



*Learners Today
Leaders Tomorrow*

Laraway C.C.S.D. 70C INSCRIPCIÓN 2024 - 2025

La inscripción para el año escolar 2024-2025 se realizará en Laraway School. Todas las familias deben completar el registro y demostrar la residencia en la oficina principal. **Todos los documentos de papeleo / residencia deben devolverse a la vez.**

- **Debe completar el registro y demostrar la residencia en la oficina principal en cualquiera de las siguientes fechas:**

Martes, 28 de mayo - jueves, 30 de mayo entre 9am-2pm.
Lunes, 13 de junio - Miércoles, 5 de junio entre 9am-2pm.
Jueves, 1 de agosto – entre las 10am – 2pm
- Si su nombre **NO** figura en el estado de cuenta actual del contrato de arrendamiento o hipoteca, debe completar una "Declaración jurada de terceros" y notariarla. El formulario está en este paquete. Recuerde que **DEBE** firmar el formulario frente a un notario.
- Los nuevos estudiantes deben tener un certificado de nacimiento en el archivo antes de que se complete la inscripción.
- Su estudiante no será registrado hasta que los documentos de registro y residencia hayan sido aprobados.

NOTAS IMPORTANTES

- Solo uno de los padres / no niños podrá ingresar al edificio para registrarse. La documentación debe completarse con anticipación o se le pedirá que regrese con un paquete completo.
- Descargue la aplicación Laraway School y la aplicación Powerschool (Google Play / ITUNES) antes de asistir al registro.
- **La escuela comienza a las 8 am. Cualquier estudiante que llegue después de las 8:15 debe ser registrado por un adulto**

***** La tarifa de inscripción tardía de \$100.00 que no se puede perdonar, se puede cobrar después del 1 de agosto de 2024. SOLO FAMILIAS QUE REGRESAN**

LARAWAY C.C.S.D. 70C
INFORMACIÓN De INSCRIPCIÓN 2023-2024
Para estudiantes nuevos y que regresan

Todas las familias PK- 8 deben probar la residencia en las siguientes fechas:
28 de mayo - 30 de mayo de 9:00am-2:00pm
3 de Junio - 5 de Junio de 9:00am-2:00pm
1 de agosto de 12:00 pm-6:00 pm

Residencia (Domicilio):

El Distrito escolar de Laraway **requiere** que TODOS los estudiantes comprueben la residencia cada año.
Solo los documentos especificados en cada categoría serán aceptados como prueba de residencia:

Categoría A – Un (1) documento requerido

Declaración de la hipoteca
Documentos del cierre-HUD I
Impuestos actuales de bienes raíces de su casa
Contrato de alquiler o arrendamiento con la firma del dueño/arrendador y el inquilino/arrendatario
Declaración jurada/afidávit de la residencia*

Categoría B – Dos (2) documentos requeridos

Facturas del agua, gas o electricidad
Certificados de título o matrícula vehiculares
Tarjeta médica o ayuda pública
Extracto de cuenta
Talón de pago del trabajo

Categoría C – Un (1) documento requerido

Licencia de manejar o Identificación del estado con la dirección actual

*Si el padre no es el dueño de la casa en que el estudiante vive, se necesitan las declaraciones juradas/afidávits de la residencia del dueño atestadas por notario público y del padre del estudiante con los documentos necesarios de las dos categorías A (dueño) y Categoría B (padre). Categoría C (dueño y padre) los documentos deben ser proporcionados.

Cuotas Adicionales:

Uniforme de Gimnasio (Grados 6-8)	\$16.00
Graduación (Grado 8)	\$100.00*
Deportes	\$20/deporte*

(*) La cuota puede ser pagada más tarde, pero no será omitida.

Documentos Requeridos por estudiante

Nuevos estudiantes trasladando a Laraway:

Un formulario de traslado del estado de Illinois, acta de nacimiento y examen físico incluyendo los registros de las vacunas son necesarias para inscribirse. Los estudiantes que se trasladan del otro estado no necesitan la forma de traslado pero sí necesitan el examen físico con prueba de inmunización.

Estudiantes de Kinder:

Los estudiantes deben tener 5 años cumplidos antes del 1 de Septiembre del 2024 para poder inscribirse en Kinder para el año escolar 2024-2025.

Se requiere una acta de nacimiento original de todos los estudiantes de Kinder al inscribirse.

Su hijo/a también necesitará un examen físico con los registros de inmunización, un examen dental y ocular.

Estudiantes del segundo grado:

Examen dental requerido

Estudiantes del Sexto Grado:

Examen dental y examen físico con los registros de inmunización

Si tiene alguna pregunta referente a la inscripción/residencia para el año escolar 2024-2025, por favor comuníquese con la oficina de Laraway al 815-727-5196.

Distrito de Laraway 70C
Verificación de Residencia 2024-2025

PARA SER COMPLETADO POR LA PERSONA QUE TIENE LA CUSTODIA DEL ESTUDIANTE Y CON QUIEN EL ESTUDIANTE VIVE DENTRO DE LAS FRONTERAS DEL DISTRITO LARAWAY 70C

La ley de Illinois provee que la residencia de un estudiante es la misma residencia de la persona que tiene custodia del estudiante y permite que solo los estudiantes que son residentes del distrito escolar pueden inscribirse. La persona que tiene custodia también debe vivir en el distrito. Para ayudar al distrito en determinar la residencia y la custodia legal, se debe rellenar este formulario. El distrito puede investigar la residencia de cualquier estudiante antes o después de la inscripción y requiere que las personas involucradas provean información adicional que el distrito considerará en determinar la residencia. La inscripción no estará completada y no se permitirá la asistencia hasta que resuelvan todos los asuntos de la residencia.

I. INFORMACIÓN DE IDENTIDAD (Por favor escriba con letra clara)

Nombre del estudiante y grado:

Padre / Tutor probando la residencia:

Nombre del estudiante

Grado

Nombre

Nombre del estudiante

Grado

Dirección

Nombre del estudiante

Grado

Ciudad, Estado, Código Postal

Nombre del estudiante

Grado

Número de teléfono

Nombre del estudiante

Grado

Relación al estudiante

II. RESIDENCIA DE LA PERSONA CON QUIEN VIVE EL ESTUDIANTE Y QUE TIENE CUSTODIA DEL ESTUDIANTE

Como prueba inicial de la residencia, la persona con quien vive el estudiante dentro del distrito y que tiene custodia del estudiante debe proveer al menos un documento de la **Categoría I**, y al menos dos documentos de la **Categoría II**, y un documento de **Categoría III** que son aceptables al distrito.

CATEGORÍA I – Proveer al menos uno de los siguientes documentos. CATEGORÍA II – Proveer al menos dos de los siguientes documentos.

