



Learners Today
Leaders Tomorrow

Laraway C.C.S.D. 70C INSCRIPCIÓN 2026 - 2027

La inscripción para el año escolar 2026-2027 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:

Lunes, 1 de junio- miércoles 3 de junio entre 9am-2pm.

Jueves, 4 de junio entre 10am- 6pm.

Martes, 4 de agosto – entre las 10am – 6pm

- 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 renunciar/ perdonar, se puede cobrar después del 4 de agosto de 2026. SOLO FAMILIAS QUE REGRESAN**

LARAWAY C.C.S.D. 70C
INFORMACIÓN De INSCRIPCIÓN 2026-2027
Para estudiantes nuevos y que regresan

Todas las familias de Prekinder a 8vo grado deben registrarse en las siguientes fechas:

1 de junio – 3 de junio entre 9am – 2pm

4 de junio entre 10am – 6pm

4 de agosto entre 10am-6pm

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).

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 2026 para poder inscribirse en Kinder para el año escolar 2026-2027.

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 2026-2027, por favor comuníquese con la oficina de Laraway al 815-727-5196.

Ethnic Origin: Check all that apply to your child's race*
Origen étnico: Marque todas las opciones que correspondan a la raza de su hijo/a*

- Hispanic/Latino
 Black or African American

- American Indian or Alaska Native
 Native Hawaiian/Other Pac Islander

- Asian
 White

*Note: The Federal government requires us to collect information about ethnicity and race. If you do not provide us with this information, we are required to identify your child as best we can.
 *Nota: El gobierno federal nos exige recopilar información sobre etnicidad y raza. Si no nos proporciona esta información, estamos obligados a identificar a su hijo/a lo mejor posible.

I give permission to my child to use the computers & internet at school. Yes/Si No/No
 Doy permiso a mi hijo para usar las computadoras e Internet en la escuela.

Local Emergency Contact Numbers: In case of an emergency, when the parents/guardians cannot be reached, please list emergency contacts. **Please list two: 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:**

Contact #1 Name: _____	Relationship: _____
Contacto #1 Nombre: _____	Relación: _____
Home # _____/_____ Cell # _____/_____	Work # _____/_____
Casa # _____ Celular # _____	Trabajo # _____
Contact #2 Name: _____	Relationship: _____
Contacto #2 Nombre: _____	Relación: _____
Home # _____/_____ Cell # _____/_____	Work # _____/_____
Casa # _____ Celular # _____	Trabajo # _____
Contact #3 Name: _____	Relationship: _____
Contacto #3 Nombre: _____	Relación: _____
Home # _____/_____ Cell # _____/_____	Work # _____/_____
Contacto #1 Nombre: _____ Celular # _____	Relación: _____

I give permission to my child to use the computers & internet at school. Yes/Si No/No
 Doy permiso a mi hijo/a para usar las computadoras e Internet en la escuela.

MEDIA RELEASE/ COMUNICADO DE PRENSA

Parents/Guardians are asked to give permission for students to be interviewed, photographed, or videotaped by the news media or an agent of the school district for the purpose of publicizing a school event, activity or program in Laraway School District 70C. The likeness of a student may appear in yearbooks, features or documentaries, district publications and communication materials, promotional materials, or on the district or school websites. All images and rights shall belong to Laraway School District 70C. Please indicate and sign below. Se les pide a los padres/tutores que den permiso para que los medios de comunicación o un agente del distrito escolar entrevisten, fotografien o graben en video a los estudiantes con el fin de publicar 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.

- _____ Yes, my child may be photographed, interviewed, or videotaped.
 Sí, mi hijo/a puede ser fotografiado, entrevistado o grabado en video.
 _____ No, my child may not be, photographed, interviewed, or videotaped. (note: your child will not be in the yearbook)
 No, mi hijo/a no puede ser fotografiado, entrevistado o grabado en video. (nota: su hijo/a no estará en el anuario)

Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____
 Firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____

Note: If at any time you would like to change your election, a signed letter must be submitted to your child's school office stating the change and reason for change. Nota: si en algún momento desea cambiar su elección, debe enviar una carta firmada a la oficina de la escuela de su hijo/a indicando el cambio y la razón del cambio.

