PRIOR LAKE-SAVAGE
AREA SCHOOLS

Por favor envíe el paquete de inscripción al correo electrónico de:

Paulette Noel:
pnoel@priorlake-savage.k12.mn.us

O envíe por correo/entréguelo con atención

a:

PLSAS District Services Center
Enrollment
4540 Tower St. SE Prior
Lake, MN 55372

Horas de Oficina: L-V, 8 a.m - 4 p.m.

PRIOR LAKE-SAVAGE AREA SCHOOLS ISD #719 — Forma de Inscripción del Estudiante

STUDENT INFORMATION

Apellido Legal:	Primer Nombre Legal:	Segundo Nombre Legal:	Fecha de Nacimiento

(voluntario)

Este estudiante es:

☐ Sin Hogar ☐ Educación Especia
☐ Tutela de estadol ☐ Activo IEP
☐ Super Dotado ☐ ESL
☐ 504
☐ Intercambio Extranjero

Grado al que ingresa

Sexo ☐ M ☐ F

Start Date

La prueba de infancia temprana (edad 2- 5) es requerida para ingresar al jardín de niños público, ¿Su hijo(a) ha completado la prueba en el ISD719?

☐ SI
☐ NO - ¿En qué distrito la realizó? _____

Distrito de Residencia:
(si no es Escuelas del area de Prior Lake-Savage)

Si no es residente de ISD719, ¿ha completado El Acuerdo de Inscripción Abierta? ☐ SI ☐ NO

Escuelas Anteriores	Nombre de la Escuela	Ciudad	Estado	Fechas

DESIGNACIONES

Etnicidad: (Mandato del estado de MN)

¿El estudiante es hispano/latino?
(Cubano, mexicano, puertorriqueño, sur /centro americano o cualquier Otra cultura de habla española sin importar la raza
☐ SI
☐ NO

¿Qué idioma hablan los adultos en casa?	
Usted prefiere un intérprete?	☐ SI ☐ NO
País de nacimiento si nació fuera de USA:	
Fecha de entrada a USA:	
Fecha de su primera inscripción en una escuela en USA:	

¿El estudiante ha completado 3 o más años de escuela en USA?
☐ SI ☐ NO

Raza del Estudiante:
(señale todas las que apliquen)

☐ Blanco
☐ Negro o Afroamericano
☐ Asiático
☐ Nativo Hawaiano/otras Islas del Pacífico
☐ Nativo Amer.Indio/Alaska

Infromación Familiar

Hogar Principal

Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:	Teléfono de Casa:

Padre principapal/Guardian #1 (*contacto principal para avisos del Distrito)

Apellido:	Primer Nombre:		
Segundo Nombre:	Relación con el estudiante:	Sexo ☐ M ☐ F	
Correo electrónico:	Teléfono Celular:		
	Teléfono del Trabajo:		

Padre principal/Guardian #2

Apellido:	Primer Nombre:		
Segundo Nombre:	Relación con el estudiante:	Sexo ☐ M ☐ F	
Correo electrónico:	Teléfono Celular:		
	Teléfono del Trabajo:		

Segundo Hogar

Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:	Teléfono de Casa:

Padre/Tutor#1 del Segundo hogar *(*contacto principal para avisos del distrito)*

Apellido:	Primer Nombre:		
Segundo Nombre:	Segundo Nombre:	Sexo ☐ M ☐ F	
Correo electrónico:	Teléfono Celular:		
	Teléfono del Trabajo:		

Parent/Tutor #2 del segundo hogar

Apellido:	Primer Nombre:		
Segundo Nombre:	Segundo Nombre:	Sexo ☐ M ☐ F	
Correo electrónico:	Teléfono Celular:		
	Teléfono del Trabajo:		

Hermanos menores de 21 años en casa	Apellido	Primer Nombre	Segundo nombre	Sexo	Fecha de Nacimiento	Relationship to Student

Firma del Padre /Tutor responsable de la inscripción — **Fecha**

OFFICE USE ONLY
SCHOOL INITIALS____ BIRTH CERTIFICATE Y N
IMMUNIZATIONS Y RE-ENROLL Y N
MARSS#____ STUDENT ID#____ START DATE____ ENTRY CODE____ RES DIST #____ MN Language Survey Y N

updated *12.1.17*

Encuesta sobre los Idiomas de Minnesota

Minnesota es el hogar de hablantes de más de 100 idiomas diferentes. La capacidad de hablar y entender varios idiomas es valorada. La información que usted proporcione será utilizada por el distrito escolar para ver si su estudiante es multilingüe. En Minnesota, los estudiantes que son multilingües pueden calificar para un sello multilingüe tras una previa evaluación. Además, la información que usted provea determinará si su estudiante debe tomar una prueba de habilidad del idioma inglés. Basado en los resultados de la prueba, su estudiante puede tener derecho a instrucción de desarrollo del idioma inglés. **El acceso a la instrucción es requerido por la ley federal y estatal. Como padre o tutor, usted tiene el derecho de rechazar la instrucción de clases de Aprendiz de Inglés (English Learner) en cualquier momento.** Cada estudiante que se matricula debe recibir la Encuesta sobre los Idiomas de Minnesota durante la inscripción. La información solicitada en este formulario es importante para poder servir a su estudiante. Su ayuda para completar la Encuesta sobre los Idiomas de Minnesota es muy apreciada.