Declaración de la hipoteca

Documentos del cierre – HUD I

Impuestos actuales de bienes raíces de su casa

Contrato de alquiler con la firma del dueño y inquilino

Declaración jurada/afidávit de la residencia (Vea Abajo)

Factura más recién de Gas / Electricidad / Agua / Teléfono / Cable

Certificados de título vehicular / Tarjeta de seguros de automóviles

Extracto de cuenta / Talón de pago de trabajo

Tarjeta de ayuda pública / Medicaid / SNAP (cupones para alimentos)

CATEGORÍA III Licencia de manejar / Identidad del estado con la dirección actual

III. CUSTODIA (Marque todas las que apliquen) Es posible que requiere una declaración jurada/afidávit

Yo soy el padre natural o adoptivo del estudiante.

El estudiante vive conmigo de tiempo completo.

Yo proveo al estudiante con un lugar regular para dormir. (“Regular” significa virtualmente tiempo completo, incluyendo la mayoría de los fines de semana, fiestas y descansos de vacaciones escolares)

He sido designado tutor de corto plazo del estudiante.

Tengo un mandato judicial que me da custodia o tutela del estudiante.

Soy un padre de crianza temporal del estudiante quien fue colocado conmigo por el Departamento de servicios infantiles y familiares del Illinois.

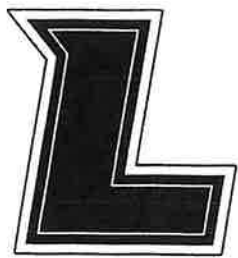
IV. ADVERTENCIA Y AFIRMACIÓN

La ley de Illinois ha determinado que es un crimen, punible con pena de prisión y multa, a sabiendas o voluntariamente presentar cualquier información falsa que se trata de la residencia de un estudiante para el propósito de permitir al estudiante asistir a la escuela libre de matrícula cuando se sabe que el estudiante no es residente del Distrito. El Distrito escolar perseguirá hasta el máximo de la ley a cualquier persona que el Distrito cree que ha cometido un crimen relacionado a la residencia. Además, el Distrito puede emprender una acción legal.

Yo afirmo que soy residente de este Distrito y que toda la información presentada en este Afidávit o en conjunto con cualquier investigación de mi residencia del estudiante es verdadera, completa, y fiel.

Firma de la persona con custodia legal del estudiante

Fecha



LARAWAY C.C.S.D. 70-C

DR. JOSEPH SALMIERI, *Superintendent*

MRS. VALERIE TEEGARDIN, *Administrative Assistant*

1715 ROWELL AVENUE, JOLIET, ILLINOIS 60433

(815) 727-5115 Fax (815) 727-5289

Mr. Aaron Ventsias, Principal
Mr. Joe Pope, Assistant Principal

Laraway School
1715 Rowell Avenue
Joliet, Illinois 60433
(815) 727-5196

*Learners Today
Leaders Tomorrow*

CONSENTIMIENTO PARA LA DIVULGACIÓN DE EXPEDIENTES ESTUDIANTILES

Doy consentimiento a: _____
(Nombre de la escuela de la que viene el estudiante)
para divulgar los siguientes expedientes estudiantiles:

ESTUDIANTE	GRADO	FECHA DE NACIMIENTO
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Mande Expedientes Estudiantiles a: Laraway C.C.S.D.70-C
1715 Rowell Ave.
Joliet, IL 60433
815-727-5196; Fax: 815-727-5289

Los Expedientes que serán divulgados se encuentra a continuación:

- A. **EXPEDIENTES PERMANENTES:** Consiste en información de identificación básica (incluidos los nombres y direcciones de los estudiantes, padres o tutores, fecha y lugar de nacimiento del estudiante); expedientes académicos (incluidas las calificaciones y el nivel de grado alcanzado); registros de asistencia, **registros de salud / vacunas** e informes de accidentes.
- B. **EXPEDIENTES TEMPORALES:** Consiste en toda la información que no se requiere que esté en los registros permanentes del estudiante y puede incluir puntajes de exámenes (rendimiento, aptitud o coeficiente intelectual); honores y premios recibidos; participación en organizaciones patrocinadas por la escuela; información disciplinaria.
- C. **EXPEDIENTES DE LA EDUCACIÓN ESPECIAL:** Consiste en informes multidisciplinarios del plan individualizado de educación, informes psicológicos, informes de habla/lenguaje, historial de salud, informes de progreso, informes audiológicos.

La razón por esta divulgación es: Mudanza _____; Otra (Especifique) _____

Entiendo que tengo derecho a inspeccionar, copiar y cuestionar el contenido de los expedientes estudiantiles en cuestión antes de la divulgación, y el derecho a limitar cualquier consentimiento a la divulgación de expedientes estudiantiles a expedientes designados o a partes designadas de información de los expedientes estudiantiles. .

(FIRMA DE PADRE/TUTOR LEGAL)

FECHA

LEY FEDERAL 99 31 No se requiere la firma de los padres para los expedientes estudiantiles enviados a otra agencia educativa. Los registros se enviarán como se indica arriba si no recibimos consentimiento dentro de los diez (10) días.

FOR OFFICE USE ONLY:

STUDENTID# _____

TEACHER _____

**ESCOLAR DE LARAWAY 70C
ESTUDIANTE
INSCRIPCIÓN DE 2024-2025**

FOR OFFICE USE ONLY:

DATE ENTERED: _____

LOCKER#: _____

Nombre del niño* _____ Apodo: _____
(Apellido) (Nombre) (Segundo nombre)

*Nombre legal completo tal como aparece en el acta de nacimiento

Género: M ___ F ___ Fecha de nacimiento: ____/____/____ Grado: ____ teléfono de contacto: ____/____

Dirección _____ PO Box #/Apt. # _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Información del padre/tutor El

Niño vive con quién: _____

¿Hay alguna inquietud sobre la custodia del padre/tutor que la escuela deba tener en cuenta? ____ Sí ____ No
En caso afirmativo, explique y adjunte todos los documentos de custodia legal:

1) **Información de contacto del padre/tutor:**

Relación: _____

Nombre: _____ Empleado: _____

Teléfono de casa: ____/____ Celular: ____/____

Trabajo: ____/____

Dirección (si es diferente a la del estudiante) _____ Ciudad _____ Estado _____ Código _____

2) **Información de contacto del padre/tutor:**

Relación: _____

Nombre: _____ Empleado: _____

Teléfono de casa: ____/____ Celular: ____/____ Trabajo: ____/____

Dirección (si es diferente a la del estudiante) _____ Ciudad _____ Estado _____ Código _____

****Dirección de correo electrónico del padre/tutor con custodia:** _____

Padrastro (si corresponde):

Nombre: _____ Empleado: _____

Teléfono de casa: ____/____ Celular: ____/____ Trabajo: ____/____

El padre/tutor es miembro de las Fuerzas Armadas de los EE. UU. ____ Sí ____ No

RESIDENCIA

Usted: (marque) Posee ____ Alquila ____ Vive con un residente del Distrito ____

Última escuela a la que asistió: _____

Teléfono: _____

Dirección: _____ Fecha de transferencia: _____

¿Está este niño en alguna clase acelerada? ___ Sí ___ No
En caso afirmativo, ¿cuál(es) materia(s)? _____
¿Ha sido retenido este niño alguna vez? ___ Sí ___ No
Si la respuesta es sí, ¿en qué grado retuvo al niño? _____
¿Tiene este niño un IEP? ___ Sí ___ No
En caso afirmativo, ¿qué tipo de servicio recibe el niño? _____
¿Tiene el niño un plan 504? ___ Sí ___ No