Distrito de Laraway 70C
Verificación de Residencia 2026-2027

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**, 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



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

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

Información importante sobre la orden permanente de medicación de emergencia para el asma (albuterol)

Estimado padre/tutor:

Para garantizar la seguridad y el bienestar de todos los estudiantes, el Distrito Escolar 70-C de Laraway mantiene un suministro de autoinyectores de epinefrina de emergencia y, autorizados por la ley de Illinois, no designados (almacén) Inhaladores de albuterol. Estos medicamentos están disponibles para ayudar a los estudiantes que experimentan dificultad respiratoria aguda o síntomas de asma mientras se encuentran en la escuela o durante actividades escolares.

¿Qué es el albuterol no designado/de almacén?

Este es un medicamento de rescate (no de mantenimiento diario) diseñado para el alivio rápido de los síntomas del asma (p. ej., sibilancias, tos, dificultad para respirar grave). Este medicamento de reserva no se receta específicamente para su hijo/a, pero está autorizado para su uso mediante una receta médica permanente.

Cómo funciona:

Si su estudiante muestra signos de dificultad respiratoria, una enfermera escolar capacitada o un miembro del personal puede administrarle este medicamento a su hijo/a.

Información importante para los padres:

4. **Notificación:** Si se le administra este medicamento a su hijo/a, el personal de la escuela se lo notificará lo antes posible y se le recomendará que haga un seguimiento con un proveedor de atención médica.
5. **Planes de atención existentes:** Este programa no reemplaza el plan de acción para el asma de su hijo/a. Si su hijo/a padece una condición médica conocida, asegúrese de que tengamos su medicación personalizada y su plan de acción en nuestros archivos.
6. **Opción de exclusión voluntaria:** Si usted **no** desea que su hijo/a reciba este albuterol no designado proporcionado por la escuela, debe marcar el círculo a continuación, firmar y fechar.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con la enfermera Stokes al cstokes@laraway70c.org o 815-727-5196.

He leído y comprendido la política sobre la administración de medicamentos no designados para el asma. Autorizo a la escuela a administrar este medicamento a mi hijo/a, si es necesario.

\Nombre del estudiante: _____

Firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____

YO NO Autorizo el uso de albuterol no designado proporcionado por la escuela para mi hijo/a.

Please indicate your child's transportation needs below:
Por favor indique las necesidades del transporte de su hijo/a abajo:

_____ My child **WILL NOT** use bus transportation for the 2026-2027 school year.
Mi hijo/a **NO** usará el transporte del autobús para el año escolar 2026-2027.

_____ Please transport my child **TO & FROM** the designated stop.
Por favor transporte a mi hijo/a de **IDA Y VUELTA** a la parada designada.

_____ My child **only needs transportation in the morning** to the designated stop.
Mi hijo/a **sólo necesita transporte en la mañana** en la parada designada

_____ My child **only needs transportation in the afternoon** to the designated stop.
Mi hijo/a **sólo necesita transporte por la tarde** hasta la parada designada.

_____ My child will need bus transportation **FROM** a child care provider in the morning **(Only if in district)**
Necesitaré transporte de autobús **DESDE** la parada designada de una niñera en la mañana. **(Solo si está dentro del distrito)**

Child care provider's Name: _____ Phone number: _____
Nombre de la niñera: _____ Numero del Telefono

Child care provider's Address: _____
Dirección de la niñera:

_____ My child will need bus transportation **TO** a child care provider in the afternoon: **(Only if in district)**
Necesitaré transporte de autobús **A** la en la parada designada de una niñera en la tarde: **(Solo si está dentro del distrito)**

Child care provider's Name: _____ Phone number: _____
Nombre de la niñera: _____ Numero del Telefono

Child care provider's Address: _____
Dirección de la niñera:

_____ I give permission for my child to be released from the bus without an adult at the bus stop. (Prek – 8TH)
Doy permiso para que mi hijo/a baje del autobús sin la presencia de un adulto en la parada designada. (Pre-K a 8vo grado)

_____ This information has **CHANGED** from last year.
Esta información ha **CAMBIADO** desde el último año escolar.

_____ This is the **SAME INFORMATION** as last year.
Es la **MISMA INFORMACIÓN** del último año escolar.

_____ My child is **NEW** to Laraway School District #70C
Mi hijo/a es un estudiante **NUEVO** al Distrito escolar Laraway #70C

