

2017-2018 Información para FAMILIAS NUEVAS (4/5/17)
Bienvenidos al Distrito Escolar de Independence!



UNA SOLICITUD POR FAMILIA. Por favor entregue a:

Independence School District 23786 Indee Blvd. Independence, WI 54747
 Fax: 715-985-2303 Email: klimekp@indps.k12.wi.us Caja de depósito ubicada fuera de la puerta principal
 Horas: 7:30-3:30 Lunes-Viernes (Horas de Verano: Lunes-Jueves 7:30-3:30)

**Si usted no vive dentro de los límites del Distrito Escolar de Independence, deberá completar la Solicitud de Inscripción Abierta la cual puede encontrar aquí: <https://dpi.wi.gov/open-enrollment>

Fecha de Hoy: _____

(Favor de contactar a la escuela para actualizar la información durante el año escolar según sea necesario)

Información sobre el/la Estudiante y Familia (Sección 1)

NOMBRE DE TODOS LOS NIÑOS EN EL HOGAR - Por favor incluya a todos los niños con edades de 0-21 años.

Nombre, Medio, Apellido	Grado	Fecha de Cumpleaños	Lugar de Nacimiento: (Ciudad)	Condado	Estado

Antecedentes Escolares. Indique nombres, ubicaciones, y fechas de todas las otras escuelas a las cuales su(s) hijo/a ha asistido:

Nombre del Niño	Nombre de la Escuela	Ubicación	Fechas en que asistió

Primera Parte: ¿Su(s) hijo(s) son Hispanos/Latinos? (Debe escoger una opción) Hispano/Latino No Hispano/Latino
Segunda Parte: Seleccione una o mas de las siguientes categorías que apliquen a los niños. Amerindio u Oriundo de Alaska Asiático Afroamericano Negro Hawaiano u otro Procedente de las islas del Pacifico Blanco
 Si niños en su familia son de razas distintas, indique con nota breve junto al nombre de cada niño. Pida ayuda si es necesario.

Lengua Materna del niño	Inglés _____	Español _____	Otro _____	(Favor de Indicar)
Idioma frecuentemente hablado por niño	Inglés _____	Español _____	Otro _____	(Favor de Indicar)
Idioma mayormente hablado en casa	Inglés _____	Español _____	Otro _____	(Favor de Indicar)
Idioma hablado principalmente por padres	Inglés _____	Español _____	Otro _____	(Favor de Indicar)
**¿Necesita intérprete?	SI _____	NO _____		
**¿Necesita documentos traducidos?	SI _____	NO _____		

Teléfono del hogar : _____ Teléfono Celular: Padre _____ Teléfono Celular: Madre _____

Domicilio Particular: _____

Dirección Postal (si es diferente al domicilio particular): _____

¿Este hogar es permanente? ____SI ____NO Si ha indicado NO, por favor explique: _____

Correo electrónico del Padre: _____ Correo electrónico de la Madre : _____

El alumno(a) vive con:

Nombre:	Apellido:	Padre	Madre	Tutor	Empleador	Teléfono del Trabajo
1.						
2.						

Información sobre Padre sin Custodia no incluido en sección anterior :

Nombre:	Apellido:	Parentesco: (padre,madre, tutor)	Domicilio Particular Completo:	Teléfono del Trabajo
1.				
2.				

¿Deben enviarse copias de reportes de calificaciones y otros expedientes académicos al padre sin custodia? ___ Si ___ No

*Si la respuesta es "Si", por favor proporcione la dirección de padre sin custodia en la caja de arriba.

¿Desea el padre sin custodia asistir a conferencias de padres/maestros? ___ Si ___ No

ORDENES JUDICIALES¿Existe alguna orden judicial que restrinja la emisión de información a su cónyuge actual o anterior?
___ Si ___ No Explique:_____

Note: Por favor añada COPIA CERTIFICADA de orden judicial relacionada a la pregunta anterior

EN CASO DE EMERGENCIA: Nombres de por lo menos tres adultos locales a quienes podamos contactar en caso de que su hijo caiga enfermo o lesionado mientras esta en la escuela y deba ser recogido. Asegúrese de informar a estas personas sobre la responsabilidad.