Origen Étnico: Marque todo lo que corresponda a la raza de su hijo*

☐ Hispano/	☐ Indio latinoamericano o nativo de Alaska	☐ Asiático
☐ Negro o afroamericano	☐ Nativo de Hawái/otro isleño del Pacífico	☐ Blanco

**Nota: El gobierno federal nos exige que recopilemos información sobre el origen étnico y la raza. Si no nos proporciona esta información, estamos obligados a identificar a su hijo lo mejor que podamos.*

¿Se habla algún idioma además del inglés en la interacción diaria en el hogar del niño? ___ No
En caso afirmativo, ¿cuál(es) idioma(s)? _____ ¿Habla el niño un idioma que no sea inglés? ___ Sí ___ No
En caso afirmativo, ¿cuál(es) idioma(s)? _____
¿Ha recibido su hijo servicios de apoyo de inglés como segundo idioma (ESL) en algún distrito escolar anterior en los Estados Unidos? ___ Sí ___ No. En caso afirmativo, nombre del distrito escolar y el estado _____

Doy permiso a mi hijo para usar las computadoras e Internet en la escuela. ___ Sí ___ No

Números de contacto de emergencia locales: En caso de una emergencia, cuando no se pueda localizar a los padres/tutores, indique los contactos de emergencia. **Por favor enumere dos:**

Contacto #1 Nombre: _____ Relación: _____
Casa # ____/____ Celular # ____/____ Trabajo # ____/____
Contacto #2 Nombre: _____ Relación: _____
Casa # ____/____ Celular # ____/____ Trabajo # ____/____
Contacto # 3 Nombre: _____ Relación: _____
Casa # ____/____ Celular # ____/____ Trabajo # ____/____
Contacto # 3 Nombre: _____ Relación: _____
Casa # ____/____ Celular # ____/____ Trabajo # ____/____

COMUNICADO DE PRENSA

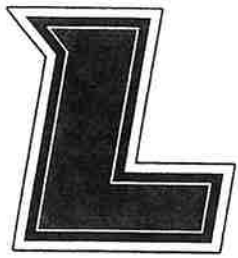
Se les pide a los padres/tutores que den permiso para que los medios de comunicación o un agente del distrito escolar entrevisten, fotografíen o graben en video a los estudiantes con el fin de publicitar un evento, actividad o programa escolar en el Distrito Escolar de Laraway 70C. La imagen de un estudiante puede aparecer en anuarios, reportajes o documentales, publicaciones del distrito y materiales de comunicación, materiales promocionales o en los sitios web del distrito o de la escuela. Todas las imágenes y derechos pertenecen al Distrito Escolar 70C de Laraway. Indique y firme a continuación.

_____ Sí, mi hijo puede ser fotografiado, entrevistado o grabado en video.

_____ No, mi hijo no puede ser fotografiado, entrevistado o grabado en video.
(nota: su hijo no estará en el anuario)

Firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____

Nota: si en algún momento desea cambiar su elección, debe enviar una carta firmada a la oficina de la escuela de su hijo indicando el cambio y la razón del cambio.



Learners Today
Leaders Tomorrow

LARAWAY C.C.S.D. 70-C

DR. JOSEPH SALMIERI, *Superintendent*

MRS. VALERIE TEEGARDIN, *Administrative Assistant*

1715 ROWELL AVENUE, JOLIET, ILLINOIS 60433

(815) 727-5115 Fax (815) 727-5289

Mr. Aaron Ventsias, Principal
Mr. Joe Pope, Assistant Principal

Laraway School
1715 Rowell Avenue
Joliet, Illinois 60433
(815) 727-5196

Spanish-Español

Encuesta del Idioma en el Hogar

El estado requiere que el distrito recoja información en una Encuesta del Idioma que se Habla en el Hogar (*Home Language Survey* o HLS por sus siglas en inglés) para cada estudiante nuevo. Esta información se usa para contar a los estudiantes cuyas familias hablan en el hogar un idioma que no es el inglés. También ayuda a identificar a los estudiantes que necesitan ser evaluados para la fluidez en el idioma inglés.

Por favor, conteste las preguntas a continuación y devuelva esta encuesta a la escuela de su niño.

Nombre del estudiante: _____

1. ¿Se habla en su casa otro idioma que no es el inglés?

Sí _____ No _____

¿Cuál? _____

2. ¿Habla su niño(a) un idioma que no es el inglés?

Sí _____ No _____

¿Cuál? _____

Si la respuesta a cualquiera de las preguntas es "Sí", la ley requiere que la escuela evalúe la fluidez de su niño en el idioma inglés.

Firma del Padre/Madre/Encargado/Tutor Legal

Fecha

LARAWAY CCSD 70-C
DEPARTAMENTO DE APRENDIZAJE DE INGLÉS

Dr. Joseph Salmieri
SUPERINTENDENTE

1715 ROWELL AVE.
JOLIET, IL 60433
(815) 727-5196
FAX: (815) 727-5289

Beatriz Martínez
DEPT. DE
SERVICIOS
MULTILINGÜES

EXENCIÓN DE
TRADUCCIÓN / INTERPRETACIÓN DE LAS
BOLETAS DE CALIFICACIONES / CONFERENCIAS DE PADRES Y MAESTROS

Spanish

Estimado Padre/Tutor:

Recibirá la boleta de calificaciones de su hijo tres veces este año escolar. La Junta Educativa del Estado de Illinois requiere que los distritos escolares proporcionen traducción de la boleta de calificaciones e interpretación de las conferencias de padres y maestros en su idioma materno, a menos que usted renuncie a su derecho a la traducción / interpretación y elija recibirlo solo en inglés. Se hará todo lo posible para proporcionarle una traducción escrita, si es posible, en su idioma materno.

Favor de completar el formulario a continuación.

Atentamente,

Beatriz Martínez

Departamento de Servicios Multilingües

Nombre del Estudiante _____

Grado _____

Por favor, elija una de las opciones a continuación:

- Elijo recibir una copia de la boleta de calificaciones de mi hijo y la interpretación en las conferencias de padres y maestros en **AMBOS** inglés y nuestro idioma materno, que es _____.
- Elijo recibir una copia de la boleta de calificaciones de mi hijo y participar en las conferencias de padres y maestros **SOLO** en inglés, y renuncio a mi derecho a recibir traducción o interpretación en cualquier otro idioma.

Firma de Padre/Tutor

Fecha



Learners Today
Leaders Tomorrow

LARAWAY C.C.S.D. 70-C

DR. JOSEPH SALMIERI, Superintendent

MRS. VALERIE TEEGARDIN, Administrative Assistant

1715 ROWELL AVENUE, JOLIET, ILLINOIS 60433

(815) 727-5115 Fax (815) 727-5289

Mr. Aaron Ventsias, Principal
Mr. Joe Pope, Assistant Principal

Laraway School
1715 Rowell Avenue
Joliet, Illinois 60433
(815) 727-5196

Aviso de Laraway sobre simulacros de seguridad Información sobre simulacros de seguridad y solicitud de exclusión voluntaria del bloqueo por parte de las autoridades

Estimados padres/tutores:

Anualmente, el Distrito Escolar Consolidado Comunitario 70C de Laraway lleva a cabo simulacros de encierro policial y simulacros de evacuación en caso de incendio durante todo el año escolar para mantener seguros a todos los estudiantes y al personal.