Información del estudiante	
Nombre completo del estudiante: (Apellido, Nombre, Segundo Nombre)	Fecha de nacimiento o identificación del estudiante:

	Marque la frase que mejor describe a su estudiante:	**Indique el (los) idioma (s) aparte del inglés en el espacio provisto:**
1. Mi estudiante primero aprendió:	___ idioma(s) aparte del inglés. ___ inglés e idioma(s) aparte del inglés. ___ solo inglés.	
2. Mi estudiante habla:	___ idioma(s) aparte del inglés. ___ inglés e idioma(s) aparte del inglés. ___ solo inglés.	
3. Mi estudiante entiende:	___ idioma(s) aparte del inglés. ___ inglés e idioma(s) aparte del inglés. ___ solo inglés.	
4. Mi estudiante tiene una interacción consistente con:	___ idioma(s) aparte del inglés. ___ inglés e idioma(s) aparte del inglés. ___ solo inglés.	

El uso del lenguaje por sí solo no identifica a su estudiante como aprendiz de inglés. Si se indica un idioma que no sea el inglés, se evaluará a su hijo para determinar el dominio del idioma inglés.

Información del padre/tutor	
Nombre del padre/tutor (en letra de imprenta):	
Firma del padre/tutor	Fecha:

* Todos los datos en este formulario son privados. Solo se compartirán con el personal del distrito que necesite dicha información para atender mejor a su estudiante y para los informes requeridos legalmente sobre el idioma del hogar y elegibilidad del servicio al Departamento de Educación de Minnesota. En el distrito y en el Departamento de Educación de Minnesota, esta información no se compartirá con otras personas o entidades, excepto si están autorizadas por ley estatal o federal para acceder a la información. El cumplimiento de esta solicitud de información es voluntario.

Independent School District 719
Prior Lake-Savage Area Schools
4540 Tower Street SE
Prior Lake, MN 55372

VERIFICACIÓN DEL NOMBRE Y EDAD

Esta verificación es necesaria ANTES de que el estudiante asista a las Escuelas del Área de Prior Lake-Savage.

Las Escuelas Públicas del Área de Prior Lake-Savage requieren que todos los estudiantes que están comenzando la escuela o son nuevos en el distrito escolar proporcionen documentos que verifiquen su fecha de nacimiento y su nombre legal.

La documentación debe de ser en forma de certificado de nacimiento o pasaporte actualizado.

Su firma es requerida en esta forma, como parte del proceso de inscripción, indica su conocimiento y su compromiso para entregar la documentación necesaria

_____ _____
Firma del Padre/tutor Fecha

Tenga en cuenta: Si usted no puede entregar la documentación inmediatamente, por favor use esta forma como recordatorio.

PRIOR LAKE-SAVAGE AREA SCHOOLS
INFORMACIÓN PARA EMERGENCIAS 2018-19

Apellido del estudiante **Primer nombre** **Segundo**

☐ **Masculino** ☐ **Femenino** **Escuela**_____

Teléfono de casa_____ No en lista_____ Fecha de nacimiento_____ Grado_____ Año de Graduación_____ Salón #_____

Dirección:_____ Ciudad_____ C.P._____

Información del Padre o Tutor: Escriba la extensión o departamento en su trabajo si aplica.

1. (Apellido, Primer Nombre)_____ Código_____ Correo electrónico _____

   Teléfono de casa ( ) _____ Teléfono Celular( ) _____ Trabajo ( ) _____ Ext, _____

   Dirección,si es diferente a la del estudiante _____ Ciudad _____ Edo. ____ C.P._____

2. (Apellido, Primer Nombre)_____ Código_____ Correo electrónico: _____

   Teléfono de casa( ) _____ Teléfono Celular( ) _____ Trabajo ( ) _____ Ext, _____

   Dirección, si es diferente a la del estudiante _____ Ciudad _____ Edo.____ C.P. _____

Enliste tres contactos de emergencia quienes asumirán el cuidado temporal de su hijo en caso de que usted no pueda ser contactado.

Nombre _____ Código ___ Teléfono de casa (__) _____ Celular (___)_____ Trabajo (___)_____ Ext. _____

Nombre_____ Código ___ Teléfono de casa (__) _____ Celular (___)_____ Trabajo (___)_____ Ext. _____

Nombre _____ Código ___ Teléfono de casa (_) _____ Celular (___)_____ Trabajo (___)_____ Ext. _____

En caso de un accidente serio ó enfermedad y no pueda ser localizado , por la presente yo autorizo a esta Clínica _____ a proporcionar el tratamiento necesario.