Nombre:	Apellido:	Parentesco: (Familiar, Amigo, Vecino, etc.)	Teléfono Durante el Día:
1.			
2.			
3.			

Información Sobre Transporte (Sección 2):

___ Yo quiero que mi(s) hijo(s) utilice el autobús hacia/desde el domicilio particular escrito arriba.

___ Yo haré arreglos de transporte privado para mi(s) hijo(s) desde/hacia la escuela.

Salida Temprana/Mal tiempo

Por favor escriba el nombre, y número de teléfono de la persona con quien su hijo irá en caso de salida temprana debido al mal tiempo. Si debe ir a casa, por favor indique 'CASA'.

Nombre:	Apellido:	Domicilio Particular:	Teléfono Durante el Día:

Información Médica del Alumno (Sección 3)

SI	NO	CONDICIÓN	Si contestó SI, indique NOMBRE DEL ALUMNO:
		Asma (indique una): ___Leve ___Moderada ___Severa Causa_____ Reacción_____	
		*Inhalador en Oficina de Salud (con espaciador correcto)	
		*Pluma Inyectora Epi-Pen en Oficina de Salud	
		Alergias Alimentarias: Causa_____Reacción_____	
		Otras Alergias: Causa_____ Reacción_____	
		Reacción severa a picadura de insecto. Causa_____Reacción_____	
		Diabetes (describa):	
		Ataques (describa): Medicamento en caso de Emergencia	
		Problemas Emocionales (describa)	
		ADD/ADHD	
		Lentes/O de Contacto necesarios para ver	
		Problemas del Oído (describa)	
		Migrañas o Jaquecas (describa)	
		Aflicciones del Corazón (describa)	
		Aflicciones digestivas o dietéticas (describa)	
		Limitaciones Físicas (por favor describa)	
		Indique los medicamentos y la dosis que el alumno esta tomando en casa y de los cuales la escuela debe estar al tanto.	

Nombre de Médico: _____ Hospital/Clinica _____ Teléfono: _____

Nombre de Dentista: _____ Teléfono: _____

¿La Cartilla de Vacunación está actualizada? ___SI ___NO

**Niños en 4K también deberán entregar verificación de evaluación de vista, salud y dental.

Información de Medicamento de Alumnos está protegida bajo la Ley HIPPA y/o la Ley de Derechos Educativos (FERPA con protección adicional otorgada por Estatutos Estatales de Wisconsin 118.25(2m)(a)(b) y 146.82-146.83.

- Según póliza del distrito, alumnos no tienen permitido cargar medicamentos. Ver Asistente de Salud para mas detalles.
- **Medicamentos Con Receta** (proporcionada por padre/tutor): Una 'Solicitud de Consentimiento' debe ser firmada y fechada por padre/tutor Y médico.
- **Medicamentos sin Receta:** Una 'Solicitud de Consentimiento' debe ser firmada y fechada por padre/tutor. No es necesaria la firma de un médico SI la dosis/frecuencia se encuentra en las instrucciones de la etiqueta.

La siguiente firma del padre/tutor permite a la escuela compartir información de salud con miembros del personal escolar, choferes de autobuses, y entrenadores/asesores que tengan contacto con el alumno.

Firma del Padre _____ Fecha _____

Grados 6-12 Tecnología/Uso de Computadora (Sección 4)

Como padre/tutor, mi firma indica que he leído, y aceptaré la Póliza en la Iniciativa de Aprendizaje Digital sobre el Uso Responsable así como también la Póliza sobre Uso Responsable de Tecnología (363.2), y otorgo mi permiso para que mi(s) hijo(s) tengan acceso a los recursos electrónicos indicados.

- En la escuela y en casa
- En la escuela solamente

Firma de Padre/Tutor: _____ Fecha: _____

Firma del Alumno: _____ Fecha: _____

Firma del Alumno: _____ Fecha: _____

Firma del Alumno: _____ Fecha: _____

Firma del Alumno: _____ Fecha: _____

Información Adicional (Sección 5)

____SI ____NO **EN CASO DE EMERGENCIA**, enfermedad seria, o accidente, y que no se me pueda localizar, por la presente autorizo al director de la escuela para que lleve a mi hijo/a al médico autorizado o dentista disponible mas cercano para que reciba tratamiento. Autorizo además, al director o personal de la escuela para que presten primeros auxilios si lo consideran necesario.

