




Climax-Scotts Community Schools

Where Students Are More Than A Test Score!

Estimados Padres/Guardianes,


¡Bienvenido de nuevo! El primer día de clases está aquí y una vez más les pedimos que llenen nuestros formularios de regreso a clases para nuestros registros. Entendemos que este proceso puede tomar algún tiempo, pero apreciamos su paciencia para ayudarnos a actualizar la información de su hijo (a). Complete estos formularios y envíelos de regreso al final de la primera semana de clases.


 El formulario de color *Dorado* es nuestra Información de Asistencia Estudiantil. Debe comunicarse con la oficina si su hijo (a) va a estar ausente. Necesitamos todos los detalles que pueda proporcionar ya que debemos registrar e informar las ausencias.


 El formulario de color *Amarillo* es nuestra declaración PBIS. La Intervención y el Apoyo para el Comportamiento Positivo es nuestro programa de motivación.

El formulario de color *Marfil* es nuestro Formulario de Información del Estudiante. Este es el formulario principal para todas las comunicaciones con los padres. También tiene permisos muy importantes que requerimos. *Esto debe ser completado y firmado por el padre/guardián.*

 El formulario de color *Púrpura* es nuestra Encuesta de raza/etnicidad. Nuestro sistema de información estudiantil requiere esta información. *Esto debe ser completado y firmado por el padre/guardián.*

 El formulario de color *Rosa Brillante* es nuestro Formulario de Permisos de Salida. Esto determina con quién se irá o no su hijo (a) durante el año escolar, qué estudiante caminará a casa desde la escuela o qué estudiante será recogido después de la escuela de forma regular. Este formulario nos da instrucciones sobre dónde debe ir su hijo (a) en caso de una emergencia. La solicitud de transporte en bus se utiliza para actualizar a la oficina del garaje de buses sobre cualquier cambio o aclarar los lugares de dejada/recogida. *Este formulario debe ser completado y firmado por el padre/guardián.* Si tiene cambios durante el año escolar, deberá completar un nuevo formulario.

 El formulario de color *Verde* es nuestro Formulario de Acuerdo de Usuario de Tecnología. Este acuerdo le permite a su hijo (a) acceder a dispositivos electrónicos, tecnologías basadas en computadoras y servicios de Internet. Por favor revíselo con su estudiante. *Esto debe ser completado y firmado por el estudiante y el padre/guardián.*

 El formulario de color *Naranja* es nuestro formulario de Información sobre conmociones cerebrales. Proporciona información, síntomas y tratamiento de lesiones en la cabeza. Lea con su hijo (a) y explique que todas las lesiones, especialmente las lesiones en la cabeza, el cuello o los hombros, deben informarse a un adulto. *Esto debe ser completado y firmado por el estudiante y el padre/guardián.*

El horario escolar es de 8:40 AM - 3:45 PM. Recuerde conducir de manera segura al dejar y recoger a sus estudiantes.

Muchas gracias por su ayuda. ¡Estamos emocionados por otro gran año en la Primaria Climax-Scotts!

Sinceramente,

Teri Peters
Directora de Primaria



ASISTENCIA ESTUDIANTIL



La asistencia diaria a la escuela es un factor clave en la educación de su hijo (a). Cada día escolar ofrece nuevas oportunidades de aprendizaje y experiencias que moldearán a su hijo (a) y lo ayudarán a fortalecer sus habilidades, para expandir sus futuras oportunidades educativas y opciones de carrera. **Las ausencias excesivas, justificadas o Injustificadas, requieren contacto con el oficial de absentismo escolar de la escuela.**

Cuando su hijo (a) está bien, es vital que él/ella asista a clases todo el día. Si su hijo (a) está tosiendo o estornudando excesivamente, vomitando, tiene fiebre, sarpullido, secreción de los ojos, oídos o fosas nasales, tiene piojos o cualquier infestación, o no puede controlar la función intestinal; él/ella necesita atención y debe ausentarse de la escuela. Algunas ausencias pueden requerir una nota del médico antes de regresar a clase para salvaguardar la salud de los compañeros de clase. Cuando su hijo (a) esté bien, es vital que asista a la escuela durante todo el día escolar.

Si su hijo (a) debe estar ausente durante cualquier parte del día escolar programado, la escuela debe registrar e informar esa ausencia. Notifique a la oficina de la escuela lo antes posible si su hijo (a) va a estar ausente.

Usted puede llamar a la oficina al (269) 497-2101 o enviar un correo electrónico a la secretaria de la escuela a jennifer.selby@csschools.net. Por favor incluya la razón por la ausencia. Si la ausencia se debe a una enfermedad, incluya cualquier síntoma o un diagnóstico de su médico. Por ley, las escuelas y las guarderías deben informar todas las ausencias debido a una enfermedad y los síntomas (o un diagnóstico) de la enfermedad al Departamento de Salud del Condado. La escuela se comunicará con usted si necesitamos más información sobre la ausencia.

Gracias, de antemano, por su apoyo a nuestros esfuerzos para proteger la salud y el bienestar de cada niño.

Teri

Teri Peters
Principal; C-S Elementary
11250 East QR Ave
Scotts, MI 49088

*Elementary Office * 11250 East QR Avenue * Scotts, MI 49088
Phone (269) 497-2100 *Fax (269) 497-2127*



Climax-Scotts Community Schools

Where Students Are More Than A Test Score!