Teléfono de la Clínica (__) _____ Aseguradora _____ Póliza/Grupo # _____

Dentista: _____ Teléfono (___) _____

Hospital de Preferencia: St. Francis Hospital-Shakopee ☐ Fairview Ridges Hospital-Burnsville ☐ Otro: _____ Ubicación: _____

Al Padre o Guardián/Tutor:

El bienestar de su hijo es nuestra primera consideración. En caso de una lesión seria o enfermedad del estudiante en la escuela nuestro procedimiento es el siguiente: **(debido a la variedad natural de las emergencias estos pasos/procesos son sólo lineamientos y pueden ser alterados /omitidos en el mejor interés de su hijo)**

1) La enfermera de la escuela será solicitada. 2) Si la naturaleza de la enfermedad/lesión es severa y/o el padre/contactos de emergencia no pueden ser localizados, se llamará al **9-1-1** y el estudiante será transportado a la clínica/emergencias local según lo que los paramédicos consideren más apropiado. Cualquier cargo en el que se incurra será responsabilidad del padre/tutor. 3) En caso en que las autoridades no puedan contactar a los padres/ tutores, el criterio del doctor pertinente prevalecerá. 4) En el caso de que los padres/tutores no acepten este procedimiento, una notificación por escrita deberá enviarse a la enfermera de la escuela con sus deseos. **Hemos tenido situaciones en las que no podemos contactar a los padres o tutores de los estudiantes enfermos o lecionados porque esta forma no estaba correcta. Por favor complete los dos lados de esta forma para poder mantener nuestros registros actualizados y así poder iniciar la atención de la emergencia lo más pronto posible. Si ocurren cambios significativos en la salud de su estudiante, por favor mantenga informada a la enfermera de la escuela. Es responsabilidad de los padres/guardianes hacer los arreglos necesarios para un cuidado adecuado en caso de que su hijo tenga un accidente o se enferme en la escuela cuando los pares están fuera de casa.**

Signature of Parent or Guardian_____ **Date** _____

INFORMACIÓN DE SALUD ANUAL 2018-19

_____ _____

Apellido del Estudiante Primer Nombre Segundo Nombre Grado

Si su estudiante tiene alguna condición que pueda resultar como emergencia durante el día escolar como : asma, diabetes, alergia a los piquetes de abeja, alergias severas a algún tipo de comida, combulsiones, por favor solicite a la oficina de salud de la escuela, una forma de Plan de Acción de Emergencia. Llene la forma y regrésela a la oficina lo más pronto posible. Todos los medicamentos y tratamientos requieren de una forma de autorización firmada. Si existe una preocupación de salud que usted prefiere discutir en privado, por favor contacte a la enfermera de su escuela

Por favor señale cualquier condición que aplique a este estudiante:

☐ Alergias (especifique) _____

☐ Requiere de un Plan de Emergencia o alguna Adaptación en la escuela

☐ Alergias al piquete de abeja ☐ Requiere Epi-Pen en la escuela

☐ Requiere Medicamentos en la escuela

☐ Desorden de Espectro Autista

☐ **ASMA (Requiere Plan de Acción de Emergencia en la escuela)**

☐ Está diagnosticado por un Doctor _____ Usa inhalador/Nebulizador

☐ Ha estado en el hospital en los últimos 12 meses por cuestiones de Asma

☐ Inquietudes o preocupaciones en el Comportamiento (especifique) _____

☐ **DIABETES (Requiere Plan de Acción de Emergencia en la escuela)**

☐ Mareos/Desmayos (especifique) _____

☐ Eczema/Erupción(salpullido) Crónica

☐ Inquietudes o preocupaciones Emocionales (especifique) _____

☐ **EPILEPSIA/COMBULSIONES (Requiere Plan de Acción de Emergencia en la escuela)**

☐ Resfriados Frecuentes ☐ Infecciones de Sinusitis

☐ Dolores de Oído/infecciones frecuentes ☐ Tiene Tubos PE

☐ Dolores de cabeza frecuentes (especifique tipo y síntomas) _____

_____

☐ Requiere de Medicamento en la

☐ Problemas para escuchar (especifique) _____

☐ Utiliza Aparatos Auditivos ☐ Izquierdo ☐ Derecho ☐ Ambos

☐ Condición/Enfermedad del corazón (especifique) _____

_____

☐ Inquietudes o preocupaciones Ortopédicas (especifique) _____

☐ Accidente serio (especifique) _____

☐ Cirugías (especifique/procedimiento/año) _____

☐ Dieta Especial (especifique) _____

☐ Inquietudes de la vista ☐ Lentes ☐ Contactos ☐ Estrabismo (ojo perezoso)

☐ Actualmente bajo cuidado médico (especifique) _____

_____

☐ Bajo Medicamentos (especifique) _____

☐ En casa ☐ En la escuela **(Se requiere la forma de Medicamento)**

☐ Restricciones de Educación Física (especifique) _____

☐ Educación Especial (especifique) _____

☐ 504 ☐ IEP ☐ IFSP

☐ Inquietudes para ir al baño/higiene personal (especifique) _____

_____

☐ Other (especifique) _____

_____

☐ **NO hay ninguna inquietud nueva de salud este año.**

☐ **NO hay ninguna vacuna nueva este año.** ☐ **Recibió vacunas nuevas este año (Por favor envíela forma de vacunación o una copia de la oficina de la oficina Médica).**

Esta información es confidencial. Por favor ponga sus iniciales en el estatuto apropiado.