La Ley de Simulacros de Seguridad Escolar exige que dentro de los primeros 90 días de cada año académico, realicemos al menos un simulacro de encierro policial. Este simulacro aborda un incidente de tiroteo en una escuela y evalúa la preparación del personal de la escuela y de los estudiantes para situaciones que involucran a las autoridades cuando hay una amenaza activa o un tirador activo dentro de un edificio escolar. Tenga la seguridad de que el simulacro de encierro:

- No es incluir cualquier simulación que imite un incidente de tiroteo en una escuela real o un evento de tirador activo,
- Se anuncia con anticipación a todo el personal de la escuela y a los estudiantes antes de que comience,
- Incluye contenido apropiado para la edad y el desarrollo.
- Incluye e involucra al personal escolar, incluidos los profesionales de salud mental de la escuela,
- Incluye enfoques informados sobre el trauma para abordar las preocupaciones y el bienestar del personal escolar, y
- Permite al estudiante hacer preguntas relacionadas con el mismo.

Este año **el simulacro de aislamiento** se llevará a cabo durante el año escolar. Si no desea que su hijo participe en el simulacro de encierro policiaco, complete la siguiente **SOLICITUD DE EXCLUSIÓN**.

☐

Solicito que el Distrito excluya a mi hijo del simulacro de encierro policial. Entiendo que a mi hijo se le proporcionará educación e instrucción de seguridad alternativa relacionada con una amenaza activa o un evento de tirador activo. **También estoy de acuerdo en recoger a mi estudiante el día del simulacro de encierro durante la duración del simulacro.** El personal administrativo proporcionará la fecha una semana antes del simulacro.

Estudiante (por favor imprima)

Padre/Tutor (por favor imprima)

Firma del Padre / Tutor)

Fecha

Si tiene alguna pregunta, no dude en ponerse en contacto conmigo.

Atentamente,

Principal - Aaron Ventsias

LARAWAY C. C. S. D. 70-C
INFORMACIÓN CONFIDENCIAL DE EMERGENCIA Y SALUD 2024-2025

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: M/ F
 Apellido Nombre Segundo Nombre (rodea)
Escuela: _____ Grado: _____ Maestro: _____ Fecha: _____

ALERTA A LOS PADRES: Si su hijo/a tiene una condición médica seria, *es esencial que hable con la enfermera escolar y el maestro(s) inmediatamente*. La escuela **debe** saber de todas las condiciones que pueden **AMENAZAR LA VIDA** (por ejemplo, asma, diabetes, alergias a frutos secos/insectos con anafilaxia) antes del comienzo de la escuela.

Para proveer a su hijo/a con un ambiente seguro y saludable esta información está disponible al siguiente personal: Enfermera escolar, el maestro de su hijo/a, gerente de la oficina, el personal responsable para la oficina de salud y el personal médico de emergencia.

A. Historia médica: Marque a todas las que apliquen y descríbalas en la sección del comentario.

☐ ADD/ADHD (TDAH)	☐ Dolores de cabeza	☐ Otro: _____
☐ Ansiedad/Ataque pánico	☐ Problema del oído	☐ (explique) _____
☐ Asma	☐ Condición cardíaca	☐ Actividad física
☐ Alergia a las picadura de abeja	☐ Problemas urinarios/	☐ Limitada _____
☐ Problema del intestino	☐ del riñón	☐ No Limitada _____
☐ Parálisis cerebral	☐ Trastorno de los músculos	☐ Explique: _____
☐ Diabetes	☐ Preocupación neurológica	_____
☐ Daltónico	☐ Problema ortopédico	_____
☐ Epi-Pen	☐ Ataques epilépticos	_____
☐ Preocupaciones emocionales	☐ Problemas con la visión	_____

Comentarios: _____

B. ALERGIAS: Escriba las alergias de su hijo/a que pueden causar problemas en la escuela:

Causa de la alergia: _____ El tratamiento: _____

Causa de la alergia: _____ El tratamiento: _____

C. MEDICINA: (Incluya la receta, de venta libre y medicina herbaria)

Nombre	Usada para tratar	Tomada durante la escuela?
1) _____	_____	Sí ☐ No ☐
2) _____	_____	Sí ☐ No ☐
3) _____	_____	Sí ☐ No ☐

Antes de que la medicación pueda ser administrada en la escuela, el padre y el doctor se deben llenar un formulario de la administración de la medicina, que está disponible en la oficina escolar.