La Primaria Climax-Scotts es una escuela PBIS! Intervención y Apoyo para el Comportamiento Positivo (Positive Behavior Intervention & Support)

¡Tenemos varias maneras de motivar a nuestros estudiantes para que tomen buenas decisiones y ganen privilegios! Nuestra creencia es que tomar buenas decisiones en todo el plantel les permite a los maestros dedicar más tiempo a la instrucción y menos tiempo a los comportamientos negativos.

Como Apoyamos El Comportamiento Positivo

- Cuando "los vemos siendo buenos", obtienen un boleto PURRS (Panthers usando respeto, responsabilidad y seguridad) junto con una frase de elogio positivo.

¿Qué Hacen Con El Boleto?

- Al final de la semana, su maestro sacará dos ganadores de Panther PURRS para que vengan a la oficina a elegir del cofre de tesoros.
- Los viernes, los maestros realizan "Quince divertidos" en los que todos los estudiantes de la clase que han evitado cualquier referencia pueden hacer algo divertido con sus compañeros de clase durante quince minutos.

¿Qué Pasa Si Eres Un Great Panther Todo El Mes?

Si ha permanecido libre de referencias por problemas mayores y no ha recibido más de una referencia menor:

- Ganas 30 minutos de una recompensa para toda la escuela!
- Se escogen dos estudiantes para elegir a un amigo y venir a la oficina para un "Premio con la directora": ¡Sra. Peters!
- ¡Obtienes un certificado y tu foto se coloca en el pasillo!

CLIMAX-SCOTTS ELEMENTARY SCHOOL
FORMULARIO DE REGISTRO

Por favor llene toda la información como desea que esté en el Sistema. Por favor escriba legible.

Nombre del Estudiante _____ Fecha de Nacimiento: _____ Grado: _____

Dirección Física del Estudiante _____ Ciudad/Código Postal _____

Dirección de Correo (si es diferente): _____ Ciudad/Código Postal: _____

Teléfono Celular del Estudiante: _____ Correo Electrónico del Estudiante: _____

Padre/Madre/Guardián #1

Nombre Completo Padre/Madre/Guardián _____ Relación con el Estudiante: _____

Dirección Física (escriba "la misma" si es igual a la del estudiante) _____

Dirección de Correo (si es diferente o escriba "igual" si es igual a la del estudiante): _____

Teléfono _____ Teléfono celular _____ Correo Electrónico _____

Nombre del Empleador _____ Teléfono del Trabajo _____

Tiene custodia del Estudiante? Sí No (Debe aparecer en el certificado de nacimiento, si es Sí)

Señale todas las que aplican: Vive con Estudiante Recoger de la Escuela Contacto de Emergencia Recibe Correo del Estudiante

Padre/Madre/Guardián #2

Nombre Completo Padre/Madre/Guardián _____ Relación con el Estudiante: _____

Dirección Física (escriba "la misma" si es igual a la del estudiante) _____

Dirección de Correo (si es diferente o escriba "igual" si es igual a la del estudiante): _____

Teléfono _____ Teléfono celular _____ Correo Electrónico _____

Nombre del Empleador _____ Teléfono del Trabajo _____

Señale todas las que aplican: Vive con Estudiante Recoger de la Escuela Contacto de Emergencia Recibe Correo del Estudiante

Tiene custodia del Estudiante? Sí No (Debe aparecer en el certificado de nacimiento, si es Sí)

El estudiante vive con: _____ Hay juicio de custodia legal oficial? Sí No

Si es "sí" proporcione una copia certificada del documento para la oficina

¿Hay circunstancias de vida inusuales o dificultades de vivienda? Sí No Si es "Sí" por favor llene el cuestionario de vivienda

Contacto de Emergencia #1

Nombre Completo del Contacto de Emergencia: _____ Relación con el Estudiante _____

Teléfono Casa _____ Teléfono Celular _____ Teléfono del Trabajo _____

Está bien liberar al estudiante bajo su custodia en caso de que no podamos contactarlo a usted? Sí No

CLIMAX-SCOTTS ELEMENTARY SCHOOL
FORMULARIO DE REGISTRO

Por favor llene toda la información como desea que esté en el Sistema. Por favor escriba legible.

Contacto de Emergencia #2

Nombre Completo del Contacto de Emergencia _____ Relación con el Estudiante _____

Teléfono Casa _____ Teléfono Celular _____ Teléfono del Trabajo _____

Está bien liberar al estudiante bajo su custodia en caso de que no podamos contactarlo a usted? Sí No

Hermanos (as) (por favor liste todos los que estan de edad escolar o en casa):

Nombre _____ Grado _____

Nombre _____ Grado _____

Nombre _____ Grado _____

Tratamiento en caso de Emergencia: Yo, como el abajo firmante padre/guardián, doy mi consentimiento para que mi estudiante sea dejado ir conmigo o mi conyugue o amigo/familiar del estudiante que he designado y /o que se transporte en ambulancia al hospital más cercano en caso de emergencia. Comprendo que las Escuelas de Climax Scotts no proporcionan a estudiantes cobertura médica/dental por accidentes que ocurran en la escuela. Comprendo que voluntariamente puedo comprar un plan de seguro de accidentes para estudiantes. Reconozco que soy financieramente responsable por gastos médicos, dentales, de ambulancia y otros problemas de salud de mi hijo (a), que pueden ocurrir debido a una enfermedad/lesión.
Inicial del Padre/Madre _____