Esta información puede _____ **no puede** _____ **compartirse con el personal de la escuela y de transportación si es considerado necesario por los Servicios de Salud.**

Firma del Padre/Tutor: _____ Fecha: _____

Firma del Médico (no requerida): _____ Fecha: _____

¿Están listos sus hijos?

Ley de Vacunación de Minnesota

Requisitos de vacunación

Use esta tabla como guía para determinar cuáles vacunas se requieren para inscribirse en los programas de cuidado infantil, niñez temprana y en la escuela (pública o privada).

Encuentre la edad o el grado del menor y vea si su hijo o hija ha recibido el número de vacunas que muestran las marcas debajo de cada vacuna. La tabla en la parte posterior muestra las edades a las que deben aplicarse las dosis.

Del nacimiento hasta 4 años	Edad: De 5 a 6 años (3)	Edad: De 7 a 11 años	Edad: 12 años y mayores
Programas de niñez temprana y cuidado infantil	**Para kindergarten**	**Para los grados 1.º a 6.º**	**Para los grados 7.º a 12.º**
Hepatitis A (Hep A) ✓			
Hepatitis B (Hep B) ✓✓✓	**Hepatitis B** ✓✓✓	**Hepatitis B** ✓✓✓	**Hepatitis B** (7) ✓✓✓
DTaP/DT ✓✓✓✓	**DTaP/DT** (4) ✓✓✓✓✓	✓✓✓ vacunas que contienen (6) dosis contra **el tétanos** y **la difteria**	**✓Tdap** (8) y vacunas que contienen al menos 2 dosis contra el tétanos y la difteria
Polio ✓✓✓	**Polio** (5) ✓✓✓✓	**Polio** ✓✓✓	**Polio** ✓✓✓
MMR ✓	**MMR** ✓✓	**MMR** ✓✓	**MMR** ✓✓
Hib ✓			**Meningocócica** (9) ✓ y refuerzo
Pneumocócica (1) ✓✓✓✓			
Varicela (2) ✓	**Varicela** (2) ✓✓	**Varicela** (2) ✓✓	**Varicela** ✓✓

Vacunas recomendadas pero no obligatorias:

Gripe
Anualmente para niños de 6 meses y mayores

Rotavirus
Para infantes

Virus del papiloma humano
A la edad de 11 a 12 años

(1) No se requiere después de 24 meses.

(2) Si el menor ya tuvo varicela, no se requieren vacunas de varicela. Si la enfermedad se presentó después del año 2010, el médico del menor tiene que firmar un formulario para confirmar la enfermedad.

(3) Los alumnos de primer grado que tengan 6 años y menos tienen que seguir los calendarios para la polio y DTaP/DT para kindergarten.

(4) La quinta vacuna de DTaP no es necesaria si la cuarta vacuna se aplicó después de los 4 años de edad. Dosis final de DTaP a los 4 años o después.

(5) La cuarta vacuna de polio no es necesaria si la tercera vacuna se aplicó después de los 4 años de edad. Dosis final de polio a los 4 años o después.

(6) Se necesita prueba de vacunas que contienen al menos 3 dosis contra el tétanos y la difteria. Si está al día con la serie de DTaP/DT, no se necesitan dosis adicionales.

(7) También puede usarse un calendario alterno de dos vacunas de hepatitis B para niños de 11 a 15 años.

(8) Se requiere una dosis de Tdap al principio del 7.° grado. También se necesita prueba de vacunas que contienen al menos 2 dosis contra el tétanos y la difteria (DTaP/DT/Td). Si un niño recibió Tdap antes del 7.° grado, no se necesita otra dosis de Tdap.

(9) Se requiere una dosis al principio del 7.° grado. La dosis de refuerzo se da generalmente a los 16 años.

Exenciones

Para inscribirse en los programas de cuidado infantil, niñez temprana y escuelas en Minnesota, los niños tienen que comprobar que han recibido estas vacunas o presentar una exención legal.

Los padres pueden presentar una exención legal firmada por un proveedor de atención de salud o una exención no médica firmada por el padre, madre o tutor y notariada.

