

¡Padres! Guarde esta página para su información.

Las solicitudes vencen el jueves 19 de mayo de 2022*



**** Las solicitudes DEBEN devolverse al sitio KidZone de su estudiante. También se debe completar un formulario de transporte en su sitio de la Escuela de Verano. ****

FECHAS: 6-30 de junio de 2022

Grados: Estudiantes de K-5 (*Estudiantes de la Escuela de Verano*)

Horario: 7:00 am a 9:00 am antes de la escuela y después de la escuela hasta las 17:30 horas

No hay escuela de verano o Kidzone los viernes

Costo (por semana / por niño): \$20/POR \$20/PM \$40/AM PM

Ubicaciones:

Primaria Emerson

- (Sitio de la Escuela de Verano) Banneker, Caruthers, Douglass, Frances Willard, Frank Rushton, Grant, John Fiske, Mark Twain, McKinley, ME Pearson, New Chelsea, New Stanley, Noble Prentis, Quindaro, Silver City, TA Edison, Whittier

Escuela Primaria Parque del Oeste

- (Sitio de la Escuela de Verano) Claude Huyck, Eugene Ware, Hazel Grove, JFK, Lindbergh, Lowell Brune, SP Norte, SP Sur, Welborn

**Main Offices at District Central Office * 2010 N. 59th St.
913-627-4390 * 913-669-0235 * 913-627-4356**

Verano KIDZONE

***Las solicitudes vencen el
jueves 19 de mayo de 2022***

Paquete de inscripción de verano

Por favor complete la siguiente información para el estudiante.

POR FAVOR, IMPRIMA

Nombre de la escuela actual Grado (Actual) ID de estudiante #
(Año Escolar 2021-22) (Año Escolar 2021-22)

Nombre (Estudiante)Segundo nombreNombreúltimo

Fecha de nacimiento del

Raza de género
estudianteM o F Blanco negro
Indio Hispano/Indio Amer.
Asiático Otros _____

Número de teléfono de la casaDirección (ciudad, estado, código postal)

Nombre de la madre/ tutorNombre del empleadorNúmero de trabajo del código de área ext.

Nombre del padre/ tutorNombre del empleadorNúmero de trabajo del código de área ext.

En caso de emergencia médica por favor notifique: _____
Nombre/(Código de área/Teléfono)

- _____ A.M. (7 am a 8:30 am) (\$20/semana)
- _____ P.M. (3:00 pm a 5:30 pm) (\$20/semana)
- _____ A.M. & P.M : 7am -8:30 am – 3:00pm - 5:30 pm (\$40/semana)

He leído y entiendo los requisitos para que mi(s) hijo(s) participe(n) en el programa Kidzone. Acepto cumplir con todas las políticas y procedimientos del programa Kidzone.

Fecha de firma del padre/ tutor

SOLO USO DE OFFICE	
PAQUETE DE FECHA _____	REC'DTIME REC'D_____

LISTA DE ESPERA DE INSCRIPCIÓN	SÍ NO (Círculo)
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL ESTUDIANTE	

INFORMACIÓN DE RECOGIDA Y LIBERACIÓN DE KIDZONE

Los padres / tutores por favor tengan en cuenta:

* **El personal de KIDZONE** no entregará a su hijo a ninguna otra persona que no sea la que se enumera a continuación.

* Es responsabilidad de los padres mantener esta información actualizada en todo momento.

AUTORIZADO PARA RECOGER A MI HIJO (POR FAVOR IMPRIMA): (Notifique al Director del Programa de cualquier cambio.)

NOMBRE/

DIRECCIÓN RELATIONSHIP PHONE

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Mi hijo tiene permiso para caminar hacia y desde el programa Kidzone. _____ *Sí* _____ *No*

NO PERMITA QUE MI HIJO SE VAYA CON ESTAS PERSONAS:

**¿Hay alguna información especial que ayude a la persona que busca a su hijo? *Sí/No* En caso afirmativo, por favor explicar: (por ejemplo: medicamentos/problemas de salud) _____

TRANSPORTE

Es responsabilidad del padre/tutor proporcionar o organizar el transporte para su(s) hijo(s) hacia y desde el programa Kidzone. Sin embargo, puede haber ocasiones en que el transporte puede ser proporcionado por las Escuelas Públicas de Kansas City, Kansas solo para excursiones. Habrá una hoja de permiso separada que los padres deben completar para cada excursión.