Hospital Preferido _____ Alergias _____

Medicamentos _____

Problemas Médicos _____

Permiso para recibir medicamentos sin receta médica: Yo doy permiso, de que mi hijo (a) reciba de la oficina, con mis instrucciones escritas, medicamentos (sin receta médica) que yo he proporcionado. Sí _____ No _____

Permiso que se le dé a mi estudiante en la oficina: Tylenol (o sustituto) Sí No Ibuprofen (o sustituto) Sí No Iniciales Padre/Madre _____

Autorización para utilizar fotografía: Yo doy consentimiento de que la foto de mi hijo (a) sea utilizada en publicaciones apropiadas de la escuela/comunidad Sí _____ No _____ (llene un formulario si escoge NO) Iniciales Padre/Madre _____

Permiso para Viajes Educativos: Doy permiso de que mi hijo (a) vaya a cualquier viaje que la escuela patrocine para grupos/clases.

Sí _____ No _____ Iniciales Padre/Madre _____

Permiso para utilizar Recursos Tecnológicos: Yo he leído el código ético con mi hijo (a) y doy permiso a que mi hijo (a) utilice los recursos tecnológicos del distrito. Comprendo que me pueden cobrar por cualquier dispositivo que haya sido asignado a mi hijo (a) y que él/ella pierda/rompa/dañe.
Sí _____ No _____ Iniciales Padre/Madre _____

Verificación de Residencia: Mi hijo (a) reside en el Distrito de las Escuelas Climax-Scotts. Si _____ No _____
(Si "no") Yo he llenado una formulario "Schools of Choice" o una carta en la oficina del Superintendente. Sí _____ No _____

Iniciales Padre/Madre _____

Afirmo y atesto que la información anterior que Yo, como padre/madre/guardián legal, de _____ es cierta y precisa y que mi hijo (a) y yo vivimos en la dirección que proporcioné.

Firma Padre / Guardián _____ Fecha _____

ENCUESTA SOBRE EL HISTORIAL Y EL IDIOMA DEL HOGAR

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Grado: _____

Parte A: Encuesta del Lenguaje en Casa (Requerida por el Estado de Michigan)

¿Es el lenguaje originario de su hijo un idioma diferente al Inglés?

Sí No ¿Cuál es el lenguaje? _____

¿El idioma principal utilizado en el hogar o en el ambiente de su hijo es un idioma que no sea el Inglés?

Sí No ¿Cuál es el lenguaje? _____

¿Nació el estudiante afuera de los Estados Unidos?

Sí No Si no, en dónde nació el estudiante? _____

Parte B: Raza/Etnicidad (Opcional)

¿Es su estudiante Hispano/Latino? (Seleccione solo uno)

- No, no es Hispano/Latino
 Sí, Si es Hispano/Latino

Cual es la raza de su estudiante?

- Indio Americano o Nativo de Alaska
 Asiático
 Negro o Africo Americano
 Nativo de Hawaii o Islas del Pacifico
 Blanco

Parte C: Por favor liste el nombre(s) y fecha(s) de nacimiento de otros hijos en casa

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Firma del Padre o Guardián

Fecha

BUS ASIGNADO
 Chofer AM _____ # _____
 Chofer PM _____ # _____
ESCUELA DE COMUNIDAD CS / PERMISO DE SALIDA
Si hay algún cambio durante el año escolar, por favor complete una nueva forma lo mas pronto posible solo para uso del dep. de transporte

Nombre del Estudiante	Grado	Maestro

 Nombre de los Padres/Guardianes _____ Tel. Principal _____
 Dirección _____ Tel. Secundario _____
INFORMACION DE SALIDA DIARIA**Transporte de Bus**

Dirección para Recoger en la Mañana: _____

Número	Calle	Ciudad	Quién vive allí?
Dirección para Dejar en la Tarde: _____			

Número	Calle	Ciudad	Quién vive allí?
Caminar a Casa de la Escuela/Recoger Regularmente			

 Permiso que mi hijo (a) camine a _____ después de que salgan los buses al final del día, o cuando la escuela tenga medio día. En la escuela elementaria, comprendo de que el/ella serán dejados salir del Panther Pickup Room después de que los buses se hayan ido del área.

 MI hijo (a) será recogido regularmente y comprendo que los estudiantes de la escuela elementaria esperarán en el Panther Pickup Room hasta ser buscados.
INFORMACION DE SALIDA DE EMERGENCIA

El distrito requiere Información de salida para cada niño (a) en caso de una salida temprana no planeada debido al clima o emergencias. En caso de salida por emergencia, el estudiante mencionado arriba:

- Se irá en el bus **como usualmente**
- Caminará, manejará, o montará bicicleta **como usualmente**
- Será recogido por un padre/guardian mencionado arriba, el cual puede ser contactado durante el año escolar:
 - No. de Teléfono _____
 - Correo Electrónico _____
- Será recogido por un amigo o familiar mencionado abajo:
 - Nombre y Relación con el estudiante (s) _____
 - No. de Teléfono para contactar durante el día escolar _____
- Seguirá un plan diferente (*por favor de instrucciones detalladas abajo*)
 - _____
 - _____
 - _____

 Yo verifico que he revisado este plan y las Instrucciones con mi hijo y el/ella comprende que procedimiento deberá seguirse en caso de una salida temprana debido a el clima u otra emergencia. Iniciales aquí

PERMISO DE SALIDA En un esfuerzo para ayudar a asegurar la seguridad de nuestros estudiantes, los padres están obligados a proporcionar los siguientes permisos en caso de que alguien que no sea el padre legal /guardián recoja a un niño de la escuela. Tome nota de que: no dejaremos salir a los estudiantes con cualquier persona que no está en la siguiente lista. Si necesita actualizar su lista durante el año escolar, debe venir a la oficina para hacerlo. No se aceptarán adiciones o subtracciones verbales. Para cada permiso, por favor proporcione nombre y la relación con el niño.