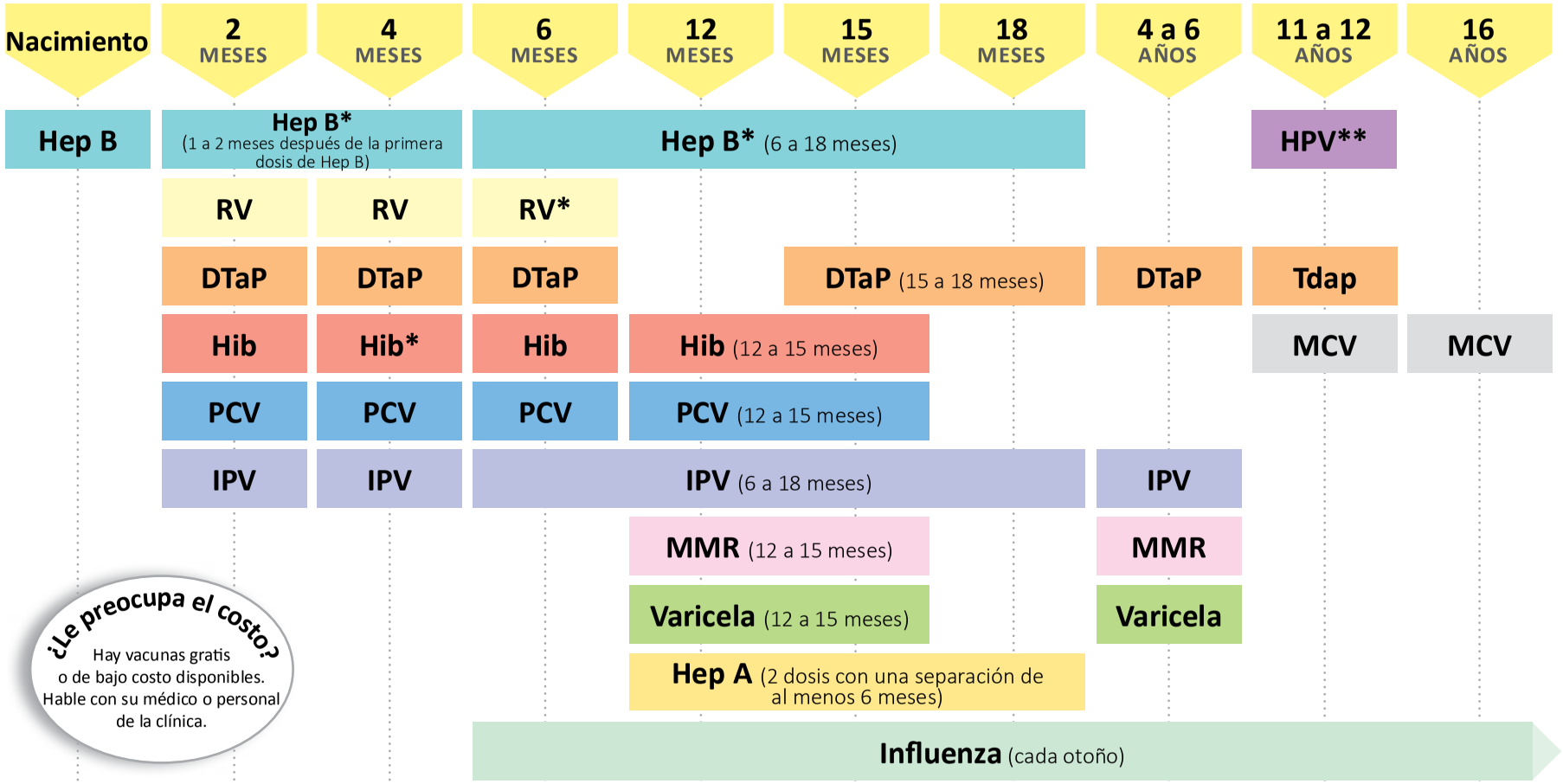
¿Busca expedientes?

Para obtener copias de los expedientes de vacunación de su hijo o hija, hable con su médico o llame a Minnesota Immunization Information Connection (Conexión de Información de Vacunación de Minnesota, MIIC) al 651-201-3980.

Departamento de Salud de Minnesota, Programa de Vacunación
(Minnesota Department of Health, Immunization Program)

ID# 52799 (4/2017) - Spanish

Cuándo recibir las vacunas
Del nacimiento hasta 16 años



¡No es demasiado tarde! Si a su hijo o hija le faltan vacunas, hable con su médico o personal de la clínica para ponerse al día.

La Ley de Minnesota requiere prueba escrita de ciertas vacunas para niños en programas de cuidado infantil, niñez temprana y para la escuela. Sin embargo, si el menor tiene un motivo médico o si sus padres se oponen en forma consciente a alguna o a todas las vacunas, existe una exención legal.

Los niños con ciertos padecimientos médicos pueden necesitar vacunas adicionales (por ejemplo, neumocócica o meningocócica). Hable con su médico o clínica.

¿Está embarazada? Protéjase a usted y a su bebé de la tosferina; reciba una vacuna de Tdap entre las semanas 27 y 36 de embarazo. Hable con su médico.

*El **número de dosis** depende del producto que use su médico.

**Dos dosis para niños de 9 a 14 años; tres dosis para personas de 15 a 26 años.

Para obtener copias de los **expedientes de vacunación** de su hijo o hija, hable con su médico o llame a LA Conexión de Información de Vacunación de Minnesota (Minnesota Immunization Information Connection, MIIC) al 651-201-3980.

Clave de las abreviaturas de las vacunas

DTaP/Td/Tdap = difteria, tosferina, tétanos		Hib = Haemophilus influenzae tipo b	
Hep B = hepatitis B	Hep A = hepatitis A	IPV = polio	MCV = meningocócica
MMR = sarampión, paperas, rubéola		PCV = pneumocócica	RV = rotavirus

DEPARTMENT OF HEALTH

Immunization Program
651-201-5503 or 1-800-657-3970
www.health.state.mn.us/immunize

ID# 52799 (4/2017) - Spanish

Registro de vacunación del alumno

PARA USO DE LA ESCUELA SOLAMENTE
( ) Completo; se requiere refuerzo en_____
( ) En proceso; vence en 8 meses _____
( ) Excepción médica para _____
( ) Objeción de conciencia para _____
( ) Consentimiento del padre/tutor _____

Nombre del alumno _____

Fecha de nacimiento _____ Número del alumno _____

La ley de Minnesota exige que los niños inscritos en la escuela se encuentren vacunados contra ciertas enfermedades o, de lo contrario, se presente una objeción de conciencia médica o legal (**vea el dorso para más información sobre la excepción**).

