



2015 E. 72nd
Kansas City, MO 64132
Phone (816) 621-7100 Fax (816) 621-7101

El estudiante necesita tener 5 años de edad antes del **1 de octubre** para ser elegible para el Kínder.

PATHWAY ACADEMY 2016-2017

Paquete de Inscripción

Saludos a los nuevos Padres de Pathway Academy:

Gracias por su interés en inscribir a su estudiante(s) para el año escolar 2016-2017 de Pathway Academy. Nosotros reconocemos que usted tiene muchas opciones para la educación de su hijo y es un honor que usted nos haya elegido. Adjunta está la Solicitud de Inscripción 2016-2017. Una vez que haya llenado la solicitud por completo, por favor, devuelva el paquete con los documentos requeridos a la oficina central. **Solo padres o tutores legales pueden inscribir estudiantes.** Si usted es un tutor legal, necesitamos una copia de los documentos legales afirmando su tutela.

Se requieren los siguientes documentos antes de que la inscripción de su niño sea completa:

- El paquete de inscripción de Pathway Academy 2016-2017 completo
- El registro Actual de Vacunas del niño (todas las vacunas serán verificadas antes de la inscripción)
- El registro Actual de Disciplina o una carta que diga que no hay un registro de disciplina
- Copia de IEP (solamente para estudiantes de educación especial) y/o el plan 504
- Prueba de tutela legal (si es aplicable)
- **Dos Comprobantes de domicilio** dentro de los límites del Distrito Escolar de Kansas City, Missouri

UNO DE ESTOS

Y

UNO DE ESTOS

Cuenta de Gas o	Licencia o Identificación del Estado o
Cuenta del Agua o	Estado de Cuenta Bancario o
Cuenta de Electricidad o	Talón de Cheque o
El acuerdo de Renta (firmado por ambas partes) o	Cuenta de Teléfono (línea de su casa)
Contrato de Bienes Raíces (firmado por ambas partes)	

Los comprobantes de domicilio deben ser actuales (dentro de los últimos 30 días), y no pueden indicar “Aviso Final” o “aviso de desconexión”. TV por cable o cuentas de teléfono celular no son comprobantes aceptables.

TENGA EN CUENTA:

La aceptación a Pathway Academy está pendiente a la recepción de registros del estudiante de la escuela anterior.

Pathway Academy

Formulario de Inscripción de Estudiantes



Información del Estudiante (en letra de imprenta)

Fecha: _____ Género: Masculino Femenino Grado: _____

Nombre Legal del Estudiante: _____

Dirección de Correo: _____ Ciudad: Kansas City Estado: MO Código: _____

Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ Número de Seguro Social: _____ - ____ - _____

Es este estudiante Hispano/Latino (marque uno)? No Si (Una Persona de origen o cultura Cubana, Mexicana, Puertorriqueña, Sur o America Central, o otra cultura Española, a pesar de cualquier raza seleccionada a continuación)

Raza (marque todas las que aplican): Negro o Americano Africano Blanco Indio Americano Nativo de Alaska
 Asiático Nativo de Hawaii u otras Islas del Pacifico

Información del Padre Primario/Tutor legal (por favor, indique la dirección de residencia)

Nombre(s) de persona(s) con quien el estudiante está viviendo: Ambos Padres Madre Padre
 Tutor Legal Madre/Padraastro Padre/Madrastra Otro _____
Documentación judicial necesaria con esta selección

Tiene el niño uno de los siguientes: Plan de Educación Individual (IEP) 504

Ha sido el niño retenido? No Si En caso afirmativo, que grado? _____

Nombre #1: _____
Apellido Nombre Relación

Dirección de Correo: _____
(si es distinta del anterior) Calle Ciudad Estado Código

Números de Teléfono: _____
Casa Trabajo Celular

Dirección de E-mail: _____

Nombre #2: _____
Apellido Nombre Relación

Dirección de Correo: _____
(si es distinta del anterior) Calle Ciudad Estado Código

Números de Teléfono: _____
Casa Trabajo Celular

Dirección de E-mail: _____

Información de Hermanos (as)

Hay hermanos (as) planeando aplicar a Pathway Academy? Si No

Por favor, liste los nombres y grados si están planeando atender o si atienden:

Nombre del hermano(a): _____ Aplicando Atendiendo Grado _____

Nombre del hermano(a): _____ Aplicando Atendiendo Grado _____

La información proporcionada en este formulario es verdadera y exacta. Entiendo que cualquier información falsa o el uso de cualquier medio fraudulento, para lograr una inscripción será causa de la revocación de la inscripción del estudiante a Pathway Academy y podría ser acusado de una violación de la Ley de Missouri.