SÍ MI hijo (a) puede irse con:	NOI MI hijo (a) no puede irse bajo ninguna circunstancia con:

Firma #1 Padre/Guardián

Fecha

Firma #2 Padre/Guardián

Fecha

DISPOSITIVO EDUCATIVO CLIMAX SCOTTS COMMUNITY SCHOOLS ACUERDO DE USO ACEPTABLE - ESTUDIANTE

Este acuerdo cubre el acceso y el uso de dispositivos electrónicos (personales o de otro tipo), tecnologías basadas en computadoras y servicios de Internet.

Las escuelas Climax Scotts brindan cuentas a los estudiantes para acceder a la Red Educativa. Este documento contiene los términos y condiciones de uso que un estudiante acepta a seguir cuando usa la tecnología proporcionada por las Escuelas de Climax Scotts. "Estudiante" se define como cualquier individuo que asiste a cualquier institución educativa atendida por CSS.

Finalidad y Uso Aceptable

- El uso de cualquier cuenta de estudiante debe respaldar la educación y la investigación, y debe ser consistente con los objetivos educativos de CSS. El Superintendente de CSS y sus designados, pueden en cualquier momento tomar determinaciones de que los usos particulares son o no consistentes con el propósito de CSS.
- El término "propósito educativo" incluye actividades en el salón, desarrollo profesional y actividades limitadas de autodescubrimiento de alta calidad.
- CSS se reserva el derecho de imponer restricciones razonables sobre el material al que los usuarios acceden o publican mediante el uso de tecnología. De conformidad con la Ley de Protección Infantil en Internet, CSS ha implementado software de filtrado de Internet para ayudar a evitar el acceso a sitios web "no educativos". Además, se espera que los usuarios cumplan con las reglas establecidas por CSS y todas las leyes federales y estatales.
- Esta política impone restricciones sobre el acceso a material inapropiado. Sin embargo, existe una amplia gama de material disponible en Internet, que puede no ser apropiado para los estudiantes. No es práctico ni posible para CSS monitorear y hacer cumplir la amplia gama de valores sociales representados en Internet. CSS reconoce que los padres tienen la responsabilidad principal de especificar a sus hijos qué es lo que no es aceptable para que sus hijos accedan a través de la tecnología CSS.
- El acceso a la tecnología CSS es un privilegio. Los usuarios deben ser considerados con otros usuarios.
- El distrito proporcionará a cada estudiante una identificación de inicio de sesión y una contraseña para acceder a las redes. El estudiante protegerá la contraseña, garantizará su seguridad y no compartirá esta información con otros estudiantes.

Uso Inaceptable

Utilizando la declaración de orientación de "propósito educativo", a continuación se muestran algunos ejemplos específicos de uso prohibido. Sin embargo, esta política no intenta demostrar todos los comportamientos. Los comportamientos que se consideran inaceptables pueden resultar en la terminación del acceso a Internet y/o el uso general de la tecnología proporcionada por CSS. Dependiendo de la severidad de las acciones inapropiadas de un usuario, puede ocurrir una acción disciplinaria de hasta e incluyendo la expulsión del estudiante según lo decida CSS. Los siguientes ejemplos se consideran inaceptables:

- Los usuarios no proporcionarán ni comprarán productos o servicios a través de la tecnología CSS.
- Se prohíbe el uso de lenguaje obsceno, profano, lascivo, abusivo, amenazante, discriminatorio, acosador o intimidatorio.
- CSS prohíbe el acceso o la publicación de material pornográfico, actos ilegales, compra de drogas, violencia relacionada o discriminación hacia otras personas (literatura de odio). Para los usuarios estudiantes, se puede hacer una excepción especial para la literatura de odio si el propósito de dicho acceso es realizar una investigación y el maestro aprueba el acceso.
- Los usuarios que puedan identificar un problema de seguridad en los sistemas de tecnología CSS deben notificar al maestro o administrador de CSS y no mostrar el problema a otros usuarios.

- Se prohíbe el plagio y la infracción de derechos de autor. Los usuarios no deben tomar ideas o escritos de otros y presentarlos como si fueran propios. Respete los derechos de los titulares de derechos de autor.
- CSS recomienda encarecidamente a los usuarios que no transmitan información personal sobre sí mismos o sobre otros, como su: nombre, dirección, número de teléfono o dirección de la escuela. Por seguridad personal, los usuarios no deben hacer arreglos para reunirse en persona con nadie que se contacte a través de Internet .
- Se prohíbe el acceso no autorizado a CSS Technology Systems o cualquier otro sistema informático a través o más allá del acceso autorizado previsto. Los usuarios no deben acceder al material, información o archivos de otra persona sin permiso.
- Los usuarios aceptan no intentar intencionalmente interrumpir los sistemas de tecnología CSS o destruir los datos accesibles a través de los sistemas CSS mediante la propagación de virus informáticos o por cualquier otro medio.