Padre: Ingrese el MES, DÍA y AÑO correspondientes a todas las vacunas que su hijo ha recibido **O complete la información sobre la excepción al dorso**. NO USE (✓) or (✗). Las vacunas/dosis en los casilleros sombreados se recomiendan pero no se exigen por ley.

Personal de la escuela: Asegúrese de colocar iniciales y fecha a cualquier información nueva que agregue a este formulario después de que el padre/tutor lo hayan presentado. Además, registre la combinación de vacunas (por ejemplo, DTaP+HepB+IPV, Hib+HepB) en cada espacio según corresponda.

Tipo de vacuna	1.° dosis Mes/Día/Año	2.° dosis Mes/Día/Año	3.° dosis Mes/Día/Año	4.° dosis Mes/Día/Año	5.° dosis Mes/Día/Año
Requerido (Los casilleros sombreados indican las dosis que no son dadas regularmente; sin embargo, si su hijo las ha recibido, favor de escribir la fecha en el casillero sombreado.)					
Difteria, Tétanos y Pertussis (DTap, DTP)					
Difteria y Tétanos (DT) • para niños de hasta 6 años					
Tétanos y Difteria (Tdap, Td) • para niños a partir de los 7 años					
Poliomielitis (IPV, OPV)					
Sarampión, Paperas y Rubéola (MMR) • edad mínima: al cumplir un año o después • se exige para jardín de infantes y 7.° grado					
Hepatitis B (hep B) • se exige para jardín de infantes y 7.° grado					
Varicela (varicela) • edad mínima: al cumplir un año o después • vacuna o antecedentes de enfermedades que se exigen para jardín de infantes y 7.° grado					
Recomendado					
Meningocócica (MCV, MPSV)					
Virus del papiloma humano (HPV)					
Hepatitis A (hep A)					

1. Elija una de las opciones a continuación para indicar el estado de vacunación del alumno y la fuente de información antes mencionada:

A. Certifico que este alumno ha recibido todas las vacunas que la ley exige.

_____
Firma del padre/tutor o médico/clínica pública Fecha

B. Certifico que este alumno ha recibido por lo menos una dosis de la vacuna contra la difteria, el tétanos y la pertussis (si es apropiado para la edad), poliomielitis, hepatitis B (Jardín de infantes y 7.° grado), varicela (Jardín de infantes y 7.° grado), sarampión, paperas y rubéola, y que completará su serie de vacunas contra la difteria, el tétanos y la pertussis, hepatitis B o poliomielitis dentro de los próximos 8 meses. Las fechas en las que deberán darse las dosis restantes son:

_____

_____
Firma del médico/clínica pública Fecha

–REVERSO–

2. Consentimiento del padre/tutor:

La escuela de su hijo le solicita permiso para compartir el registro de vacunación de su hijo con el registro de vacunación de Minnesota para ayudarnos a proteger mejor a los alumnos de las enfermedades. No es obligatorio firmar este consentimiento, sino voluntario. Además, toda la información que proporcione se clasifica legalmente como información privada y podrá cederse solo a las personas legalmente autorizadas por la ley de Minnesota para recibirla.

Acepto que el personal de la escuela comparta el registro de vacunación de mi alumno con el registro de Minnesota:

_____

Firma del padre o tutor legal Fecha

3. Exención a la Ley de Vacunación Escolar

A. Exención médica:

Ningún alumno está obligado a recibir una vacuna si tiene una contraindicación médica, antecedentes de enfermedades o evidencia de laboratorio de inmunidad. Para que un alumno reciba una exención médica, la declaración a continuación debe ser firmada por un médico, un enfermero profesional o un auxiliar médico:

Certifico que las vacunas en la lista a continuación están contraindicadas por razones médicas, evidencia de laboratorio de inmunidad o bien porque tal inmunidad existe debido a un antecedente de enfermedad confirmado por laboratorio. (Para la varicela, consulte * a continuación.)

