Illinois)



**STATE OF ILLINOIS
DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES
CERTIFICATE OF CHILD HEALTH EXAMINATION**

Please Print

Student's Name			Birth Date	Sex	School	Grade Level /ID#
Last	First	Middle	Month/Day/ Year			

Address			Parent/ Guardian	Telephone # Home	Work
Street	City	ZIP code			

IMMUNIZATIONS: To be completed by health care provider. Note the mo/da/yr for every dose administered. The day and month is required if you cannot determine if the vaccine was given after the minimum interval or age. If a specific vaccine is medically contraindicated, a separate written statement must be attached explaining the medical reason for the contraindication.

VACCINE/DOSE	1			2			3			4			5			6		
	MO	DA	YR	MO	DA	YR	MO	DA	YR	MO	DA	YR	MO	DA	YR	MO	DA	YR
Diphtheria, Tetanus and Pertussis (DTP or DTaP)																		
Diphtheria and Tetanus (Pediatric DT or Td)																		
Inactivated Polio (IPV)																		
Oral Polio (OPV)																		
Haemophilus influenzae type b (Hib)																		
Hepatitis B (HB)																		
Varicella (Chickenpox)																		Comments
Combined Measles, Mumps and Rubella (MMR)																		
Measles (Rubeola)																		
Rubella (3-day measles)																		
Mumps																		
Pneumococcal (not required for school entry)	<input type="checkbox"/> PCV7 <input type="checkbox"/> PPV23			<input type="checkbox"/> PCV7 <input type="checkbox"/> PPV23			<input type="checkbox"/> PCV7 <input type="checkbox"/> PPV23			<input type="checkbox"/> PCV7 <input type="checkbox"/> PPV23			<input type="checkbox"/> PCV7 <input type="checkbox"/> PPV23			<input type="checkbox"/> PCV7 <input type="checkbox"/> PPV23		
Check specific type (PCV7, PPV23)																		
Other (Specify hepatitis A, meningococcal, etc.)																		

Health care provider (MD, DO, APN, PA, school health professional, health official) verifying above immunization history must sign below.

Signature	Title	Date
Signature (If adding dates to the above immunization history section, put your initials by date(s) and sign here.)	Title	Date
Signature (If adding dates to the above immunization history section, put your initials by date(s) and sign here.)	Title	Date

ALTERNATIVE PROOF OF IMMUNITY

1. Clinical diagnosis is acceptable if verified by physician. *(All measles cases diagnosed on or after July 1, 2002, must be confirmed by laboratory evidence.)

*MEASLES (Rubeola) MO DA YR MUMPS MO DA YR VARICELLA MO DA YR Physician's Signature

2. History of varicella (chickenpox) disease is acceptable if verified by health care provider, school health professional or health official.
Person signing below is verifying that the parent/guardian's description of varicella disease history is indicative of past infection and is accepting such history as documentation of disease.

Date of Disease Signature Title Date

3. Laboratory confirmation (check one) Measles Mumps Rubella Hepatitis B Varicella
Lab Results Date MO DA YR (Attach copy of lab report, if available.)

VISION AND HEARING SCREENING DATA

Pre-school – annually beginning at age 3; School age – during school year at required grade levels

Date																	Code: P = Pass F = Fail U = Unable to test R = Referred G/C = Glasses/ Contacts	
Age/Grade	R	L	R	L	R	L	R	L	R	L	R	L	R	L	R	L		
Vision																		
Hearing																		

Printed by Authority of the State of Illinois

(Complete Both Sides)

Student's Name <small>Last First Middle</small>	Birth Date <small>Month/Day/ Year</small>	Sex	School	Grade Level/ ID #
---	---	------------	---------------	--------------------------