Firma del Padre/Tutor Legal: _____ Fecha: _____

Pathway Academy

La Afirmación de Residencia y la Tutela



La legislación de Missouri proporciona que en orden que un alumno se registre en Pathway Academy, el padre o tutor legal del estudiante, o el estudiante mismo proveerá al tiempo de registración prueba de Domicilio en el Distrito. Prueba de Domicilio, como está definida bajo la legislación, significa que la persona vive físicamente dentro del Distrito y tiene la intención de seguir en el mismo. Aún más, los estatutos de Missouri proporcionan que el domicilio de un niño será el domicilio de un padre o tutor legal o designado por la corte judicial.

Es usted un residente del Distrito Escolar de Kansas City Missouri? Si No

Nota: Si el estudiante y/o el padre falsifica su información legal de domicilio o de la inscripción, el estudiante será retirado inmediatamente de la escuela y quizá tenga que pagar por su enseñanza de acuerdo a las leyes del Consejo.

Yo _____ (padre/madre) soy el padre natural/adoptivo, tutor legal, o otra persona que tiene la custodia legal o estoy a cargo de _____ (estudiante), un estudiante que desea ser inscrito en Pathway Academy, y yo soy autorizado legalmente de tomar decisiones en su educación. Yo certifico que estas declaraciones son verdaderas.

Prueba de tutoría o custodia legal, si es distinto de los padres: _____

Mi hijo no esta actualmente suspendido o expulsado de ningún distrito escolar que el/ella ha asistido. Entiendo que es una ofensa criminal (delito menos de clase B – Sección 167.023 RSMO) el dar información falsa sobre sus registros de disciplina y las acciones tomadas contra el/ella. Yo entiendo también que si el/ella es admitido a la escuela con la información proveída, yo puedo ser obligado a pagar a la escuela por los gastos en la educación de mi hijo (Sección 167.020 RSMO). Por la presente juro o afirmo que toda la información que he proporcionado en este documento es verdadera, exacta y completa a mi mejor conocimiento.

Nombre del Padre/Tutor (en letra imprenta): _____

Firma del Padre/Tutor: _____ Fecha: _____

Pathway Academy

Información de Contacto de Emergencia



Nombre del Estudiante: _____ Fecha: _____

Nombre del Padre/Tutor: _____

Dirección: _____

Kansas City, MO Código Postal: _____ Grado: _____

Teléfono de la Casa: _____ Celular: _____ Trabajo: _____

E-mail del Padre/Tutor: _____

Las siguientes personas son autorizadas a recoger a mi hijo(a): (ID debe ser presentada antes de liberar al estudiante.)

Las personas siguientes están autorizadas a recoger a mi niña(o) y pueden ser usadas en caso de emergencia si el padre o guardián no puede ser localizado:
(IDENTIFICACION debe ser presentada antes de recoger al estudiante)

Nombre	Relación	1 ^{er} Numero Telefónico	2 ^o Numero Telefónico
1.		<input type="checkbox"/> Cell <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo	<input type="checkbox"/> Cell <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo
2.		<input type="checkbox"/> Cell <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo	<input type="checkbox"/> Cell <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo
3.		<input type="checkbox"/> Cell <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo	<input type="checkbox"/> Cell <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo
4.		<input type="checkbox"/> Cell <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo	<input type="checkbox"/> Cell <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo
5.		<input type="checkbox"/> Cell <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo	<input type="checkbox"/> Cell <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo
6.		<input type="checkbox"/> Cell <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo	<input type="checkbox"/> Cell <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo

Después de la escuela, mi hija(o) va a ir:

en el autobús
 recogido
 Boys & Girls Club

EN CASO DE EMERGENCIA EXTREMA: Si su niño(a) debe llegara a ser gravemente enfermo o herido en la escuela y el padre o el médico no pueden ser localizados dentro de un plazo de tiempo razonable, podemos tener su permiso para tomar medidas apropiadas para ver que el niño(a) reciba atención hospitalaria de urgencia? SI NO

Firma del Padre/Tutor: _____

Pathway Academy

Solicitud de Transporte del Autobús



NO NECESITO transportación para mi estudiante.