Vacuna(s) eximida(s):

_____

_____

Firma del médico/enfermero profesional/auxiliar médico Fecha

*Antecedentes de varicela solamente. En el caso de la enfermedad de la varicela, esta fue diagnosticada por un médico o adecuadamente descrita por el padre, lo que me indica una infección pasada de varicela en _____.
Año

_____

Firma del médico/enfermero profesional/auxiliar médico

B. Objeción de conciencia:

Ningún alumno está obligado a recibir una vacuna contraria a las creencias a las que conscientemente adhiere su padre o tutor. Sin embargo, no seguir las recomendaciones de vacunación puede poner en peligro la salud o la vida tanto del alumno como de otros que tomen contacto con él. En caso de un brote de enfermedad, las escuelas podrán excluir a aquellos niños que no estén vacunados para brindarles protección tanto a ellos como a los demás. Para recibir una exención de vacunación, un padre o tutor legal debe completar y firmar la siguiente declaración ante un notario:

Certifico ante notario que resulta contrario a las creencias conscientemente sostenidas por mí que mi hijo reciba la(s) vacuna(s) a continuación:

_____

_____

Firma del padre o tutor legal Fecha

Jurado y suscrito ante mí el _____ de _____ 20_____

_____

Firma del notario

Exenciones adicionales:

- **Niños menores de 7 años:** La 5.° dosis de DTaP/DTP/DT (al igual que, la 4.° dosis de la vacuna contra la polio) no es necesaria si se administró la 4.° dosis de DTaP/DTP/DT (3.° dosis de polio) después de cumplidos los 4 años.
- **Niños a partir de los 7 años:** Un historial de 3 dosis de DTaP/DTP/DT/Td/Tdap y 3 dosis de vacuna contra la polio satisfacen el mínimo exigido por ley.
- **Alumnos de los grados 7 a 12:** Los alumnos en los grados 7 a 12 cuya Td o Tdap más reciente fue administrada después de cumplir los 7 años pero antes de los 11 años no necesitan un refuerzo de la Td ni Tdap a los 11 años ni a una edad posterior. En cambio, sí será necesario 10 años después de la fecha de la dosis más reciente.
- **Alumnos de 11 a 15 años de edad:** No es necesaria una 3.° dosis de la vacuna contra la hepatitis B para los alumnos que presenten la documentación del programa alternativo de 2 dosis.
- **Alumnos de más de 10 años:** Pueden recibir la vacuna Tdap para cumplir con la exigencia de la Td para alumnos en los grados 7 a 12.
- **Alumnos mayores de 18 años:** No necesitan la vacuna contra la polio.

Independent School District 719

Prior Lake-Savage Area Schools

NotificaciónTennessen para la Forma de Inscripción del Estudiante

Como parte del proceso de inscripción, a usted se le ha solicitado proporcionar información como la edad de su hijo(a), su residencia, vacunas, estado de expulsión y salud en general. Esta información es utilizada por el Distrito con el propósito de determinar su elegibilidad para su inscripción y los servicios de transportación del Distrito Escolar. Si usted se rehusa a proporcionar esta información su hijo(a) no será inscrito en el Distrito escolar.

Otra información requerida en el paquete de inscripción es recopilada para determinar el programa apropiado para su hijo(a), incluyendo su necesidad de educación especial y/o servicios relacionados con su limitado dominio del inglés. La información proporcionada también será utilizada por el Distrito Escolar para mantener contacto con los padres y/o tutores o los encargados del cuidado del estudiante en caso de emergencia. La información es también solicitada con el propósito de contactar la escuela anterior del estudiante para obtener los registros educativos de acuerdo con la ley del estado. Usted no está legalmente obligado a proporcionar la información solicitada. Sin embargo, si usted no entrega esta información para estos propósitos, su aplicación para la inscripción puede ser retrasada o la colocación y los servicios se pueden ver afectados

La información pertinente a la raza, color, credo, nacionalidad, sexo o discapacidad, no se recopila con el objetivo de determinar la elegibilidad de la inscripción. Estos datos se recopilan con el propósito de cumplir con las leyes estatales y federales incluyendo las obligaciones del Distrito Escolar de informar. Usted no está obligado legalmente a proporcionar estos datos. Sin embargo, el que usted no proporcione esta información puede afectar la capacidad del Distrito Escolar de cumplir con las leyes federales y estatales y esto puede reducir los fondos para proporcionar servicios educativos en los que de otra manera el Distrito Escolar sería elegible.

Alguna de la información que usted proporciona como nombre, dirección, número telefónico y fecha de nacimiento, puede ser clasificada por el Distrito Escolar como información de directorio. El Distrito escolar debe proporcionar estos datos al público de acuerdo con la Ley 515 del Distrito Escolar- Registros del Estudiante; a menos de que usted haya entregado la notificación necesaria en donde usted notifica que no desea que esa información sea publicada. Una copia de la Ley 515 estará disponible si lo solicita. Cualquier información que no esté clasificada como información de directorio es considerada como información educacional privada y no se hará pública. De cualquier forma la información será compartida con el personal del Distrito Escolar, otros distritos escolares, agencias estatales o federales, u otras entidades como se solicita por la ley federal y estatal de acuerdo con la Ley 525.

Si usted tiene alguna pregunta en relación a la información solicitada en la forma de inscripción, por favor contacte al Asistente del Superintendente de las escuelas al 952.226.0071

Ninguna acción se require si usted desea que su hijo(a) sea incluido en el uso de Tecnología de Información Google Apps para la Educación y iPads.