D. Escriba cualquier otra operación, herida o hospitalización, Provea las fechas: _____

E. Lleva los lentes de contacto? _____ **Lentes?** _____

F. Nombre del doctor: _____ **Teléfono:** _____

Nombre del dentista: _____ **Teléfono:** _____

G. Nombre de los padres: _____
 (Madre) (Padre)

Teléfono del domicilio: _____

Teléfono del trabajo: _____

Teléfono celular: _____

Dirección: _____ **Ciudad/Código postal:** _____

Correo electrónico: _____

El estudiante vive con: Madre: _____ Padre: _____ Ambos padres _____ Otro: _____



Certificate of Child Health Examination

Student's Name			Birth Date (Mo/Day/Yr)	Sex	Race/Ethnicity	School/Grade Level/ID#
Last	First	Middle				
Street Address City ZIP Code Parent/Guardian Telephone (home/work)						
HISTORIAL DE SALUD: DEBE SER COMPLETADO Y FIRMADO POR EL PADRE/TUTOR Y VERIFICADO POR EL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA.						
ALERGIAS (Alimentos, drogas, insectos, otro)	☐ Sí ☐ No	Anote todas las alergias:	MEDICAMENTOS (Recetados o tomados con regularidad)	☐ Sí ☐ No	Anote todos los medicamentos:	
¿Tiene diagnóstico de asma?	☐ Sí ☐ No		¿Tiene pérdida de funciones en uno de los órganos?(Ojos/Oídos/Riñones/Testículos)	☐ Sí ☐ No		
¿Despierta el niño tosiendo en la noche?	☐ Sí ☐ No		¿Ha sido hospitalizado?	☐ Sí ☐ No		
¿Tiene defectos de nacimiento?	☐ Sí ☐ No		¿Cuándo? ¿Para qué?			
¿Tiene retrasos del desarrollo?	☐ Sí ☐ No		¿Ha tenido alguna cirugía?(anótelas todas)	☐ Sí ☐ No		
¿Tiene problemas de la sangre? Hemofilia, Glóbulos Falciformes (Sickle Cell), Otro, Explique.	☐ Sí ☐ No		¿Cuándo? ¿Para qué?			
¿Tiene diabetes?	☐ Sí ☐ No		¿Ha tenido heridas graves o enfermedades?	☐ Sí ☐ No		
¿Tiene heridas en la cabeza/golpe/desmayo?	☐ Sí ☐ No		¿Prueba positiva de TB (Pasado o Presente)?	☐ Sí* ☐ No	*Si contestó sí, refiera al departamento de salud local	
¿Tiene convulsiones? Cómo se manifiestan?	☐ Sí ☐ No		¿Enfermedad de TB (Pasado o Presente)?	☐ Sí* ☐ No		
¿Tiene problemas cardíacos/Dificultad para respirar?	☐ Sí ☐ No		¿Usa tabaco (tipo, frecuencia)?	☐ Sí ☐ No		
¿Tiene soplo en el corazón/presión arterial alta?	☐ Sí ☐ No		¿Toma alcohol/drogas?	☐ Sí ☐ No		
¿Tiene mareos o dolor de pecho al hacer ejercicios?	☐ Sí ☐ No		¿Historial de familiares de muerte repentina antes de los 50 años? ¿Causa?	☐ Sí ☐ No		
¿Problemas con los ojos/visión? ☐ Lentes ☐ Lentes de Contacto Último examen _____			☐ Dental ☐ Frenos ☐ Puente ☐ Placas ☐ Otro			
¿Otras Preocupaciones? (bizco, párpados caídos, parpadear, dificultad cuando lee) _____			Información Adicional:			
¿Tiene problemas de los oídos/no oye bien?			☐ Sí ☐ No			
¿Tiene problemas de los huesos/articulaciones/heridas/escoliosis?			☐ Sí ☐ No			
La información en este formulario se puede compartir con el personal apropiado para propósitos de salud y educación.						
Firma del Padre/Tutor: _____ Fecha: _____						
IMMUNIZATIONS: To be completed by health care provider. The mo/day/yr for every dose administered is required. If a specific vaccine is medically contraindicated, a separate written statement must be attached by the health care provider responsible for completing the health examination explaining the medical reason for the contraindication.						
REQUIRED Vaccine/Dose	DOSE 1 MO DA YR	DOSE 2 MO DA YR	DOSE 3 MO DA YR	DOSE 4 MO DA YR	DOSE 5 MO DA YR	DOSE 6 MO DA YR
DTP or DTaP						
Tdap; Td or Pediatric DT (Check specific type)	☐ Tdap ☐ Td ☐ DT	☐ Tdap ☐ Td ☐ DT	☐ Tdap ☐ Td ☐ DT	☐ Tdap ☐ Td ☐ DT	☐ Tdap ☐ Td ☐ DT	☐ Tdap ☐ Td ☐ DT
Polio (Check specific type)	☐ IPV ☐ OPV	☐ IPV ☐ OPV	☐ IPV ☐ OPV	☐ IPV ☐ OPV	☐ IPV ☐ OPV	☐ IPV ☐ OPV
Hib Haemophiles Influenza Type B						
Pneumococcal Conjugate						
Hepatitis B						
MMR Measles, Mumps, Rubella				Comments: * indicates invalid dose		
Varicella (Chickenpox)						
Meningococcal Conjugate						
RECOMMENDED, BUT NOT REQUIRED Vaccine/Dose						
Hepatitis A						
HPV						
Influenza						
Other: Specify Immunization Administered/Dates						
Health care provider (MD, DO, APN, PA, school health professional, health official) verifying above immunization history must sign below. If adding dates to the above immunization history section, put your initials by date(s) and sign here.						
Signature _____			Title _____		Date _____	

Student's Name			Birth Date (Mo/Day/Yr)	Sex	School	Grade Level/ID#
Last	First	Middle				

Certificates of Religious Exemption to Immunizations or Physician Medical Statement of Medical Contraindication are reviewed and *Maintained* by the School Authority.

ALTERNATIVE PROOF OF IMMUNITY

1. Clinical diagnosis (measles, mumps, hepatitis B) is allowed when verified by physician and supported with lab confirmation. Attach copy of lab result.
 *MEASLES (Rubeola) (MO/DA/YR) _____ **MUMPS (MO/DA/YR) _____ HEPATITIS B (MO/DA/YR) _____ VARICELLA (MO/DA/YR) _____

2. History of varicella (chickenpox) disease is acceptable if verified by health care provider, school health professional or health official. Person signing below verifies 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 _____

3. Laboratory Evidence of Immunity (check one) ☐ Measles* ☐ Mumps** ☐ Rubella ☐ Varicella **Attach copy of lab result.**
 *All measles cases diagnosed on or after July 1, 2002, must be confirmed by laboratory evidence.
 **All mumps cases diagnosed on or after July 1, 2013, must be confirmed by laboratory evidence.

Physician Statements of Immunity MUST be submitted to IDPH for review.
Completion of Alternatives 1 or 3 MUST be accompanied by Labs & Physician Signature: _____

PHYSICAL EXAMINATION REQUIREMENTS	Entire section below to be completed by MD/DO/APN/PA
HEAD CIRCUMFERENCE if < 2-3 years old _____	HEIGHT _____ WEIGHT _____ BMI _____ BMI PERCENTILE _____ B/P _____

DIABETES SCREENING: (NOT REQUIRED FOR DAY CARE) BMI>85% age/sex ☐ Yes ☐ No And any two of the following: **Family History** ☐ Yes ☐ No
Ethnic Minority ☐ Yes ☐ No **Signs of Insulin Resistance** (hypertension, dyslipidemia, polycystic ovarian syndrome, acanthosis nigricans) ☐ Yes ☐ No **At Risk** ☐ Yes ☐ No

LEAD RISK QUESTIONNAIRE: Required for children aged 6 months through 6 years enrolled in licensed or public-school operated day care, preschool, nursery school and/or kindergarten. (Blood test required if resides in Chicago or high-risk zip code.)
Questionnaire Administered? ☐ Yes ☐ No **Blood Test Indicated?** ☐ Yes ☐ No **Blood Test Date** _____ **Result** _____

TB SKIN OR BLOOD TEST: Recommended only for children in high-risk groups including children immunosuppressed due to HIV infection or other conditions, frequent travel to or born in high prevalence countries or those exposed to adults in high-risk categories. See CDC guidelines. http://www.cdc.gov/tb/publications/factsheets/testing/TB_testing.htm.
☐ No test needed ☐ Test performed **Skin Test:** Date Read _____ Result: ☐ Positive ☐ Negative mm _____
Blood Test: Date Reported _____ Result: ☐ Positive ☐ Negative Value _____

LAB TESTS (Recommended)	Date	Results	SCREENINGS	Date	Results
Hemoglobin or Hematocrit			Developmental Screening		☐ Completed ☐ N/A
Urinalysis			Social and Emotional Screening		☐ Completed ☐ N/A
Sickle Cell (when indicated)			Other:		