Entiendo que es mi responsabilidad mantener actualizada la Información de Recogida y Liberación. Estoy de acuerdo en que seguiré las políticas y procedimientos del programa Kidzone.

Además, entiendo que la hora de recogida from Kidzone es a más tardar a las 5:30 p.m. ****Se cobrarán tarifas por todos los estudiantes recogidos después de este tiempo.** **Se contactará a los padres con respecto a cualquier estudiante (s) que quede en el sitio. Kidzone puede comunicarse con Campus Security o el Departamento de Policía de KCK con respecto a los estudiantes que se quedan en el sitio después de las 5:30 p.m.

Firma del padre/ _____

tutorFecha _____

Verano KIDZONE

Acuerdo de programación antes y después de la escuela y de verano

El siguiente acuerdo especifica claramente las responsabilidades del estudiante, los padres y el personal para la participación en el programa **Summer KIDZONE**, ya sea de verano o antes y después de la escuela. Este acuerdo debe ser firmado por el padre/tutor antes de participar en el programa. El programa servirá a todos los estudiantes, a menos que las necesidades de los estudiantes excedan las capacidades de personal de las pautas del programa. Las familias serán notificadas de cualquier inquietud o problema potencial de inmediato, y los estudiantes no serán liberados del programa sin conferencias de padres y / o notificación. **Summer Kidzone no discrimina a ninguna persona por motivos de raza, color, religión o sexo, discapacidad, estado familiar u origen nacional.**

Expectativas de los estudiantes: * Usar mascarilla en todo momento *****

- (1) Respetarse a sí mismo y a los demás
- (2) Demostrar una actitud positiva
- (3) Asistir al programa regularmente. Para mantener la asistencia regular, ya que los espacios de inscripción pueden ser limitados.
- (4) Cumplir con todas las expectativas de comportamiento como se describe en el Manual del Código de Conducta de USD 500.
- (5) Para cumplir con el código de vestimenta de USD 500 / Kidzone.

Esta información se publica para la revisión del estudiante en cada área del programa.

Expectativas de los padres: * Para recoger al estudiante si el personal determina que tiene síntomas de COVID. *****

- (1) Completar todos los documentos requeridos antes de participar en KIDZONE
- (2) Para cumplir con el acuerdo de recogida y liberación de KIDZONE para su hijo
- (3) Para proporcionar información actual de antecedentes médicos / de salud sobre su hijo al Director del Programa para su uso en caso de una emergencia médica
- (4) Alentar y apoyar a su(s) hijo(s) a respetarse a sí mismo y a los demás.
- (5) Apoyar al personal en el establecimiento de un ambiente cómodo, seguro y positivo para todos los estudiantes

INFORMACIÓN GENERAL Y PERMISO

Entiendo que se me notificará con anticipación para solicitar mi permiso para que mi hijo asista a una excursión. Le doy permiso al personal de Summer Kidzone, sus Socios de Servicio Comunitario, el Programa de Nutrición Familiar, Healthy Parents / Healthy Kids para fotografiar, encuestar a los padres / estudiantes para obtener comentarios del programa y / o entrevistar a mi hijo solo con fines promocionales. Le doy permiso al personal de Summer KIDZONE para buscar tratamiento médico o atención quirúrgica para mi hijo en caso de que surja una emergencia. En caso de emergencia, entiendo que se hará un esfuerzo concienzudo para localizar a mi cónyuge, un tutor, un contacto de emergencia o a mí mismo. También entiendo y acepto que soy responsable del pago de todos los gastos médicos y tengo un seguro primario de accidentes en mi hijo.

Doy permiso para que mi hijo se una a los Boy Scouts (Please Circle) SÍ NO

Doy permiso para que mi hija se una a Girl Scouts (Please Circle) SÍ NO

Doy permiso para que mi hijo / hija se una a 4H (Please Circle) SÍ NO

Doy permiso para que mi hijo / hija se una a Tendou Martial Arts (Please Circle) SÍ NO

Entiendo las pautas del programa para Kidzone. Mantendré actualizada toda la información contenida en este paquete de inscripción.