Usar un Dispositivo Fuera de la Escuela

El dispositivo del estudiante está listo para Wi-Fi y se conectará a cualquier red Wi-Fi, ya sea en casa, la escuela o dentro de una red comercial o pública. Todo el tráfico de Internet, independientemente de dónde esté conectado el dispositivo, se filtrará a través del filtro de Internet del Distrito. Si un estudiante intenta "pasar por alto" esta función, sus privilegios de tecnología serán suspendidos, se le pedirá que entregue su dispositivo a la Administración y/o acción disciplinaria.

Reparación o Reemplazo de un Dispositivo

Todas las reparaciones y reemplazos deben hacerse a través de las Escuelas de Climax Scotts. Si su dispositivo se pierde, se daña o tiene problemas técnicos, informe de esto a su maestro o al personal de la oficina de inmediato. El usuario será responsable de cualquier dispositivo dañado o roto.

El siguiente cuadro representa los costos de reemplazo de dispositivos perdidos o dañados:

Reparación/Reemplazo:	Costo:
Reemplazo Total del Dispositivo	\$195
Pantalla	\$50
Teclado	\$45
Cable de Energía/Cable*	\$15

Responsabilidad

- CSS no ofrece ninguna garantía ni asegura de ningún tipo, ya sea expresa o implícita, que las funciones o servicios proporcionados a través de CSS estarán libres de errores o defectos. CSS no será responsable de ningún daño que los usuarios puedan sufrir, incluyendo, entre otros, la pérdida de datos como resultado de retrasos, no entregas, entregas perdidas o interrupciones del servicio causadas por negligencia, error u omisión del usuario de Climax Scotts Schools. CSS no garantiza ni es de ninguna manera responsable de la precisión o calidad de la información obtenida o almacenada en el Sistema de Tecnología CSS. El uso de cualquier información obtenida es por cuenta y riesgo del usuario. CSS no será responsable de ninguna obligación financiera que surja del uso no autorizado del usuario.
- CSS no será responsable de ninguna obligación financiera que surja del uso de los Servicios de Tecnología CSS por parte del usuario para comprar productos o servicios personales.

Página de Firma

Por la presente libero a CSS, su personal y cualquier institución con la que esté afiliado, de todos y cada uno de los reclamos y daños de cualquier naturaleza que surjan de mi uso o incapacidad de usar la Tecnología CSS, incluidos, entre otros, los reclamos que puedan surgir del uso no autorizado del sistema.

He leído detenidamente y entiendo completamente los términos y condiciones de este acuerdo. Acepto seguir los términos y condiciones de este acuerdo. Entiendo que si violo cualquiera de los términos o condiciones de este acuerdo, mi cuenta puede ser cancelada y podría enfrentar otras medidas disciplinarias.

Además, entiendo que soy responsable de cualquier obligación financiera que surja de mi uso no autorizado de la tecnología CSS para comprar productos o servicios.

Por la presente, doy mi consentimiento a CSS para la interceptación de mis comunicaciones electrónicas según lo considere necesario para el cumplimiento de este acuerdo y cualquier ley aplicable.

Firma del Estudiante

Primer Nombre Inicial Apellido Grado Fecha de Nacimiento
(Imprenta)

Firma del Estudiante Usuario Fecha

Teléfono de Casa Dirección

Firma de los Padres/Guardianes

Por la presente, doy mi consentimiento a CSS para interceptar las comunicaciones electrónicas de mi hijo(a) según lo considere necesario para el cumplimiento de este acuerdo y las leyes aplicables.

Por la presente libero a CSS de todos y cada uno de los reclamos y daños de cualquier naturaleza que surjan del uso o incapacidad de mi hijo para usar los sistemas de tecnología CSS, incluidos, entre otros, los reclamos que puedan surgir del uso no autorizado del sistema.

Entiendo que es imposible restringir el acceso de mi hijo(a) a todos los materiales potencialmente controversiales. Acepto no responsabilizar a CSS por la información o los materiales adquiridos por mi hijo(a) a través de la tecnología de las Escuelas de Climax Scotts.

Entiendo y acepto que soy totalmente responsable de cualquier obligación financiera que surja del uso o uso no autorizado de los Servicios de tecnología CSS por parte de mi hijo(a) para comprar productos o servicios.

Por la presente doy mi permiso para emitir una cuenta para mi hijo(a) y certifico que la información contenida en este formulario es correcta.

Nombre del Padre/Guardián (en letra imprenta)

Firma del Padre/Guardián Fecha

¿Tiene actualmente suficiente acceso WiFi en casa? _____

Número de Serie del Dispositivo _____ CSS Tag# _____

Material Educativo para Padres y Estudiantes
COMPRENDER LA CONMOCION CEREBRAL

ALGUNOS SINTOMAS COMUNES

Dolor de Cabeza	Problemas de Balance	Sensibilidad al Ruido
Presión en la Cabeza	Visión Doble	Pereza
Nausea/Vomito	Visión Borrosa	Vaguedad
Mareos	Sensibilidad a la Luz	Atontado
Mala Concentración	Problemas de Memoria	Confusión
Sentirse Deprimido	No sentirse bien	Irritable
Problemas para Dormir	No reaccionar a tiempo	

QUE ES UNA CONMOCIÓN CEREBRAL?

