

# KCLC 2019-20 ELEMENTARY FORMULARIO DE MATRICULACION



Fecha: \_\_\_\_\_ Primero Día de Asistencia: \_\_\_\_\_  
 Apellido de estudiante (Por favor usa el apellido legal de estudiante) Nombre Otro Nombre

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Nivel del año 2019-20: \_\_\_\_\_

¿Cuál escuela asista su hijo? \_\_\_\_\_ Maestro/a: \_\_\_\_\_

Dirección: (donde vive el niño) Ciudad: Estado: Código Postal:

Caja Postal (si es aplicable): \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_  
 Mejor hora para llamar: \_\_\_\_\_ Mejor hora para llamar: \_\_\_\_\_  
 Apellido/Nombre de Padre Apellido/Nombre de Madre Apellido/Nombre de Guardián

Adulto con quien vive el niño:  Madre  Padre  Guardián  Padrastra/Madrastra  Otro  
 (Por favor completa la información en todos partes que se aplica al estatus de su familia)

Empleador de Padre: \_\_\_\_\_ Teléfono de empleador: \_\_\_\_\_  
 Mejor hora para llamar: \_\_\_\_\_

Empleador de Madre: \_\_\_\_\_ Teléfono de empleador: \_\_\_\_\_  
 Mejor hora para llamar: \_\_\_\_\_

Empleador de Guardián: \_\_\_\_\_ Teléfono de empleador: \_\_\_\_\_  
 Mejor hora para llamar: \_\_\_\_\_

**¿Hay un documento legal para archivar en relación de la custodia de niño o derechos parentales?**  
 Sí  No (Si responde "sí", por favor proporciona una copia del documento)

**Etnicidad (Escoge la que describe mejor su niño. Es requerido para formularios estatales/federales):**

Nativo Americano/Nativa de Alaska  Asián o de Islas del Pacifico  Blanco/No hispanico  
 Africano Americano/No hispanico  Hispánico Comentarios: \_\_\_\_\_

**Programas en las que participa este estudiante en el pasado:**

Educación Especial  Leer de Título I (Title I Reading)  Educación Alternativa  Estudiantes de Ingles  
 (English Language Learners-ELL)  Estudiantes de Habilidades Altas  Option-In (de Otro Distrito)  
 Headstart  Ninguno

**Información de Emergencia (REQUERIDA) Por favor escribe dos personas para contactar (otra que los padres o un guardián)**

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación al niño: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Nombre: \_\_\_\_\_ Relación al niño: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Además de contactos de emergencia, por favor escribe personas autorizadas para recoger su niño de KCLC:

**INFORMACION MEDICA (REQUERIDA):**

Por favor escribe cualquier condición médica incluyendo enfermedades, condiciones que afectan la salud, alergias a comidas o medicamentos, cualquier acomodación especial necesaria y cualquier medicamento que su niño se toma regularmente:

Acomodaciones Especiales: \_\_\_\_\_

¿Su niño requiere medicamento después el horario escolar? \_\_\_\_\_

Si es necesaria para dar medicamentos a su niño, Ud. da permisión al personal de dar medicamentos que está en consonancia con la política y los procedimientos de Kearney Public Schools?  Sí  No: Por favor escribe sus iniciales: \_\_\_\_\_

¿Qué va a hacer su niño al fin del día?

andar o montar en bicicleta a las \_\_\_\_\_ p.m. hasta \_\_\_\_\_ (sitio).

estar recogido a las \_\_\_\_\_ p.m.

**OTRO**

SI NO

Yo doy permisión a mi niño de estar matriculado en programas y actividades, en o afuera el campus escolar.

Yo doy permisión de usar fotos, escritos, dibujos/obras de arte, etc. para propósitos de fomentar.

Yo doy permisión para transportar mi niño a actividades del programa y para propósitos de atención medica.

Yo doy permisión al personal para dar y recibir información necesaria sobre mi hijo con Kearney Public Schools, Compañeros, y evaluadores para ayudar con provenir la experiencia mejor del programa para mi niño.

Si mi hijo(a) camina a casa del programa de KCLC, entiendo que KCLC ya no es responsable del cuidado de mi hijo después de haber salido del programa.

**Yo he recibido, leído, y yo entiendo las políticas del manual. He recibido una copia del folleto de información para padres DHHS para el cuidado de niños con licencia.**

**FIRMA DE PADRE**

**FECHA**

**El horario para días escolares normales será a las Lunes-Viernes**

**3:00 P.M. hasta 6:00 P.M. a Bryant, Central, Emerson & Northeast**

**3:00 P.M. hasta 5:30 P.M. a Buffalo Hills, Kenwood, Meadowlark, Park, and Windy Hills**

**Un bocadillo esta proporcionado durante el programa después de escuela.**

**El horario para días de servicio completo y de días del verano será a las 7:45 A.M. hasta 5:30 P.M.**

**Durante días completos, un bocadillo en la mañana, almuerzo, y un bocadillo en la tarde serán proporcionados.**

**Por favor, deja una semana para procesar. Para confirmar matriculación y el primero día de asistencia, por favor 308-698-8053. NO LES CONTACTAMOS SINO QUE NO HAYA ESPACIO PARA SU ESTUDIANTE. Si Ud. está cubierto por HHSS para cuidado de los niños, es su responsabilidad para contactar su asistente social y programar una autorización de servicio y mandarla a nuestra oficina.**

**Por favor mandar por correo a:**

**Kearney Community Learning Center**

**320 West Calle 24**

**Kearney, NE 68848**

**Teléfono: 308-698-8053 Fax: 698-8001**