____SI ____NO **PUBLICACION DE FOTOS/TRABAJOS ESCOLARES** Yo entiendo que la fotografía o trabajo de clase de mi(s) hijo(s) puede ser publicado en boletines de la escuela, el periódico Trempealeau County Times, y/o paginas web de la escuela y doy permiso para que la foto o trabajo de mi(s) hijo(s) aparezca ahí.

____SI ____NO **EXCURSIONES** Yo concedo permiso a mi(s) hijo(s) para que participen en cualquier excursión patrocinada por la escuela y que se utilice la información de contactos de emergencia en esta solicitud si es necesario. Información general sobre excursiones será enviada a casa una vez que esté programada. **Si desea ser contactado por cada excursión para conceder permiso, por favor indique NO.**

____SI ____NO **MANUALES** Yo reconozco que mi(s) hijo(s) y yo estamos al tanto y obedeceremos el Manual Para Estudiantes Del Distrito Escolar de Independence según su nivel de grado.

____SI ____NO **SEGURO** Yo reconozco que me han informado sobre opciones de seguro para mis hijos y acepto que tengo seguro adecuado que proporciona cobertura para mis hijos en caso de accidente.

____SI ____NO **MILITAR** ¿Alguno de los padres es miembro activo del servicio militar? Por favor describa:

Al firmar abajo, yo verifico que toda la información proporcionada en este paquete de inscripción es correcta y verificable a mi mejor saber y entender.

Firmada Por (Padre o Tutor): _____ Fecha: _____

Declaración de Cero Discriminación: El Distrito Escolar Independence no discrimina contra ninguna persona debido a su raza, color, origen nacional, discapacidad, o edad en sus programas, actividades, o empleo y provee acceso por igual a Boys Scouts y a otros grupos designados juveniles. La siguiente persona/gente ha sido designada para tratar preguntas sobre pólizas de cero discriminación: Barry Schmitt Superintendent 23786 Indee Blvd. Independence, WI 54747 715-985-3172 ext. #102 schmittb@inds.k12.wi.us.

Información de Directorio. El Distrito Escolar de Independence, conforme la ley US General Education Provisions Act y la ley Wisconsin Pupil Records Law, declara la siguiente información como "información de directorio" según se establece en dicha ley, e información relacionada a alumnos puede ser publicada si dicha información se encuentra en cualquiera de las siguientes categorías: Nombre del alumno, nivel de grado del alumno, participación en actividades y deportes reconocidos oficialmente.

Honorarios (*2016-17 precios sujetos a cambiar) (Sección 6)

Por favor haga CHEQUES SEPARADOS a nombre de 'Independence School District' o 'ISD' para cada uno -DESPUÉS DEL 1° DE JULIO

Desayuno y Almuerzo Grados 4K-12

(Solicitudes para el Programa Federal de Comida Gratis/Costo Reducido están disponibles)

Diario	5 Días=	10 Días =	30 Días=
Almuerzo: Primaria \$2.30	\$11.50	\$23.00	\$69.00
Desayuno: Primaria \$1.25	\$6.25	\$12.50	\$37.50
Leche .30	\$1.50	\$3.00	\$9.00
Almuerzo: Intermedia \$2.60	\$13.00	\$26.00	\$78.00
Desayuno: Secundaria/Intermedia \$1.50	\$7.50	\$15.00	\$45.00
Almuerzo: Secundaria \$2.65	\$13.25	\$26.50	\$79.50

- Almuerzo /Desayuno--Pagado _____ Número de Cheque _____

CHEQUES SERÁN ACEPTADOS A PARTIR DEL 1° DE JULIO

Honorarios Anuales de Escuela Secundaria

(excepciones para familias que califiquen para el Programa Federal de Comida Gratis/Costo Reducido)

\$10.00

- Honorarios de Escuela Secundaria--Pagado _____ Número de Cheque _____

CHEQUES SERÁN ACEPTADOS A PARTIR DEL 1° DE JULIO

Honorario para deportes de Escuela Secundaria

\$50 por deporte/\$100 máximo por alumno/\$150 máximo por familia (*sujetos a cambiar)

(excepciones para familias que califiquen para el Programa Federal de Comida Gratis/Costo Reducido)