Una conmoción cerebral es un tipo de lesión del cerebro que cambia la manera en la que el cerebro trabaja normalmente. Una conmoción es causada por una caída, un golpe fuerte o una sacudida en la cabeza que causa que la cabeza y el cerebro se muevan rápidamente hacia adelante y hacia atrás. Una conmoción puede ser causada por sacudir bruscamente, girar o parar bruscamente la cabeza. Aun un golpe en la cabeza que parezca pequeño puede ser serio. Una conmoción puede darse aunque no se haya perdido el conocimiento.

Uno no puede ver una conmoción cerebral. Los síntomas de una conmoción cerebral pueden presentarse inmediatamente después del golpe, días o semanas después. Si el estudiante reporta cualquier síntoma de una conmoción, o si usted mismo observa los síntomas, busque ayuda médica inmediatamente. Un estudiante que ha tenido una conmoción cerebral no debe regresar a jugar ese día y hasta que un médico le autorice volver a jugar.

SI USTED SOSPECHA UNA CONMOCIÓN CEREBRAL:

1. **BUSQUE AYUDA MEDICA INMEDIATAMENTE-** Un profesional de salud será capaz de decidir qué tan seria es la conmoción y cuando sería prudente que el estudiante regrese a sus actividades regulares, incluyendo los deportes. No lo oculte, repórtelo. Ignorar los síntomas y hacerse el fuerte varias veces empeora la situación.
2. **MANTENGA A SU ESTUDIANTE FUERA DEL JUEGO-** Las conmociones toman tiempo para sanar. No deje que su estudiante regrese a jugar el mismo día en que se golpeó y hasta que un médico diga que está bien. Un estudiante que regresa antes de tiempo, mientras el cerebro se está sanando, arriesga a que sufra una segunda conmoción. Los niños pequeños y los adolescentes tienen más probabilidades de sufrir una conmoción cerebral y requieren más tiempo que los adultos para recuperarse. Una segunda conmoción incrementa el tiempo para recuperarse y puede ser muy serio. Puede causar daños cerebrales permanentes que afectaran al estudiante por vida. Pueden ser fatales. Es mejor perderse un juego que perderse toda la temporada.

3. **AVISE A LA ESCUELA DE CUALQUIER CONMOCION PREVIA-** Las escuelas deben saber si un estudiante ha tenido antes una conmoción. La escuela del estudiante puede ser que no tenga información acerca de una conmoción ocurrida en otro deporte o actividad al menos que usted le informe.

SINTOMAS OBSERVADOS POR LOS PADRES:

Aparenta estar aturdido	No recuerda eventos antes/después del golpe
Esta confundido	No sabe que juega ni el puntaje ni el oponente
Olvida las instrucciones	Se mueve torpemente
Contesta las preguntas despacio	Perdida de conciencia (aun momentánea)
Muestra cambios de comportamiento, personalidad y humor	

SINTOMAS PELIGROSOS DE UNA CONMOCION:

En casos raros, un coágulo de sangre podría formarse en el cerebro de una persona que ha sufrido de una conmoción y podría localizarse en el cráneo. Un estudiante debe recibir atención médica inmediatamente si después de un golpe presenta los siguientes síntomas peligrosos:

Una pupila está más grande que la otra	Vomita repetidamente
Esta soñoliento y no se puede despertar	El dolor de cabeza empeora
Debilidad, entumecimiento o falta de coordinación	Convulsiones o epilepsia
Lenguaje mal articulado	No reconoce a personas/ lugares
Se pone agitado, confuso e inquieto	Tiene comportamiento inusual
Pierde el conocimiento (aunque sea breve debe ser tomado seriamente)	

COMO RESPONDER A UN REPORTE DE CONMOCION:

Si un estudiante reporta uno o más síntomas de conmoción después de un golpe a la cabeza o cuerpo, él/ella deben retirarse del juego deportivo el día del golpe. El estudiante solo podrá regresar a jugar con un permiso de un profesional de salud que tenga experiencia en evaluar conmociones. Durante la recuperación, descansar es la clave. Hacer ejercicio o actividades que necesiten mucha concentración (como estudiar, trabajar con computadoras o jugar video juegos) puede ocasionar que los síntomas vuelvan a aparecer o se empeoren. Los estudiantes que regresan a clase después de una conmoción puede ser que necesiten estar menos horas en la escuela, tomar más descanso, tener ayuda y tiempo extra, pasar menos tiempo leyendo, escribiendo o en una computadora. Después de una conmoción, regresar a la escuela y a jugar deportes es un proceso gradual que debe ser monitoreado por un profesional de salud.

Recuerde: Las conmociones afectan a las personas de manera diferente. Aunque la mayoría de los estudiantes que han sufrido una conmoción se recuperan rápidamente y completamente, algunos tendrán unos síntomas que podrían durar por días o hasta semanas. Una conmoción seria podría durar meses o más.