Fecha _____

Nombre del estudiante _____

Grado _____

Nombre del Padre/Guardián _____

SI Necesito transportación para mi estudiante.

Fecha _____

Nombre del estudiante _____

Grado _____

Nombre del Padre/Guardián _____

Dirección de TRANSPORTACION _____

La dirección de arriba es de un Centro de Cuidado.

Kansas City, MO Zip 64 _____

PORFAVOR MARQUE UNO ABAJO:

Mi estudiante solo necesita transportación **A LA** escuela en las mañanas.

Mi estudiante solo necesita transportación **DE** la escuela en las tardes.

Mi estudiante necesita transportación **A LA** y **DE** la escuela en las mañanas y tardes.

Cell _____

Trabajo _____

Casa _____

Comentarios: _____



Pathway Academy

Solicitud de Liberación de los Registros Confidenciales del Estudiante.



Información del Estudiante (para completar por el Padre/Tutor)

Nombre del estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____

Información de la Agencia (para completar por el Padre/Tutor)

Para los propósitos de la inscripción, el padre o tutor ha autorizado la liberación y el envío/fax de cualquier registro mantenido por la escuela de este estudiante.

Nombre de la Escuela o Agencia: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código: _____

Descripción de la Información a ser Liberada

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Registros Acumulados Permanente de la Escuela | <input type="checkbox"/> Reportes Sicológicos / Formas de Conserjería |
| <input type="checkbox"/> Registros de Vacunas | <input type="checkbox"/> Resultados de Evaluación |
| <input type="checkbox"/> Certificado de Nacimiento | <input type="checkbox"/> 504 Plan |
| <input type="checkbox"/> Registros de Comportamiento/Disciplina | |
| <input type="checkbox"/> Registros de Educación Especial (incluyendo): IEP Actual y
Resumen de diagnósticos actuales, incluyendo el permiso para la colocación | |

NOTA: Bajo la ley, el padre natural, el tutor legal o el padre de crianza pueden autorizar el permiso para liberar los registros. Si usted no es el padre/tutor, por favor, provea el nombre y dirección de la persona que tiene autorización legal para firmar esta liberación.

Nombre del Padre/Tutor: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código: _____

Firma del Padre/Tutor: _____

Según la Sección 167.020(7) y 167.022 RSMo. El funcionario escolar que matricule al estudiante, incluyendo estudiante de educación especial, deberá pedir los registros del estudiante de todas las escuelas, instituciones, o agencias estatales (Depto. de Servicios Sociales, Depto. De salud Mental, DESE y todas sus subdivisiones), y entidades involucradas en el alojamiento del estudiante los últimos 24 meses. Registros de estudiantes desamparados, según la Sección 167.022 RSMo. Deberán ser pedidos de todas las escuelas a las que el estudiante haya asistido en los últimos 24 meses.

Por favor, envíe los expedientes solicitados a:

**Pathway Academy
2015 East 72nd Street
Kansas City, MO 64132
Teléfono: (816) 621-7100 • Fax: (816) 621-7101**

Pathway Academy

Formulario de Información de Servicio al Estudiante



Pathway Academy se a comprometido a proporcionar educación de calidad a todos nuestros estudiantes, incluyendo aquellos con necesidades especiales. Necesitamos de su ayuda, así que por favor complete esta página con atención.

Por favor, Marque SI o NO según sea el caso:	Si	No
¿Estuvo su hijo(a) involucrado con los servicios de intervención temprana (nacimiento hasta los 3)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha sido su niño(a) examinado para educación especial?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Si este es el caso, que escuela/facilidad lo examino? _____		
¿Calificó su hijo(a) para servicios de educación especial?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Califica el/ella actualmente? Si este es el caso, <i>por favor complete la sección 2 de esta forma.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Toma su niño(a) medicamentos por alguna razón médica (ADHD, Diabetes, etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si este es el caso, ¿Qué medicamentos toma el/ella? _____		
¿Usa lentes su niño(a)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Usa su niño(a) un audífono?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Por favor, complete esta sección solamente si su niño(a) tiene un IEP o un Plan 504 actualmente:

¿Qué tipo de plan tiene su niño(a)? IEP Plan 504

Si su niño(a) tiene uno de estos, usted debe someter una copia a Pathway Academy INMEDIATAMENTE.