Nombre del Alumno	Nombre de Actividad	Honorario

- Honorario-- Pagado _____ Número de Cheque _____

CHEQUES SERÁN ACEPTADOS A PARTIR DEL 1° DE JULIO

Alquilación de Instrumentos para Banda de Escuela Secundaria e Intermedia

Nombre de Alumno	Instrumento	Honorario

- Honorario--Pagado _____ Número de Cheque _____

CHEQUES SERÁN ACEPTADOS A PARTIR DEL 1° DE JULIO

VERIFICACIÓN DE ACTA DE NACIMIENTO (Sección 7)

****Padres deberán traer consigo el certificado de nacimiento y un miembro del personal completará el formulario requerido.**

Formulario de autorización para grabaciones de video/audio: estudiante de magisterio en el salón de clase/EdTPA (Sección 8)

Estimado padre o tutor (o estudiante si tiene al menos 18 años de edad):

Es posible que haya un estudiante de magisterio en el salón de clase del estudiante este año. Para recibirse de maestro en Wisconsin, el estudiante de magisterio debe demostrar que está preparado para enseñar al realizar lo siguiente:

- Planificar clases.
- Dictar clases y grabar videos/audios de las clases.
- Calificar el trabajo de los estudiantes.

Una parte de las grabaciones se compartirá con revisores capacitados fuera de la escuela.

Además, las grabaciones posiblemente se usen para capacitar a otros estudiantes de magisterio, profesores y personal. Los nombres de los estudiantes serán eliminados del trabajo.

Si concede su autorización a continuación, el estudiante puede aparecer en las grabaciones de video/audio. Si no concede su autorización, su hijo participará en las clases, pero se lo ubicará fuera del alcance de la cámara.

Nombre del estudiante _____

Soy el padre o tutor legal del estudiante mencionado anteriormente (o el estudiante si tiene al menos 18 años de edad). He recibido y leído la carta que antecede y acepto lo siguiente: (Marque la casilla correspondiente a continuación).

- AUTORIZO** al estudiante a participar de las grabaciones de video/audio. Comprendo que las grabaciones se compartirán con revisores capacitados fuera de la escuela. Además, posiblemente se usen para capacitar a otros estudiantes de magisterio, profesores y personal.
- NO AUTORIZO** al estudiante a participar en las grabaciones de video/audio. Firma del padre/tutor (o del estudiante si tiene al menos 18 años de edad):

Firma _____ Fecha _____

For Office Use Only

Date Registration Form received and initials of staff member ____/____/____	Dates records requested from previous school and initials of staff member making request ____/____/____	In folder given to family OR shared separately ____ Supply list ____ Handbook ____ After July 1- Free/Reduced Lunch application ____ Athletic handbook ____ Bullying report forms ____ School picture information ____ Transportation change form ____ Insurance Waiver ____ IF 4K-Vision, Health, & Dental forms ____ Immunizations received ____ Med consent forms received if necessary	____ Locker assigned ____ Lunch number assigned ____ Classroom teacher(s) notified ____ Infinite Campus/Mastery Connect Access ____ Fees Collected (SEPARATE CHECKS) ____ Technology Coordinator notified <small>(computer & accounts)</small> ____ State ID ____ Tour ____ Bussing arranged and communicated
Date Registration Form entered into Infinite Campus ____/____/____	Date student to begin at Independence School District ____/____/____		



Independence School District

23786 Indee Blvd., Independence, WI 54747

(715) 985-3172

Bärry Schmitt
District Administrator
9-12 Principal

Robert Vanderloop
PreK-8 Principal
Director of Special Education

Dawn Woychik
Director of Curriculum & Instruction
Guidance Counseling

Melissa Pientok
Technology Integration Specialist
Enrichment Coordinator

Student Record Request

Send Records to: Independence School District 23786 Indee Blvd. Independence, WI 54747

Fax: 715-985-2303

Email: halamap@indps.k12.wi.us

Date of Request _____

Start Date _____

Previous School Information

School Name:

Full Address:

School Phone:

School Fax:

Name of Student(s)	Current Grade	Date of Birth

Please fax/email the records checked below as soon as possible.

Then mail all files to the address listed above.