Uso del Estudiante de la Tecnología de información
La ley 524 contiene información referente al uso del estudiante de la Tecnología de Información. Los estudiantes pueden accesar Internet desde cualquier salón de clases. Los estudiantes también tienen acceso a aplicaciones de Google para la educación. Los estudiantes deben seguir los lineamientos del uso aceptable del Internet y del Código de Ética del Estudiante Utilizando los Medios Sociales. Si los padres (o estudiantes mayores de 18 años) **NO** desean que las siguientes tecnologías sean utilizadas, esta forma debe de ser completada y enviada a las Oficinas de Tecnología de Información del Distrito escolar 719 de, 4540 Tower St. SE, Prior Lake, MN 55372 o smoore@priorlake-savage.k12.mn.us **ANTES DEL 1º DE OCTUBRE DE CADA AÑO ESCOLAR**

☐ **No autorizo** a que mi hijo tenga acceso a Internet durante el día escolar y solicito actividades alternativas educacionales que no requieran acceso al Internet.

☐ **No autorizo** a que mi hijo tenga acceso a aplicaciones de Google para la educación, incluyendo Chromebooks.

☐ **No autorizo** a que mi hijo tenga acceso a un iPad o a una tableta proporcionada por la escuela.

Nombre del Estudiante
(escrito por favor)_____Escuela_____Grado_____

Firma del Padre/Tutor (estudiante si es mayor de 18 años)

_____

Escriba el nombre del Padre/Tutor (estudiante si es mayor de 18 años)

_____

Si usted seleccionó alguno de los recuadros anteriores, esta forma debe de ser entregada antes de Octubre 1 de cada año escolar en:
ISD 719 District Services Center, the Office of Information Technology
4540 Tower Street SE, Prior Lake, MN 55372
- o–
smoore@priorlake-savage.k12.mn.us (contactar para preguntas)

Si usted decidió dejar los recuadros en blanco, usted está autorizando que su estudiante sea incluido en el uso de Tecnología de Información, Google Apps para la Educación y iPads.

RECHAZO A LA PUBLICACIÓN DE LA INFORMACIÓN DE DIRECTORIO

Prior Lake-Savage Area Schools

De acuerdo con la ley federal y las leyes estatales, el Consejo Escolar ha definido como Información de Directorio la siguiente lista.

La siguiente Información de directorio será publicada a todos los estudiantes A MENOS de que el recuadro de abajo sea seleccionado para rechazar esta publicación.

La información de directorio incluye:

- Nombre y dirección del estudiante.
- Lista de números telefónicos
- Lugar y fecha de nacimiento
- Participación en actividades reconocidas oficialmente y deportes
- Peso y estatura de los miembros de los equipos atléticos
- Fechas de asistencia
- Nivel de grado
- Diplomas o reconocimientos obtenidos.
- Agencias o instituciones educacionales a las que asistió previamente
- Fotografías para publicaciones aprobadas por la escuela, boletines informativos electrónicos, cable, TV o periódicos.

- Fotografías de estudiantes, video y arte en las páginas de la red incluyendo los sitios de los medios sociales del distrito y la escuela.
- Nombres y fotografías de estudiantes participando o asistiendo en actividades extracurriculares, y actividades o eventos de la Liga de la Preparatoria.

☐ **RECHAZO LA PUBLICACIÓN DE LA INFORMACIÓN DE DIRECTORIO**

Entiendo que al rechazar la publicación de la información anterior, el nombre del estudiante afectado no aparecerá en algunas listas como en los cuadros de honor, programas atléticos, anuarios y directorios de graduación.

Firma _____ Dirección _____

Nombre del Padre _____ _____

(Apellido) (Nombre)

Fecha _____

Estudiante Afectado (nombre escrito) _____

Dirección _____

Escuela a la que asiste actualmente _____

La designación de la Información de Directorio de un estudiante como privada será efectiva por un año o hasta que sea modificada por una indicación por escrito del padre/tutor del estudiante o del estudiante elegible lo que ocurra primero.

Entregue la copia complete y firmada a Chelsea Casebolt en la oficina de Comunicaciones, en District Services Center, 4540 Tower Street SE, Prior Lake, MN 55372 or ccasebolt@priorlake-savage.k12.mn.us

Prior Lake Savage Area Schools (PLSAS)
Dear Parent/Guardian:

Good nutrition and physical activity are essential for lifelong health and wellness. That is why PLSAS Child Nutrition Services, LakerMarketplace, provides healthful foods to our students to help them reach their full academic potential. We are committed to serving nutritious, homemade, whole foods while decreasing the amount of artificial preservatives and eliminating those ingredients that don't align with our philosophy. For menu information and pricing, please visit our website at http://priorlake-savage.nutrislice.com.

Your children may qualify for free or reduced price school meals. To apply complete the Free/Reduced Meal Program Application for Educational Benefits located on the District Website after July 1, 2018 for the 2018/2019 school year.

A new application **must** be submitted at the start of every school year.

Please return your completed Application for Educational Benefits to:

4540 Towers Street SE, Prior Lake, MN 55372
Attn: Child Nutrition Services

If no application has been submitted for the new school year, meals eaten will be charged to the student's lunch account and parents are responsible for payment of these accrued charges.

State funds help to pay for reduced-price school meals, so all students who are approved for either free or reduced-price school meals will receive school meals at no charge. State funds also help to pay for breakfasts for kindergarten students, so all participating kindergarten students receive breakfasts at no charge.