Thank you,
Gracias,

Alisha Knight
(Transportation Director)
(Directora de Transportación)
815-727-1206
aknight@laraway70c.org



Learners Today
Leaders Tomorrow

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

DR. JOSEPH SALMIERI, Superintendent

MRS. VALERIE FEEGARDIN, 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
4715 Rowell Avenue
Joliet, Illinois 60433
(815) 727-5196

SOLO COMPLETE SI NO DESEA QUE SU HIJO PARTICIPE EN LOS SIMULACROS

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 involucren 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

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 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

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

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		<input type="checkbox"/> Completed <input type="checkbox"/> N/A
Urinalysis			Social and Emotional Screening		<input type="checkbox"/> Completed <input type="checkbox"/> N/A
Sickle Cell (when indicated)			Other:		

SYSTEM REVIEW	Normal	Comments/Follow-up/Needs	Normal	Comments/Follow-up/Needs
Skin	<input type="checkbox"/>		Endocrine	<input type="checkbox"/>
Ears	<input type="checkbox"/>	Screening Result:	Gastrointestinal	<input type="checkbox"/>
Eyes	<input type="checkbox"/>	Screening Result:	Genito-Urinary	<input type="checkbox"/>
Nose	<input type="checkbox"/>		Neurological	<input type="checkbox"/>
Throat	<input type="checkbox"/>		Musculoskeletal	<input type="checkbox"/>
Mouth/Dental	<input type="checkbox"/>		Spinal Exam	<input type="checkbox"/>
Cardiovascular/HTN	<input type="checkbox"/>		Nutritional Status	<input type="checkbox"/>
Respiratory	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Diagnosis of Asthma	Mental Health	<input type="checkbox"/>
Currently Prescribed Asthma Medication: <input type="checkbox"/> Quick-relief medication (e.g., Short Acting Beta Agonist) <input type="checkbox"/> Controller medication (e.g., inhaled corticosteroid)			Other	<input type="checkbox"/>

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: _____ (If No or Modified please attach explanation.)

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 _____

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

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		<input type="checkbox"/> Completed <input type="checkbox"/> N/A
Urinalysis			Social and Emotional Screening		<input type="checkbox"/> Completed <input type="checkbox"/> N/A
Sickle Cell (when indicated)			Other:		

SYSTEM REVIEW	Normal	Comments/Follow-up/Needs	Normal	Comments/Follow-up/Needs
Skin	<input type="checkbox"/>		Endocrine	<input type="checkbox"/>
Ears	<input type="checkbox"/>	Screening Result:	Gastrointestinal	<input type="checkbox"/>
Eyes	<input type="checkbox"/>	Screening Result:	Genito-Urinary	<input type="checkbox"/>
Nose	<input type="checkbox"/>		Neurological	<input type="checkbox"/>
Throat	<input type="checkbox"/>		Musculoskeletal	<input type="checkbox"/>
Mouth/Dental	<input type="checkbox"/>		Spinal Exam	<input type="checkbox"/>
Cardiovascular/HTN	<input type="checkbox"/>		Nutritional Status	<input type="checkbox"/>
Respiratory	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Diagnosis of Asthma	Mental Health	<input type="checkbox"/>
Currently Prescribed Asthma Medication:			Other	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Quick-relief medication (e.g., Short Acting Beta Agonist)				
<input type="checkbox"/> Controller medication (e.g., inhaled corticosteroid)				

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 _____



Formulario de prueba del examen dental escolar

La ley de Illinois (Código de Examen de Salud Infantil, 77 Ill. Adm. Código 665) establece que todos los niños en el jardín de infantes y en segundo, sexto y noveno grado de cualquier escuela pública, privada o parroquial deben tener un examen dental. El examen debe haberse realizado en un plazo de 18 meses antes del 15 de mayo del año escolar. Un dentista licenciado debe completar el examen y firmar y fechar este Formulario de prueba de examen dental escolar. Si no puede obtener este examen obligatorio para su hijo, complete un Formulario de exención de examen dental por separado.

Este examen importante le permitirá saber si hay algún problema dental que requiera la atención de un dentista. Los niños necesitan una buena salud bucal para hablar con confianza, expresarse, estar sanos y estar preparados para aprender. La mala salud bucal se ha relacionado con un menor rendimiento escolar, malas relaciones sociales y menos éxito en etapas posteriores de la vida. Por este motivo, le agradecemos que contribuya a la salud y bienestar de su hijo.