FECHA

DE FIRMA DEL

PADRE/TUTOR

Programación antes y después de la escuela / verano

Guía disciplinaria de acuerdo con

CÓDIGO DE CONDUCTA DEL DISTRITO ESCOLAR de USD 500

<p>DELITOS DE CLASE 1: (ENUMERADOS SIN NINGÚN ORDEN EN PARTICULAR):</p> <p>Tardanza excesiva Muestra de afecto inadecuada No conformidad con el código de vestimenta Comportamiento obsceno/Uso de blasfemias Posesión de molestias educativas Saltarse la clase Venta o distribución no autorizada de artículos no especificados de otra manera Violar las reglas de la sala Violar las reglas del comedor Violar las reglas del patio de recreo Violación de las reglas de la Asamblea</p>	<p>CONSECUENCIAS/INTERVENCIONES: (ENUMERADOS SIN NINGÚN ORDEN EN PARTICULAR):</p> <p>Detenciones después de la escuela Servicios de consejería/trabajo social Mediación entre pares Conferencia de Padres Conferencia de Estudiantes y/o Eliminación temporal de la clase Denegación de participación/asistencia a actividades extraescolares Servicio a la comunidad Negación de privilegios escolares (es decir, excursiones) Suspensión en la escuela / Escuela del sábado Restitución/Suspensión a corto plazo</p>
<p>DELITOS DE CLASE 2: (ENUMERADOS SIN NINGÚN ORDEN EN PARTICULAR):</p> <p>Deshonestidad académica / trampa / falsificación Posesión/Consumo de Tabaco Allanamiento Incitar a pelear/Contribuir o incitar a una situación perturbadora/Pelear Vandalismo/Propiedad Personal/Escolar Robo/Robo/Juego Computadora inapropiada / Uso indebido de Internet / Tecnología Salir del área de la escuela / programa sin permiso Desafío a la autoridad/comportamiento disruptivo grave Mal comportamiento en el autobús Activación de la alarma Allanamiento Absentismo escolar/falta a la escuela</p>	<p>CONSECUENCIAS/INTERVENCIONES (ENUMERADOS SIN NINGÚN ORDEN EN PARTICULAR):</p> <p>Además de las consecuencias anteriores Negación de privilegios escolares (es decir, excursiones) Suspensión en el programa Conferencia de Padres Contrato de Comportamiento Estudiantil Denegación de participación/asistencia a actividades extraescolares Restitución (cuando corresponda) Suspensión a corto plazo Suspensión a largo plazo Expulsión</p>

<p>DELITOS DE CLASE 3: (ENUMERADOS SIN NINGÚN ORDEN EN PARTICULAR): Posesión de drogas ilícitas / Uso de drogas / Solicitud o venta de drogas / Marihuana / Tabaco Abuso agravado o físico de empleados de la escuela / programa / robo Posesión de dispositivo peligroso Posesión-Intención de vender, dar, entregar, distribuir, alcohol, Drogas, inhalantes, parafernalia, parecidos Amenazar a otro estudiante o personal de la escuela Falta de respeto grave / Abuso verbal del maestro / personal Acoso,Bullying,Cyber Bullying Exposición indecente/Delitos sexuales no violentos Fuegos artificiales/explosivos Uso de amenazas Agresión/Mala conducta sexual/Acecho Conducta relacionada con el odio</p>	<p>CONSECUENCIAS/INTERVENCIONES: (ENUMERADOS SIN NINGÚN ORDEN EN PARTICULAR): Además de las consecuencias anteriores Suspensión en la escuela Suspensión extendida Suspensión a corto plazo Contacto policial/Estudiante arrestado Remisión a la policía estatal y federal Restitución</p>
<p>DELITOS DE CLASE 4: (Sin orden en particular) Incendio provocado/incendio Secuestro Asesinato/Homicidio Posesión de arma de fuego / arma / venta / uso Agresión sexual</p>	<p>CONSECUENCIAS/INTERVENCIONES Expulsión</p>

He revisado esta página que enumera algunas de las actividades prohibidas y las consecuencias e intervenciones para los estudiantes que participan en ellas. Acepto apoyar los procedimientos del Código de Conducta de USD 500 que se describen en el Libro del Código de Conducta de USD 500 que se publica en el sitio de la escuela.