HEALTH HISTORY TO BE COMPLETED AND SIGNED BY PARENT/GUARDIAN AND VERIFIED BY HEALTH CARE PROVIDER

ALLERGIES (Food, drug, insect, other)			MEDICATION (List all prescribed or taken on a regular basis.)		
Diagnosis of asthma?	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Indicate Severity	Loss of function of one of paired organs? (eye/ear/kidney/testicle)	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Child wakes during the night coughing	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Hospitalizations? When? What for?	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Birth defects?	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Surgery? (List all.) When? What for?	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Developmental delay?	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Serious injury or illness?	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Blood disorders? Hemophilia, Sickle Cell, Other? Explain.	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		TB skin test positive (past/present)?	Yes* <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	*If yes, refer to local health department.
Diabetes?	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		TB disease (past or present)?	Yes* <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Head injury/Concussion/Passed out?	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Tobacco use (type, frequency)?	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Seizures? What are they like?	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Alcohol/Drug use?	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Heart problem/Shortness of breath?	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Family history of sudden death before age 50? (Cause?)	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Heart murmur/High blood pressure?	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Dental <input type="checkbox"/> Braces <input type="checkbox"/> Bridge <input type="checkbox"/> Plate <input type="checkbox"/> Other		
Dizziness or chest pain with exercise?	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Other concerns?		
Eye/Vision problems? <input type="checkbox"/> Glasses <input type="checkbox"/> Contacts <input type="checkbox"/> Last exam by eye doctor <input type="checkbox"/>			Information may be shared with appropriate personnel for health and educational purposes.		
Other concerns? (crossed eye, drooping lids, squinting, difficulty reading)		Parent/Guardian Signature _____ Date _____			
Ear/Hearing problems?	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
Bone/Joint problem/injury/scoliosis?	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				

Entire section below to be completed by MD/DO/APN/PA (*INDICATES TESTING MANDATED FOR STATE LICENSED CHILD CARE FACILITIES)

PHYSICAL EXAMINATION REQUIREMENTS	HEIGHT	WEIGHT	BMI	B/P
DIABETES SCREENING BMI>85% age/sex Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> And any two of the following: Family History Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ethnic Minority Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
Signs of Insulin Resistance (hypertension, dyslipidemia, polycystic ovarian syndrome, acanthosis nigricans) Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> At Risk Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				

LEAD RISK QUESTIONNAIRE* Required for children age 6 months through 6 years enrolled in licensed or public school operated day care, preschool, nursery school and/or kindergarten.

Blood Test Indicated? Yes No **Blood Test Date** _____ **Blood Test Result** _____ (Blood test required in Chicago and other high risk zip codes.)

TB SKIN TEST Recommended only for children in high-risk groups including children who are immunosuppressed due to HIV infection or other conditions, recent immigrants from high prevalence countries, or those exposed to adults in high-risk categories. See CDC guidelines. **Date Read** / / **Result** _____ **mm**

LAB TESTS *INDICATES TESTING MANDATED FOR STATE LICENSED CHILD CARE FACILITIES	Date	Results	Date	Results
Hemoglobin * or Hematocrit *				Sickle Cell * (as indicated)
Urinalysis				Other

SYSTEM REVIEW	Normal <input type="checkbox"/>	Comments/Follow-up/Needs	Normal <input type="checkbox"/>	Comments/Follow-up/Needs
Skin			Endocrine	
Ears			Gastrointestinal	
Eyes Normal Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Amblyopia Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Objective screening Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Referred to Ophthalmologist/Optometrst Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Genito-Urinary	LMP
Nose			Neurological	
Throat			Musculoskeletal	
Mouth/Dental			Spinal examination	
Cardiovascular/HTN			Nutritional status	
Respiratory			Mental Health	

NEEDS/MODIFICATIONS required in the school setting _____ **DIETARY** Needs/Restrictions _____

SPECIAL INSTRUCTIONS/DEVICES e.g. safety glasses, glass eye, chest protector for arrhythmia, pacemaker, prosthetic device, dental bridge, false teeth, athletic support/cup _____

MENTAL HEALTH/OTHER Is there anything else the school should know about this student? _____
 If you would like to discuss this student's health with school or school health personnel, check title: Nurse Teacher Counselor Principal

EMERGENCY ACTION needed while at school due to child's health condition (e.g., seizures, asthma, insect sting, food, peanut allergy, bleeding problem, diabetes, heart problem)?
 Yes No If yes, please describe.

On the basis of the examination on this day, I approve this child's participation in _____ (If No or Modified, please attach explanation.)
PHYSICAL EDUCATION Yes No Modified **INTERSCHOLASTIC SPORTS** (for one year) Yes No Limited

Physician/Advanced Practice Nurse/Physician Assistant performing examination _____

Print Name	Signature	Date
Address	Phone	

(Complete both sides)



State of Illinois Eye Examination Report

Illinois law requires that proof of an eye examination by an optometrist or physician (such as an ophthalmologist) who provides eye examinations be submitted to the school no later than October 15 of the year the child is first enrolled or as required by the school for other children. The examination must be completed within one year prior to the first day of the school year the child enters the Illinois school system for the first time. The parent of any child who is unable to obtain an examination must submit a waiver form to the school.