Para que complete el padre, la madre o el tutor (en letra de imprenta):

Nombre del estudiante:	Apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Fecha de nacimiento (Mes/Día/Año):
Dirección:	Calle	Ciudad	Código postal	
Escuela:	Nombre	Código postal	Nivel escolar:	Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Padre, madre o tutor:	Apellido	Nombre		
Raza/Origen étnico del estudiante:				
<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> De Oriente Medio o norte de África <input type="checkbox"/> Dos o más razas <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Otro				

To be completed by the dentist (Para ser completado por el dentista):

Date of Most Recent Examination (Fecha del examen más reciente): _____ (Check all services provided at this examination date)

- Dental Cleaning (Limpieza dental)
 Sealant (Sellante dental)
 Fluoride treatment (Aplicación de flúor)
 Silver Diamine Fluoride (Fluoruro diamino de plata)
 Restoration of teeth due to caries (Restauración dental por caries)

Oral Health Status (check all that apply)

- Yes No Dental Sealants Present on Permanent Molars
 Yes No Caries Experience / Restoration History — A filling (temporary/permanent) OR a tooth that is missing because it was extracted as a result of caries OR missing permanent first molars.
 Yes No Untreated Caries — At least 1/2 mm of tooth structure loss at the enamel surface. Brown to dark-brown coloration of the walls of the lesion. These criteria apply to pit and fissure cavitated lesions as well as those on smooth tooth surfaces. If retained root, assume that the whole tooth was destroyed by caries. Broken or chipped teeth, plus teeth with temporary fillings, are considered sound unless a cavitated lesion is also present.
 Yes No Urgent Treatment — Abscess, nerve exposure, advanced disease state, signs or symptoms that include pain, infection, or swelling.

Treatment Needs (check all that apply)

For Head Start Agencies, please also list the appointment date or date of the most recent treatment.

- Restorative Care — amalgams, composites, crowns, etc. Appointment Date: _____
 Preventive Care — sealants, fluoride treatment, prophylaxis Appointment Date: _____
 Pediatric Dentist Referral Recommended Treatment Completion Date: _____

Office Address: _____ Office Phone: _____

Signature of Dentist: _____ License #: _____ Date: _____



State of Illinois Eye Examination Report

Recommendations

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

2. Preferential seating recommended: No Yes

Comments _____

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

4. _____

5. _____

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

License Number _____

Address _____

Phone _____

Signature _____

Date _____

Consent of Parent or Guardian
 I agree to release the above information on my child
 or ward to appropriate school or health authorities.

 (Parent or Guardian's Signature)

 (Date)

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



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 _____)



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

“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.

Houston Cantrell (815)727-5196 ext 2558 o hcantrell@laraway70c.org

Houston Cantrell
Director 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.