Firma de los padres

Fecha



HEALTH HISTORY FOR CHILDREN AND YOUTH ATTENDING SCHOOL AGE PROGRAMS

As required by K.A.R. 28-4-590(d) (1), each operator shall obtain a health history for each child or youth, on a form supplied by the department or approved by the secretary. Each health history is to be maintained in the child's or youth's file on the premises. As required by K.A.R. 28-4-590(d)(2), each operator shall require that each child or youth attending the program has current immunizations as specified in K.A.R. 28-1-20 or has an exemption for religious or medical reasons.

Complete one form for each child or youth attending the School Age Program.

First and Last Name of the Child or Youth	Gender (M or F)	Date of Birth (MM/DD/YYYY)	First day at this program: (MM/DD/YYYY)
--	------------------------	-----------------------------------	--

First and Last Name of the Child's or Youth's Mother or Guardian

Mother/Guardian's Home Street Address	City	Zip Code	Home Phone # ()
--	-------------	-----------------	-------------------------

Mother/Guardian's Work Place Name & Street Address	City	Zip Code	Work Phone # ()
---	-------------	-----------------	-------------------------

First and Last Name of the Child's or Youth's Father or Guardian

Father/Guardian's Home Street Address	City	Zip Code	Home Phone # ()
--	-------------	-----------------	-------------------------

Father/Guardian's Work Place Name & Street Address	City	Zip Code	Work Phone # ()
---	-------------	-----------------	-------------------------

Names and ages of other children in the Child or Youth's Family (Attach additional page if needed.)
--

Person(s) authorized to pick up the Child or Youth in case of emergency. Include first and last name and Street Address. Attach additional page if needed.	City	Zip Code	Phone Number (during program hours):
1.			
2.			
3.			

First and Last Name of Physician & Street Address	City	Zip Code	Phone Number ()
--	-------------	-----------------	-------------------------

Name of Hospital Preference in case of emergency.
--

Yes	No	N/A	Complete the following information about medications for this child or youth.
			Will this child or youth need to take any nonprescription or prescription medication during their time at the program?
			If yes above, is there signed permission on file?

Circle any of the following conditions or difficulties that affect this child or youth.			
Allergies	Frequent sore throats/ colds	Ear Infections or Aches	Heart or Lung Conditions
Skin Problems	Asthma	Headaches	Diabetes
Vision	Speech/Communication	Hearing	Emotion/Behavior
Other: Please describe.			

If you circled any of the above conditions, please provide additional information that will help the staff members meet the child's or youth's needs while attending the program. (Attach additional page, if needed.)

Provide additional information about your child or youth that might affect him/her while at the School Age Program including any special needs, restrictions to activities, major changes at home or special instructions. (Attach additional page, if needed.)

Complete the following information about this child's or youth's immunization status.

Yes	No	
		Did this child or youth attend a public or accredited non-public school in Kansas, Missouri or Oklahoma the previous year?
		If yes, are this child's or youth's immunizations current?
X	X	If yes to both of these questions, you do NOT need to complete the immunization history below. If no to either of the above questions, you must complete the immunization history below for this child or youth or attach a copy of the child's or youth's immunization history.

Please give dates in the space below for ALL immunization series completed by this child or youth. Record MM/DD/YYYY.

		1	2	3	4	5
	DPT, DT*, TD (*DT only if child is allergic to DTP)	//	//	//	//	//
	POLIO	//	//	//	//	
	MMR	//	//			
Single Dose Only	RUBEOLA (MEASLES)	//	//			
	MUMPS	//	//			
	RUBELLA (GERMAN MEASLES)	//	//			
	HIB (Hemophilus Influ. B) *RECOMMENDED	//	//	//	//	
	HBV (Hepatitis B Vaccine) *RECOMMENDED	//	//	//		
	VAR (Varicella-Chicken Pox) *RECOMMENDED	//				

Print the First and Last Name of the Person Completing this Health History form	Relationship to the Child/Youth	Date Completed
---	---------------------------------	----------------

If the Health History form was completed by a person other than a Parent/Guardian, who provided you with this information?	What is that person's relationship to the child/youth?
--	--

I attest, under penalty of perjury, that to the best of my knowledge, the information provided on this form is true and correct.

Signature of person completing this form	Date Signed
--	-------------