Student Name _____
(Last) (First) (Middle Initial)

Birth Date _____ Gender _____ Grade _____
(Month/Day/Year)

Parent or Guardian _____
(Last) (First)

Phone _____
(Area Code)

Address _____
(Number) (Street) (City) (ZIP Code)

County _____

To Be Completed By Examining Doctor

Case History

Date of exam _____

Ocular history: Normal or Positive for _____

Medical history: Normal or Positive for _____

Drug allergies: NKDA or Allergic to _____

Other information _____

Examination

	Distance			Near
	Right	Left	Both	Both
Uncorrected visual acuity	20/	20/	20/	20/
Best corrected visual acuity	20/	20/	20/	20/

Was refraction performed with dilation? Yes No

	Normal	Abnormal	Not Able to Assess	Comments
External exam (lids, lashes, cornea, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Internal exam (vitreous, lens, fundus, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Pupillary reflex (pupils)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Binocular function (stereopsis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Accommodation and vergence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Color vision	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Glaucoma evaluation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Oculomotor assessment	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Other _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

NOTE: "Not Able to Assess" refers to the inability of the child to complete the test, not the inability of the doctor to provide the test.

Diagnosis

Normal Myopia Hyperopia Astigmatism Strabismus Amblyopia

Other _____



State of Illinois Eye Examination Report

Recommendations

1. Corrective lenses: No Yes, glasses or contacts should be worn for:
 Constant wear Near vision Far vision
 May be removed for physical education

2. Preferential seating recommended: No Yes

Comments _____

3. Recommend re-examination: 3 months 6 months 12 months
 Other _____

4. _____

5. _____

Print name _____
 Optometrist or physician (such as an ophthalmologist)
 who provided the eye examination MD OD DO

License Number _____

Address _____

Phone _____

<p align="center">Consent of Parent or Guardian</p> <p>I agree to release the above information on my child or ward to appropriate school or health authorities.</p> <p align="center">_____ (Parent or Guardian's Signature)</p> <p align="center">_____ (Date)</p>

Signature _____

Date _____

(Source: Amended at 32 Ill. Reg. _____, effective _____)

COOK COUNTY SCHOOL DISTRICT 130

12300 S. Greenwood • Blue Island, Illinois 60406
District Office (708) 385-6800
Facsimile (708) 385-8467

Estimados Padres de Familia:

Bienvenidos al año escolar 2011-12 en el Distrito Escolar 130 del Condado de Cook!

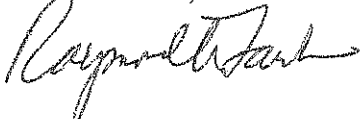
Ha habido muchos cambios en estos varios años que han pasado designados a mejorar la experiencia educacional de sus hijos/as. Tenemos muchos mas mejoramientos planeados para el próximo año también. Algunos de nuestros desaffos incluyen el mejoramiento de la aptitud física de nuestros estudiantes mediante el regreso de clases de educación física diario. Investigación y sentido común nos dice que los alumnos aprenden más y logran un nivel más alto cuando están físicamente activos y saludables.

Vamos a continuar estresando el arte, la música y lenguajes como una herramienta estratégica para mejorar las destrezas de percepción de los alumnos. Actividades escolares después de escuela y otras clases van a continuar expandiéndose para que los niños estén ocupados en actividades positivas, y saludables después de escuela y que les ayude a disfrutar el aprendizaje para que vean que el aprendizaje es una actividad divertida por el resto de su vida!

Inevitablemente, algunas veces ocurren mal entendimientos entre su hijo/a, el maestro/a y usted. Lo animo a que hable abiertamente con el maestro/a de su hijo/a acerca de preocupaciones que pudiera tener. Preocupaciones que no hayan sido resueltas deben dirigirse al director/a y si aun no se resuelve nada después de esa conversación, entonces por favor dirijase al administrador del distrito apropiado o conmigo. Fundamentalmente, todos estamos trabajando por el bienestar de su hijo/a, y vamos a trabajar incansablemente para asegurarnos que su hijo/a obtenga la mejor educación!

Que tenga un maravilloso año escolar!

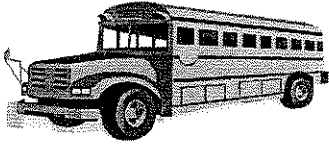
Sinceramente,



Raymond A. Lauk, Ph.D.
Superintendente de escuelas

SERVING THE COMMUNITIES OF





DISTRITO ESCOLAR 130 PROGRAMA DE TRANSPORTE

El Distrito Escolar 130 provee transporte para estudiantes quienes residen en un área donde las condiciones al caminar podrían ser peligrosas (múltiples vías de tren, carreteras de 4 carriles, falta de aceras, etc.). Todos los estudiantes con necesidades especiales son proveídos con servicio de autobús como se ha determinado por su plan individual educativo.

Para propósitos de transporte de estudiantes, un riesgo de seguridad serio es determinado por la Mesa Directiva de Educación del Distrito 130 según los directivos de la Mesa Directiva de Educación Estatal y del Departamento de Transporte.