Calendario Escolar 2026 – 2027 del Distrito Escolar de Laraway 70-C

3 de agosto	Los maestros pueden presentarse en las aulas
Por confirmar	Orientación/capacitación para nuevos maestros y asistentes
11 de agosto*	Reunión de la Junta de Educación*
17 y 18 de agosto	Día del Instituto de Maestros y Asistentes – No hay clases
17 de agosto	Fotos de identificación del personal – 9am
19 de agosto	Salida 1:15 p.m - Primer día de clases de K-8vo grado
20 de agosto	Reuniones de Pequeños Aprendices con los maestros, de 1:00pm a 3:00pm
20-25 de agosto	Reuniones de admisión familiar de Little Learners
26 de agosto	Pequeños aprendices – Primer día de colegio (día completo)
26 de agosto	Jornada de puertas abiertas de 5:00 p.m. a 6:30 p.m. para estudiantes K-8vo grado.
7 de septiembre	Día del Trabajo – No hay clases
11 de septiembre	Viernes preparado para la feria anual de salud y el picnic de vuelta al cole
12 de septiembre	Sábado - Feria anual de salud y picnic de vuelta al cole - 11:00-2:00
15 de septiembre	Reunión de la Junta de Educación
Por confirmar	Fotos de otoño
25 de septiembre	Escuela de medio día – Salida 11:30 a.m. – P.m. Profesor y Asistentes en servicio
12 de octubre	Día de Colón – Sin escuela
20 de octubre	Reunión de la Junta de Educación
30 de octubre	Escuela de medio día – Salida 11:30 a.m. – P.m. Profesor y Asistentes en servicio
11 de noviembre	Despedida 1:15 – PM Profesor en servicio
17 de noviembre	Reunión de la Junta de Educación
19 de noviembre	Despedida 1:15 – PM Reuniones de padres y profesores
19 de noviembre	Reuniones de padres y profesores – 2:00 – 7:00
20 de noviembre	Escuela de medio día – Salida 11:30 a.m. – P.m. Profesor y Asistentes en servicio
23-27 de noviembre	Vacaciones de Acción de Gracias – Sin colegio
15 de diciembre	Reunión de la Junta de Educación
18 de diciembre	Escuela de medio día – Salida 11:30 a.m. – P.m. Profesor y Asistentes en servicio
21 de diciembre-1 de enero	Vacaciones de invierno – Sin clase
4 de enero	Día del Instituto de Profesores y Asistentes de Enseñanza – No Escuela para Estudiantes
5 de enero	Reanuda el curso tras las vacaciones de invierno
18 de enero	Cumpleaños de Martin Luther King – Sin escuela
19 de enero	Reunión de la Junta de Educación
12 de febrero	Escuela de medio día – Salida 11:30 a.m. – P.m. Profesor y Asistentes en servicio
15 de febrero	Día del Presidente – Sin Escuela
16 de febrero	Reunión de la Junta de Educación
1 de marzo	Despedida 1:15 – Tarde Profesor y Asistentes en servicio
16 de marzo	Reunión de la Junta de Educación
24 de marzo	Despedida 1:15 – PM Reuniones de padres y profesores
24 de marzo	Reuniones de padres y profesores – 2:00 – 7:00
25 de marzo	Escuela de medio día – Salida 11:30 a.m. – P.m. Profesor y Asistentes en servicio
Mach 26	Viernes Santo – No hay colegio
29 de marzo - 2 de abril	Vacaciones de primavera – Sin colegio
5 de abril	Reanuda el curso tras las vacaciones de primavera
20 de abril	Reunión de la Junta de Educación
18 de mayo	Reunión de la Junta de Educación
27 de mayo	Salida 13:15 - Último día de clase si no se utilizan días de emergencia
28 de mayo	Día del Instituto de Profesores y Asistentes de Enseñanza
31 de mayo	Día de los Caídos – Sin escuela
1 de junio - 7 de junio	Días de emergencia (si es necesario)
15 de junio	Reunión de la Junta de Educación
Por determinar	Graduación de Infantil
Por determinar	Viaje de 8vo grado
Por determinar	Graduación de octavo grado

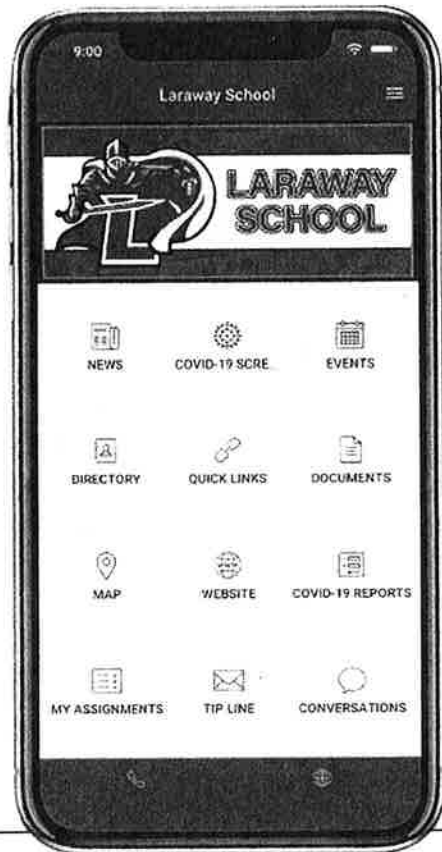
Este calendario incluye 176 días de asistencia de estudiantes y 4 Días del Instituto de Profesores.

6 de noviembre - Fin del primer trimestre (56 días) 26 de febrero - final del segundo trimestre (62 días) 27 de mayo - final del tercer trimestre (58 días)




ESCUELA LARAWAY


¡Hay una aplicación para eso!





Descargarla Gratis Hoy!



 **MANTENTE INFORMADO(A)**
Las 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 calificación, 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.