SYSTEM REVIEW	Normal	Comments/Follow-up/Needs	Normal	Normal	Comments/Follow-up/Needs
Skin	☐		Endocrine	☐	
Ears	☐	Screening Result:	Gastrointestinal	☐	
Eyes	☐	Screening Result:	Genito-Urinary	☐	LMP:
Nose	☐		Neurological	☐	
Throat	☐		Musculoskeletal	☐	
Mouth/Dental	☐		Spinal Exam	☐	
Cardiovascular/HTN	☐		Nutritional Status	☐	
Respiratory	☐	☐ Diagnosis of Asthma	Mental Health	☐	
Currently Prescribed Asthma Medication: ☐ Quick-relief medication (e.g., Short Acting Beta Agonist) ☐ Controller medication (e.g., inhaled corticosteroid)			Other	☐	
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** ☐ Yes ☐ No ☐ Modified

Print Name _____ ☐ MD ☐ DO ☐ APN ☐ PA Signature _____ Date _____

Address _____ Phone _____



COMPROBANTE DE FORMULARIO DE EXAMEN DENTAL PARA LA ESCUELA

La ley del Estado de Illinois (Código de Exámenes de Salud Infantil, punto 77 del Código Administrativo 665) indica que todos los niños en el jardín de infancia, así como en los grados segundo, sexto y noveno de cualquier escuela pública, privada o parroquial, se someterán a un examen dental. El examen **tendrá lugar en el plazo de 18 meses antes del 15 de mayo del año escolar**. Un dentista profesional **deberá llevar a cabo el examen**, así como **firmar y ponerle fecha a este comprobante de formulario de examen dental para la escuela**. Si no puede **procurarle este examen obligatorio a su hijo**, llene un Formulario de Exención de Examen Dental por separado.

Este importante examen le permitirá saber si existen problemas al nivel de los dientes que requieran la atención de un dentista. Los niños necesitan una buena higiene bucal para conversar con confianza, expresarse, estar saludables y preparados para el aprendizaje. La mala higiene bucal ha estado vinculada con un bajo rendimiento en la escuela, relaciones sociales deficientes y menos éxito en etapas posteriores de la vida. Por tal motivo, le agradecemos al hacer este aporte a la salud y bienestar de su hijo.

Para uno de los padres o el tutor (escriba en letra de molde)

Nombre del estudiante:	Apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Fecha de nacimiento:(mes/día/año) / /
Dirección:	Calle	Ciudad	Código postal	
Nombre de la escuela:	Código postal	Nivel de grado:		
Padre, madre o tutor:	Apellido	Nombre		
De las siguientes categorías raciales, elija la que refleje con mayor claridad el reconocimiento de la comunidad del estudiante o con el que el estudiante se identifique en mayor medida.				
☐ Blanca ☐ Negra o afroestadounidense ☐ Hispana o latina ☐ Asiática				
☐ Amerindia o nativa de Alaska ☐ Nativa de Hawái o isleña del Pacífico ☐ Mestiza				

Para el dentista

Fecha del examen más reciente: _____ (seleccione todos los servicios que se presentaron a la fecha de este examen)

☐ Limpieza dental ☐ Aplicación de sellador dental ☐ Tratamiento con flúor ☐ Reparación de dientes cariados

Estado de salud bucal (seleccione todos los que correspondan)

☐ Sí ☐ No

Presencia de selladores dentales en los molares permanentes

☐ Sí ☐ No

Experiencia con caries/antecedentes de reparación: empaste (temporal/permanente) O diente ausente porque se extrajo a consecuencia de una caries O ausencia de primeros molares permanentes.

☐ Sí ☐ No

Caries sin tratar: pérdida de al menos 1/2 mm de estructura dental en la superficie del esmalte. Coloración de parda a parda oscuro en las paredes de la lesión. Estos criterios corresponden a lesiones con caries en forma de hoyo o fisura, así como otras superficies blandas del diente. Si se mantuvo la raíz, asuma que la caries destruyó el diente completo. Los dientes fracturados o astillados, así como los que tienen empastes temporales, se consideran sanos, a menos que haya presencia de lesión con caries.

☐ Sí ☐ No

Tratamiento urgente: absceso, nervio expuesto, estado avanzado de la enfermedad, señales o síntomas que incluyen dolor, infección o inflamación.

Necesidades de tratamiento (seleccione todas las que correspondan). Enumere la fecha de consulta o fecha en que se llevó a cabo el tratamiento más reciente.

☐ **Reparación:** amalgamas, compuestos, coronas, etc. Fecha de la cita: _____

☐ **Cuidados preventivos:** aplicación de sellador dental, tratamiento con flúor, profilaxis Fecha de la cita: _____

☐ **Se recomienda remisión a dentista pediátrico** Fecha en que realizó el tratamiento: _____

Dirección del consultorio dental: _____

Número de teléfono de la oficina: _____

Firma del dentista _____

Fecha _____





Estado de Illinois Informe de examen de la vista

La ley de Illinois requiere que la prueba de un examen de la vista realizado por un optometrista o médico (como un oftalmólogo) que realiza exámenes de la vista se presente a la escuela a más tardar el 15 de octubre del año en que se inscribió al niño por primera vez o según lo exija la escuela para otros niños. El examen debe completarse dentro de un año antes del primer día del año escolar en que el niño ingresa al sistema escolar de Illinois por primera vez. El padre de cualquier niño que no pueda obtener un examen debe presentar un formulario de exención a la escuela.

Nombre del estudiante _____
(Último) (Primero) (Inicial del segundo nombre)

Fecha de nacimiento _____
(Mes día año)

Género _____ Calificación _____

Padre o guardián _____
(Último) (Primero)

Teléfono _____
(Codigo de AREA)

DIRECCIÓN _____
(Número) (Calle) (Ciudad) (Código postal)

Condado _____

Para ser completado por el médico examinador

Historia del caso

fecha de examen _____

Historia ocular: Normal o Positivo para _____

Historial médico: Normal o Positivo para _____

Alergias a medicamentos: NKDA o Alérgico a _____

Otra información _____

Examen

	Distancia		Cerca	
	Derecha	Izquierda	Ambos	Ambos
Agudeza visual no corregida	20/	20/	20/	20/
Mejor agudeza visual corregida	20/	20/	20/	20/

¿Se realizó la refracción con dilatación? Si No

	Normal	Anormal No se puede evaluar	
Examen externo (párpados, pestañas, córnea, etc.)	Examen interno (vítreo, cristalino, fondo de ojo,		Comentarios _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
etc.) Reflejo pupilar (pupilas)	Función binocular (estereopsis)	Acomodación y vergencia	
Visión cromática			
Evaluación de glaucoma			
Evaluación oculomotora			
Otro _____			

NOTA: "No se puede evaluar" se refiere a la incapacidad del niño para completar la prueba, no a la incapacidad del médico para proporcionar la prueba.

Diagnóstico

Normal Miopía Hipermetropía Astigmatismo Estrabismo Ambliopía

Otro _____



Estado de Illinois Informe de examen de la vista

Recomendaciones

1. Lentes correctivos: No ☐ Sí, se deben usar anteojos o lentes de contacto para:
Desgaste constante Visión cercana Visión lejana

Puede ser removido para educación física

2. Asiento preferencial recomendado: No ☐ Sí ☐

Comentarios _____

3. Recomendar reexamen: 3 meses 6 meses 12 meses

Otro _____

4. _____

5. _____

Nombre en letra de imprenta _____

Optometrista o médico (como un oftalmólogo) que realizó el examen
de la vista MD OD DO

Número de licencia _____

DIRECCIÓN _____

Teléfono _____

Firma _____

Fecha _____

Consentimiento del padre o tutor Acepto
divulgar la información anterior sobre mi hijo o pupilo a las
autoridades escolares o de salud correspondientes.