EXPECTATIVAS DE COMPORTAMIENTO DE ESTUDIANTES EN EL AUTOBUS

La Mesa Directiva de Educación proveerá transporte de autobús para estudiantes capacitados los cuales cumplen con las expectativas de comportamiento que nos permiten proveer un transporte seguro y eficiente. Se espera que dichos estudiantes:

- Obedezcan las instrucciones del conductor de autobús
- Suban y bajen del autobús en la parada de autobús asignada
- Mantengan su cabeza, brazos y todos objetos adentro de las ventanas
- Permanezcan sentados
- Se abstengan de comer o mascar chicle
- Mantengan sus manos y pies consigo mismos y alejados de otros estudiantes
- Usen lenguaje cortés con otros estudiantes y adultos
- Hablen calladamente para asegurarse de no distraer al conductor de autobús
- Se abstengan de traer radios, juguetes u otros objetos impropios en el autobús
- Mantengan las ventanas al nivel de la “línea abierta”
- Traten los asientos del autobús, paredes y ventanas cuidadosamente para no causar algún daño
- Se abstengan de pelear, incluyendo “jugar a las luchas”
- Se abstengan de traer consigo o usar cualquier tipo de drogas ilegales, alcohol o tabaco

Las consecuencias de comportamiento del estudiante que no alcance las expectativas mencionadas anteriormente se encuentran en la parte de Código de Disciplina en el Autobús adoptada por la Mesa Directiva de Educación como se encuentra en el Calendario y Manual de Conozca a Sus Escuelas.

RUTA DE AUTOBUS E INFORMACION DE PARADAS

Cada estudiante que viaja en el autobús de la escuela le es asignado/a una ruta y una parada. Esta asignación la hace el director/a de la escuela de acuerdo al domicilio del alumno/a y la cantidad de estudiantes que deben ser transportados. Por favor asegúrese de que su hijo/a suba y baje del autobús en la parada asignada. Además, por favor también asegúrese que su hijo/a este ahí esperando el autobús por lo menos 5 minutos antes de que llegue el autobús. Se les indica a los conductores que no esperen a los estudiantes que puedan estar atrasados ya que esto puede causar que el autobús completo se retrase para llegar a la escuela. Los cambios de rutas o paradas de autobús se pueden hacer solamente por el director/a de la escuela. Se le ha indicado a la compañía de autobús no aceptar indicaciones de cambios de rutas o paradas de los padres de familia.

CAMARAS EN EL AUTOBUS

Cada autobús escolar esta equipado con una cámara la cual toma película del comportamiento de cada estudiante. El propósito de este sistema de monitoreo es para limitar el mal comportamiento en cada autobús escolar y proveer transporte de autobús seguro. Si sucediera un problema con un estudiante en el autobús, el director/a puede revisar la película para determinar la causa del problema. Se le pide a cada padre de familia durante las inscripciones que firme un acuerdo que autoriza el permiso para poder grabar el comportamiento de todas las personas involucradas en el problema de algun estudiante.

Distrito Escolar # 130 del Condado de Cook

INFORMACION DE CIERRE DE ESCUELAS

Si es necesario cerrar una escuela, se va a tomar la decisión antes de las 6:30 a.m.

Solamente condiciones extremas, tales como una tormenta de nieve rápida es cuando a lo mejor podemos considerar el cierre de una escuela. Si se decide cerrar una escuela temprano, será evidente que va a haber suficiente nieve para el cierre.

Información sobre el cierre de una escuela es enviado a las estaciones WGN, WBBM, WMAQ, WLS, FOX, y CLTV.

Para verificar un anuncio ó para checar si hay cierre de una escuela lláme al teléfono:

1-847-238-1234

Un operador automático le preguntará por los 10 dígitos del número de teléfono de su escuela.

• Escuela George Washington	708-489-3523
• Escuela Greenbriar	708-385-2915
• Escuela Greenwood	708-385-3399
• Escuela Horace Mann	708-385-2450
• Escuela Kerr Middle	708-385-5959
• Escuela Lincoln	708-385-5370
• Escuela Nathan Hale Middle	708-385-6690
• Escuela Nathan Hale Primary/Intermediate	708-385-4690
• Escuela Nathan Hale Pre-K	708-385-5853
• Escuela Paul Revere Intermediate	708-385-4450
• Escuela Paul Revere Primary	708-489-3533
• Escuela Veterans	708-385-6630
• Escuela Whittier	708-385-6170
• PPS	708-824-1052

Si el mensaje “no es reportado” quiere decir que si hay clases.

Si la escuela va a estar cerrada el operador automático va a decirle la razón.

Gracias

Dr. Raymond A. Lauk
Superintendente