Para saber más, vaya a www.cdc.gov/concussion

CONOCIMIENTO DE LA CONMOCION

RECONOCIMIENTO QUE RECIBIO ESTE FORMULARIO DE MATERIAL EDUCATIVO

Con mi nombre y firma abajo, yo reconozco de acuerdo con el Public Act 342 y 343 de 2012 que he recibido y leído la Hoja Informativa de Conmoción Cerebral para Padres y Estudiantes proporcionada por Climax-Scotts Elementary School

Nombre del Participante (Estudiante)

Nombre del Padre/Guardián

Firma del Participante (Estudiante)

Firma del Padre/Guardián

Fecha

Fecha

Regrese este formulario a la escuela y debe ser archivado mientras dure la participación en el deporte o hasta la edad de 18.

Padres y estudiantes, por favor revisen y mantengan esta información disponible para futura referencia.

**Departamento de Educación de Michigan
Oficina de Servicios de Salud y Nutrición**

SOLICITUD DEL CACFP PARA COMIDAS ESPECIALES Y/o ALOJAMIENTOS

La información de este formulario debe actualizarse según sea necesario para reflejar las necesidades actuales del participante.

1. Nombre de la escuela/patrocinador:	2. Nombre del sitio:	3. Teléfono del sitio:
--	-----------------------------	-------------------------------

4. Nombre del Participante/Estudiante:	5. Edad del participante:
---	----------------------------------

6. Marque uno (Consulte las instrucciones en el reverso de este formulario):

A. El participante tiene una discapacidad* o una condición médica que requiere una comida o alojamiento especial. Los operadores del programa están obligados a hacer sustituciones razonables a las comidas para los participantes con una discapacidad / condición médica que restringe su dieta caso por caso cuando está firmada por un profesional médico con licencia. Un médico con licencia (MD o DO), asistente médico (PA) o profesional de enfermería (NP) debe firmar esta solicitud.

B. El participante está solicitando una comida o alojamiento especial debido a sus preferencias religiosas, culturales o personales. Cualquier sustitución debe cumplir completamente con el patrón de comida. Se alienta a los operadores del programa a realizar sustituciones de comidas en caso por caso, pero no están obligados a hacerlo. Un padre/tutor o participante adulto puede firmar esta solicitud.

***Definición de Discapacidad:** La Ley de Enmienda de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA, por sus siglas en la cual) define a una persona con una "discapacidad" como cualquier persona que tiene un impedimento físico o mental que limita sustancialmente una o más "actividades principales de la vida", tiene un registro de dicho impedimento, o se considera que tiene tal impedimento. Las "actividades principales de la vida" incluyen, pero no se limitan a, cuidarse a sí mismo, realizar tareas manuales, ver, oír, comer, dormir, caminar, pararse, levantarse, doblar, hablar, breathing, aprender, leer, concentrarse, pensar, comunicarse y trabajar. Las principales actividades de la vida también incluyen el funcionamiento de una función corporal importante, incluyendo pero no limitado a, funciones del sistema inmunológico, crecimiento celular normal, digestivo, bowel, vejiga, neurológico, cerebro, respiratorio, circulatorio, endocrino, y funciones reproductivas.

Memorándum de Políticas del USDA y sobre Modificaciones para Acomodar Discapacidades en el CACFP y SFSP.

7. Alimentos que deben omitirse y sustituciones (obligatorias): *Sírvase enumerar los alimentos específicos que deben omitirse y las sustituciones sugeridas. Adjunte una hoja con información adicional según sea necesario.*

A. Food(s) To Be Omitted:	B. Suggested Substitution(s)
_____	_____
_____	_____
_____	_____

8. Breve descripción de cómo afecta la exposición a este alimento a los participantes:

9. Prescripción dietética y/o alojamiento (describa en detalle para garantizar la correcta implementación utilice páginas adicionales según sea necesario; consulte las instrucciones en el reverso) si corresponde:

10. Indique la textura:

- Regular
 Chopped
 Ground
 Pureed

11. Enumere el equipo adaptativo si es necesario:

12. Firma de Padre/Tutor/Participante:	13. Nombre Impreso:	14. Teléfono:	15. Fecha:
16. Firma de Medical Professional:	17. Nombre Impreso: (Incluya credenciales)	18. Teléfono:	19. Fecha:

Revised: July 2019



SOLICITUD DE DIETAS ESPECIALES NECESITA INSTRUCCIONES DE ALOJAMIENTO

1. **Nombre de la escuela/patrocinador:** Imprima el nombre de la escuela o patrocinador que proporciona el formulario a la familia.
2. **Nombre del sitio:** Imprima el nombre del sitio donde se servirán las comidas (por ejemplo, XYZ School, XYZ Child Care Center, etc.)
3. **Teléfono del sitio:** El número de teléfono del sitio donde se servirá la comida. Mira #2.
4. **Nombre del Participante/Estudiante:** Imprima el nombre del niño o adulto participant al que pertenece la información.
5. **Edad del participante:** Imprima la edad del participante. Para los bebés, por favor use la fecha de nacimiento.
6. **Comprobación uno:**
 - A. Casilla de verificación para indicar que el participante tiene una discapacidad/ condición médica que restringe su dieta (ejemplo: enfermedad celíaca, alergia al maní o a los frutos secos, etc.) *o*
 - B. El participante está solicitando un alojamiento dietético especial debido a la preferencia religiosa, cultural o de personal (ejemplo: dieta vegana; Hindú; Patrón dietético judío; Patrón dietético islámico, etc.).
7. **Alimentos que deben omitirse y sugerir sustitución(es) sugerida(s):** Enumere los alimentos específicos que deben omitirse. Por ejemplo: "excluir la carne de cerdo." Sugerir alimentos a incluir en la dieta. Por ejemplo: "Sustituir la carne de vacuno, aves de corral, huevos, frijoles / legumbres."
8. **Breve descripción de cómo afecta la exposición a este alimento al participante:** Describa cómo la exposición a los alérgenos y/o alimentos afecta al participante. Por ejemplo: "Exposición a los cacahuets causa una reacción potencialmente mortal" o "la carne de cerdo no está permitida por la ley dietética islámica".
9. **Prescripción dietética y/o adaptación:** Describa una dieta o adaptación específica que haya sido prescrita por un médico con licencia. Por ejemplo: "Todos los foods deben estar en forma líquida o puré. El participante no puede consumir alimentos sólidos".
10. **Indicar textura:** Marque una casilla para indicar el tipo de textura de los alimentos que se requiere. Si el participante no necesita ninguna modificación, marque "Regular."
11. **Equipo de adaptación:** Describa el equipo específico necesario para ayudar al participante con la cena. Algunos ejemplos pueden ser la taza de sippy, la cuchara grande asada, los muebles accesibles para sillas de rueda, etc.
12. **Firma del padre/tutor/participante:** Firma del padre/tutor o adulto participante que solicita el alojamiento.
13. **Nombre Impreso:** Imprima el nombre del padre/tutor o participante adulto que complete el formulario.
14. **Teléfono:** Número de teléfono del padre/tutor o adulto participante.
15. **Fecha:** Fecha de formulario de signos de padres/tutoreso participantes adultos.
16. **Firma de Medical Professional:** Firma de profesional médico.
17. **Nombre Impreso con credenciales:** Nombre Impreso de un profesional médico con licencia, incluidas las credenciales profesionales.
18. **Teléfono:** Número de teléfono de un profesional médico con licencia.
19. **Fecha:** Fecha de forma de signos profesionales médicos.

Declaración de no discriminación: De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las regulaciones y políticas del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), el USDA, sus Agencia, oficinas y empleados, y las Instituciones que participan o administran programas del USDA tienen prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, discapacidad, edad o represalias o represalias por actividades de derechos civiles anteriores en cualquier actividad o actividad realizada por USDA.

Las personas con discapacidades que requieren medios alternativos de comunicación para la información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben comunicarse con la Agencia (estatal o local) donde solicitaron beneficios. Las personas sordas, con dificultades auditivas o con discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al 800-877-8339. Además, la información del programa puede estar disponible en idiomas distintos del inglés.

PARENTAL REMINDER:

Reusable Water Bottles need to be brought from home, please. We do not have cups or bottles available for the students in the classrooms.



We have faucets for the children to refill their bottle at school. Please also remember to put your student's name on it. Thank You
!

WATER NEWS!

Water bottles are available to purchase during your child's breakfast and lunch periods. Water bottles are \$1.00 each. If you would like your child to be able to purchase water using their meal account, please sign this form and return to the elementary school kitchen.

There needs to be money in your child's account to charge, otherwise, they need to bring in \$1.00 with them. (If your child is already charging, they cannot get a water unless they have \$1.00 in hand.) **Water is not free with breakfast or lunch.**

Thank you!

My child(ren) has permission to purchase water bottles charging their meal account

Student name _____

Parent signature _____

Teacher _____



Climax-Scotts Community Schools

Where Students Are More Than A Test Score!

Consentimiento de Divulgación de Información de Identificación Personal e Información de Inmunizaciones a Departamentos de Salud Locales y Estatales

Las inmunizaciones son una parte importante en el mantener a nuestros niños sanos. Las escuelas y los departamentos de salud Estatales y Locales deben monitorear los niveles de inmunización para asegurar que todas las comunidades estén protegidas de enfermedades que puedan potencialmente amenazar la vida y, si es necesario, dar respuesta inmediata a una amenaza emergente a la salud pública. Es importante que se minimicen las amenazas de enfermedades a través del monitoreo de estudiantes que estén inmunizados.

El compartir información sobre inmunizaciones y de identificación personal incluyendo el nombre del estudiante, su fecha de nacimiento, género, y dirección con los departamentos locales y estatales de salud ayudará a mantener a su hijo a salvo de enfermedades prevenibles con vacunas. La Ley de Derechos y Privacidad Educativa Familiar (FERPA), 20 U.S.C. § 1232g, requiere de un consentimiento parental por escrito antes de que se pueda divulgar al departamento de salud información de identificación personal e inmunizaciones de los expedientes de su hijo. Si su hijo tiene 18 años de edad o más, él o ella es un "estudiante elegible" y debe proporcionar un consentimiento para la divulgación de información de sus expedientes escolares.

Usted puede retirar su consentimiento de compartir esta información por escrito en cualquier momento.

Yo autorizo Climax-Scotts Community Schools a revelar la información de los registros de Inmunización e identificación personal de mi hijo al Departamento de Salud y Servicios Humanos y al Departamento de Salud Local de Michigan. Entiendo que esta información será usada para mejorar la calidad y prontitud de los servicios de inmunización y para ayudar a las escuelas a cumplir con las Leyes de Michigan. Esto incluye toda información de inmunizaciones e información de identificación personal limitada de la escuela.

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: __/__/__

Firma del Padre/Tutor
o Estudiante Elegible: _____ Fecha: __/__/__

Nombre Impreso del Padre/Tutor: _____