(Firma del padre o tutor)

(Fecha)

(Fuente: Modificado en 32 Ill. Reg. _____, efectivo _____)

DISTRITO ESCOLAR LARAWAY #70C
TRANSPORTE DEL AUTOBÚS 2024 - 2025

El transporte del autobús de ida y vuelta está disponible para los estudiantes elegibles. Se asignan las rutas basada en su dirección de domicilio. Le contactaré en agosto con el horario de las rutas y los números de los autobuses. **Se considerará transporte de ida y vuelta a un proveedor de guardería que vive en una dirección (dentro del distrito) que no es suya solo si es un acuerdo consistente durante de los 5 días de la semana. LOS ESTUDIANTES DEBEN SUBIR EL AUTOBÚS ASIGNADO A SU RUTA A LA CASA TODOS LOS DÍAS.** En resumen, no se puede cambiar el destino diario (casa, niñera) en un día específico. Se guardará esta información en caso de que una persona que no es usted recogerá a su hijo de la parada del autobús o las escuelas Laraway.
****Necesitará mostrar una tarjeta de identificación actual antes de que dejemos que su hijo/a salga con él.**

NOMBRE DEL ESTUDIANTE	DIRECCIÓN	GRADO
-----------------------	-----------	-------

NOMBRE Y APELLIDO DEL PADRE / TUTOR

TELÉFONO DEL DOMICILIO	NÚMERO DEL CELULAR	NÚMERO DEL TRABAJO
------------------------	--------------------	--------------------

****PERSONAS DESIGNADAS A RECOGER A MI ESTUDIANTE DE LA PARADA O LA ESCUELA:**

NOMBRE Y APELLIDO	(# DE TELÉFONO)	RELACIÓN AL ESTUDIANTE
-------------------	-----------------	------------------------

NOMBRE Y APELLIDO	(# DE TELÉFONO)	RELACIÓN AL ESTUDIANTE
-------------------	-----------------	------------------------

NOMBRE Y APELLIDO	(# DE TELÉFONO)	RELACIÓN AL ESTUDIANTE
-------------------	-----------------	------------------------

CONTACTO DE EMERGENCIA	(RELACIÓN)	# DE DOMICILIO	# CELULAR
------------------------	------------	----------------	-----------

NOMBRE DE LA NIÑERA	# DE DOMICILIO	# CELULAR
---------------------	----------------	-----------

CONTINUADO

Por favor indique las necesidades del transporte de su hijo/a abajo:

_____ Mi hijo/a **NO** usará el transporte del autobús para el año escolar 2023-2024.

_____ Por favor transporte a mi hijo/a de **IDA Y VUELTA** a la dirección de mi casa (vea arriba)

_____ Mi hijo/a asistirá al programa de Early Childhood y lo recogeré.

_____ Necesitaré transporte del autobús **DESDE** la casa de una niñera en la mañana:

Nombre de la niñera: _____ Número de teléfono: _____

Dirección de la niñera: _____

_____ Necesitaré transporte del autobús **A** la casa de una niñera en la tarde:

Nombre de la niñera: _____ Número de teléfono: _____

Dirección de la niñera: _____

_____ Doy permiso para que mi hijo/a salga del autobús sin estar un adulto en la parada del autobús. (Solo pre kínder)

_____ Este información ha **CAMBIADO** desde el último año escolar.

_____ Es la **MISMA INFORMACIÓN** del último año escolar.

_____ Mi hijo/a es un estudiante **NUEVO** al Distrito escolar Laraway #70C

Gracias,

Lynn Berry

(Directora de transportacion)

815-727-1206

lberry@laraway70c.org

The Third-Party Affidavit form is only for families that are not listed on the lease or mortgage for that residence. The affidavit must be signed in front of a notary and the following documentation must be provided before registration is complete:

Items provided by the homeowner/resident you are living with that is listed on the lease

- Current Lease or Mortgage statement

2 items from the list below:

- Gas/Electric/Water Bill • Vehicle Registration • Public Aid/Medicaid Card
- Bank Statement • Pay Check Stub • Valid IL Driver's License/State ID with current address

Items provided by parent/guardian of student(s) enrolling:

2 items from the list below:

- Gas/Electric/Water Bill • Vehicle Registration • Public Aid/Medicaid Card
- Bank Statement • Pay Check Stub

1 item from the list below:

Valid IL Driver's License/State ID with current address

El formulario de Declaración Jurada es solo para familias que no figuran en el contrato de alquiler o hipoteca de esa residencia. La declaración jurada debe firmarse ante un notario y se debe proporcionar la siguiente documentación antes de que se complete la inscripción:

Artículos proporcionados por el propietario/residente con el que vive y que figuran en el contrato de alquiler

- Declaración actual de alquiler o hipoteca

2 artículos de la lista a continuación:

- Factura de Gas/Electricidad/Agua • Registro de Vehículos • Tarjeta de ayuda pública/Medicaid
- Extracto de Cuenta • Talón de Pago del Trabajo • Licencia de Manejar o Identificación Estatal Válida con Dirección Actualizada

Artículos proporcionados por el padre/tutor de los estudiantes que se inscriben:

2 artículos de la lista a continuación:

- Factura de Gas/Electricidad/Agua • Registro de Vehículos • Tarjeta de ayuda pública/Medicaid
- Extracto de Cuenta • Talón de Pago del Trabajo

1 artículo de la lista a continuación:

Licencia de manejar o identificación del estado con la dirección actual.

LARAWAY COMMUNITY CONSOLIDATED SCHOOL DISTRICT 70C

SOLAMENTE COMPLETE ESTE FORMULARIO SI USTED NO ESTÁ INCLUIDO EN EL ESTADO DE ARRENDAMIENTO O HIPOTECA DE SU RESIDENCIA ACTUAL. E

****ESTE FORMULARIO DEBE SER FIRMADO EN PRESENCIA DE NOTARIO. NO FIRMARLO ANTES****

Declaración Jurada de Residencia a Terceros

Solo los estudiantes que son residentes de Laraway C.C.S.D. 70C tienen el derecho de asistir a las escuelas de Laraway C.C.S.D. 70C. Se presume que los estudiantes menores de edad se son residentes del distrito escolar en el que su padre con la custodia física reside.

Por favor adjunte copias de comprobante de domicilio y complete la declaración jurada siguiente:

Yo, _____;
Nombre(s) del Residente(s)

Declaro bajo juramento que soy el dueño/arrendatario de la residencia conocida como

Dirección

Que conozco personalmente a _____,
Nombre de padre

Padres de _____,
Nombre(s) del estudiante(s)

El/ la niño/a mencionado anteriormente reside conmigo en la dirección mencionada, vive permanentemente, en base continua; y no vive conmigo con el único propósito que acceder a los programas educativos y servicios de Laraway C.C.S.D. 70C.