<input type="checkbox"/> Transcripts/Report Cards	<input type="checkbox"/> Attendance Records
<input type="checkbox"/> Behavior/Expulsion Records	<input type="checkbox"/> Achievement Test Results
<input type="checkbox"/> Class Schedule for MS/HS	<input type="checkbox"/> 504 Plan
<input type="checkbox"/> Current IEP/Most Recent Eval/Parent Consent for Placement	<input type="checkbox"/> Expulsion orders
<input type="checkbox"/> Grades In Progress	<input type="checkbox"/> ELL Records (ACCESS Scores, ELL Plan)
<p>Has this student committed any acts of violence against persons or property? ___YES: ___students ___staff ___property ___NO *If yes, please contact our principals at the number above with details</p>	<p>Is this student eligible for athletic and co-curricular activities under your policies? ___YES ___NO *If yes, please contact our principals at the number above with details</p>

In accordance with the Family Education Rights and Privacy Act (FERPA, Federal Register, Ch.34, Part 99.31, educational agencies and institutions are to disclose education records, without consent, to another institution so long as the disclosure is for purposes related to the student's enrollment or transfer.

Parent/Guardian Signature

Name of School Personnel Requesting Records

Pape School Bus Inc.
Contrato de Transporte Estudiantil 2017-2018

papeschoolbus@gmail.com / 1-715-985-3688
 (Por favor utilice un formulario para cada niño)

Nombre:			
Grado:		Escuela:	

Domicilio : _____

Teléfono de Casa: (____) _____ - _____

Información de Padres/Tutores:

	(____) _____ - _____
Nombre	Número de Teléfono
	(____) _____ - _____
Nombre	Número de Teléfono

El Contrato de Transporte Estudiantil debe completarse antes de que su hijo sea transportado
 (2 días laborales para procesar)

Ubicación de Parada en la Mañana

Lunes	
Martes	
Miércoles	
Jueves	
Viernes	

Ubicación de Parada en la Tarde

Lunes	
Martes	
Miércoles	
Jueves	
Viernes	

Mi hijo no necesita transporte por la mañana

Mi hijo no necesita transporte por la tarde

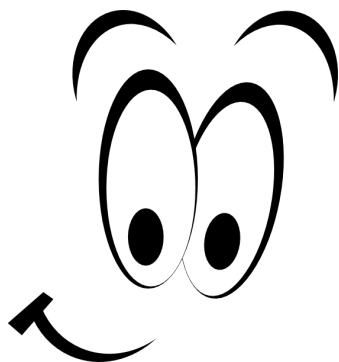
Al completar el Contrato de Transporte Estudiantil, padres y estudiantes aceptan las reglas y pólizas establecidas dentro del Manual Escolar.

Firma de Padres/Tutores

____/____/____
Fecha

This Section For Transportation Department Use Only			
Date Received _____ / _____ / _____	Date Processed _____ / _____ / _____		
AM Bus # _____	School Notified _____ / _____ / _____		
Noon Bus # _____	Parent Notified _____ / _____ / _____		
PM Bus # _____	<input type="checkbox"/> 4K/EC AM <input type="checkbox"/> 4K/EC PM <input type="checkbox"/> Special Needs <input type="checkbox"/> Wheelchair <input type="checkbox"/> Car Seat		

Separe y tenga en casa



Esperamos verle:

(Si no puede asistir por favor contáctenos al 715-985-3172)

Día de Inscripción

Miércoles, 9 de Agosto, 2017 12:00-7:00 PM

para TODOS LOS ALUMNOS DE 4K-12 Y PADRES

Manuales, Pagos de Alimentos, Información sobre Deportes y Organizaciones, Horarios e Información sobre Casilleros para grados 6-12, Ropa Indee Wear, Conferencias en el Otoño, Medicamentos, Información sobre Transporte

Día de Aprendizaje Familiar

Miércoles, 30 de Agosto, 2017 12:00-7:00 PM

para TODOS los ALUMNOS en 4K-12 Y SUS PADRES

Conoce a los maestros, Fotografías para todos los grados (incluso seniors), Conoce el salón de clases y organiza tus útiles, recoge tu computadora (6-12) si todos los formularios han sido entregados

Primer Día de Clases- Septiembre 1, 2017

¡Será el mejor año!