_____ Entiendo que proveyendo información falsa intencionalmente a un distrito escolar con
Inicial respeto a la residencia de un alumno con el fin de permitir que el alumno asista a
a una escuela en ese distrito es un delito menor de clase C.

_____ Entiendo que inscribiendo o tratando de inscribir a un alumno de la escuela de un distrito
Inicial escolar de un pago de matrícula libre cuando sé que el alumno debe de ser residente del
distrito escolar, al menos que el alumno no residente tiene el derecho legítimo de asistir
es un delito menor de clase C.

Fecha

Firma del residente

SUSCRITO Y JURADO

Ante mí este _____ día

de _____, 20____.

Notario Público



LARAWAY CCSD 70-C

DR. JOSEPH SALMIERI, Superintendente
SRA. VALERIE TEEGARDIN, Asistente Administrativa
1715 ROWELL AVENUE, JOLIET, ILLINOIS 60433
(815) 727-5115 Fax (815) 727-5289

Sr. Aaron Ventsias, Director
Sr. Joe Pope, Subdirector

Escuela Laraway
1715 Rowell Avenue
Joliet, Illinois 60433
(815) 727-5196

“Aprendices Hoy, Líderes Mañana”

Estimados padres/tutores de los estudiantes de Laraway

Nuestro distrito participa en un programa estatal de alimentos para sus estudiantes. Todos los desayunos, almuerzos y meriendas (Pre-K-1^{er} grado) se les proporcionan de forma gratuita.

Para que estas comidas sigan siendo gratuitas, debemos cumplir con las reglas del programa de nutrición del estado.

No dude en comunicarse con el Director del Servicio de Alimentos si tiene alguna pregunta.

Angela Crowder (815)727-5196 ext 2558 o acrowder@laraway70c.org

Angela Crowder
Directora de Servicio de Alimentos

UNIFORME DE ESTUDIANTE

EL UNIFORME APLICA A TODOS LOS ESTUDIANTES DE PK-8

Estudiantes masculinos:

- pantalones de color azul marino, negro o caqui/beige;
- Camisa de botones o jersey azul claro o azul marino sin logotipos (manga corta o larga con cuello);
- calcetines azules, negros o blancos;
- Zapatos negros cómodos (sin rayas en los zapatos de gimnasia); Las botas están permitidas en invierno, pero deben cambiarse antes del comienzo de la clase.
- Solo suéter/sudadera azul marino o azul claro sólido (sin logotipo) debe llevar una camisa o blusa azul claro debajo y por dentro.

Estudiantes femeninas:

- Falda azul marino, negra o caqui/beige o falda dividida que tenga al menos la punta de los dedos o
- pantalones de color azul marino, negro, caqui/beige;
- Blusa o jersey azul claro o azul marino sin logotipo (manga corta o larga con cuello);
- Suéter/sudadera azul marino o azul claro únicamente (sin logotipo)
- Medias o medias de nailon azules, negras o blancas;
- Zapatos negros cómodos (sin rayas en los zapatos de gimnasia); Las botas están permitidas en invierno, pero deben cambiarse antes del comienzo de la clase.

Todos los estudiantes:

Cuando se usan suéteres, debe haber una camisa o blusa azul claro debajo y por dentro. Las sudaderas no se pueden voltear para ocultar los logotipos.

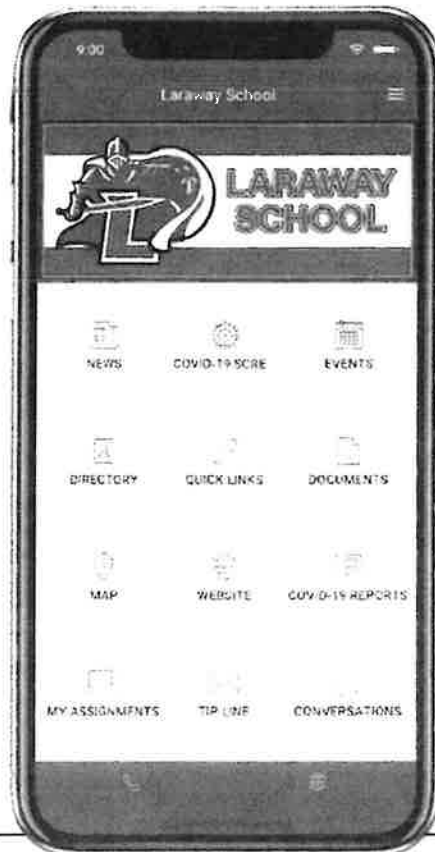
Información adicional

- Los pantalones no deben ser tipo “jean”, pantalones elásticos o pantalones de chándal. La mezclilla no está permitida para los pantalones.
- No se permitirán pantalones elásticos, pantalones de yoga, mallas o jeggings.
- Los cinturones deben usarse con todos los pantalones que tengan trabillas y deben estar a la altura de la cintura.
Los cinturones deben ser de un color oscuro.
- Las camisas/blusas deben estar abotonadas y deben estar metidas en la cintura.
- No se permiten camisas desteñidas o camisas de mezclilla.
- No se pueden usar capuchas durante el día escolar.
- Las camisetas/camisas interiores o los cuellos de tortuga usados debajo de las camisas/blusas deben ser de color blanco sólido.
- No zuecos ni sandalias.
- Sin botas. Si se usan botas para ir a la escuela debido al clima, los estudiantes deben traer los zapatos apropiados y cambiarse mientras están en la escuela.
- Los estudiantes podrán cambiarse y ponerse zapatos de gimnasia para las clases de educación física o para actividades al aire libre. • Solo cordones negros, azul marino o marrones. Los cordones de los zapatos deben estar atados.
- Cuando sea apropiado, se pueden usar pantalones cortos de uniforme azul marino, negro o caqui/beige que tengan por lo menos la punta de los dedos.



ESCUELA LARAWAY

¡Hay una
aplicación
para eso!



Descargarla
Gratis Hoy!



Download on the
App Store



GET IT ON
Google Play



MANTENTE INFORMADO(A)

Los notificaciones de administradores y maestros facilitan estar al tanto de lo que sucede en la escuela y en el salón de clases



FÁCIL CONTACTO CON LA ESCUELA

Un clic para llamar, enviar correos electrónicos y enviar documentos importantes directamente a nosotros. Suscríbete para recibir notificaciones importantes de grupos que son importantes para ti



ACCESO RÁPIDO Y FÁCIL A CALIFICACIONES, MENÚS Y MÁS

¡Acceso rápido a todo lo relacionado con la escuela, incluidos calendarios, indicaciones para llegar a eventos, documentos importantes, menús, sistemas de calificaciones, recursos deportivos, recursos escolares y más!



FÁCIL CONTACTO CON EL MAESTRO(A)

Un clic para llamar, enviar correos electrónicos y visitar los sitios web de los maestros y los recursos de clase. Suscríbete para recibir notificaciones importantes de los maestros