Diagnostico (Marque según sea el caso):

Discapacidad de aprendizaje en **Lectura** **Matemáticas** **Expresión Escrita**

<input type="checkbox"/> Retardación Mental	<input type="checkbox"/> Lesión Cerebral Traumática	<input type="checkbox"/> Otra Discapacidad
<input type="checkbox"/> Perturbación Emocional/Comportamiento	<input type="checkbox"/> Discapacidad de Lenguaje/Habla	<input type="checkbox"/> Discapacidad Visual
<input type="checkbox"/> Discapacidad Auditiva	<input type="checkbox"/> Discapacidad Ortopédica (Física)	<input type="checkbox"/> Retraso del Desarrollo
<input type="checkbox"/> Otro _____		

Por favor, indique cuales de los servicios su niño(a) ha recibido por medio de IEP o el Plan 504.

(Marque según sea el caso)

<input type="checkbox"/> Lenguaje y Habla	<input type="checkbox"/> Sala de Recursos	<input type="checkbox"/> Servicios de Inclusión
<input type="checkbox"/> Terapia Ocupacional	<input type="checkbox"/> Autónomo de clase	<input type="checkbox"/> Orientación
<input type="checkbox"/> Terapia Física	<input type="checkbox"/> Educación Física Adaptada	<input type="checkbox"/> Discapacidad Visual
<input type="checkbox"/> Sordos o Duros de Oído	Otro _____	

Su firma indica que toda la información en esta forma esta correcta.

Por favor; firme a continuación para indicar que usted ha proporcionado información completa y exacta.

Nombre del Estudiante: _____

Grado: _____

Firma del Padre/Tutor: _____

Fecha: _____

Pathway Academy

Encuesta de Idiomas Hablados en la Casa.



Pathway Academy tiene un programa para estudiantes que están desarrollando su capacidad de comunicación en inglés. Para proporcionar a su niño(a) con la mejor educación posible, necesitamos determinar cuan bien el o ella comprenden, hablan, leen y escriben Inglés. Los resultados de la siguiente encuesta serán usados para ayudarnos a planificar las clases escolares, etc. para ayudar a los estudiantes que no hablan inglés o que hablan otro idioma además de inglés. Le agradecemos por su contribución contestando las siguientes preguntas.

POR FAVOR LLENE EL FORMULARIO COMPLETAMENTE

Nombre del Estudiante: _____ Grado: _____

Fecha de Nacimiento: _____ País de Nacimiento: _____

Fecha de entrada a USA: _____

Nombre del Padre/Tutor: _____ Número de Teléfono: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

¿Cuál es el primer idioma del estudiante? _____

¿Cuál es el idioma usado en casa? _____

¿Cuántos años ha asistido a una escuela en USA su niño(a)? _____

En su opinión, ¿cual es el nivel de conocimiento de ingles escrito, leído y hablado . (Marque según sea el caso)

	Muy Bien	Solo un Poco	Nada
Entiende inglés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Habla inglés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lee inglés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Escribe inglés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nombre de la persona completando la encuesta: _____

Relación al estudiante: _____

Fecha: _____

For office use only: Potential ELL English Proficient

Pathway Academy

Forma de Liberación de Fotos.



El programa de Pathway Academy es un sistema de educación que trabaja en conjunto con los profesores, estudiantes, padres de familia y la comunidad. Fotografías pueden ser tomadas cuando los estudiantes estén participando en cualquier actividad. Nuestra meta es educar a otros sobre nuestro programa e invitarlos a que participen en nuestra escuela. Posiblemente nos comunicaremos con usted por escrito, por medio de panfletos, periódicos, noticias o Internet. Las fotos dicen más que las palabras y son muy efectivas promocionando el tipo de actividades en las que están envueltos los estudiantes. Al mismo tiempo sirven para informar al público sobre el tipo de actividades en las que los estudiantes participan en Pathway Academy.

Les pedimos autorización para usar las fotos en las que su niño podría aparecer cuando este participando en las actividades en Pathway Academy.

Yo doy mi permiso para que Pathway Academy o cualquier otra persona designada por Pathway Academy use la foto de mi niño para propósitos informativos de la educación.

Yo no doy mi permiso para que Pathway Academy o cualquier otra persona designada por Pathway Academy use la foto de mi niño para propósitos informativos de la educación.

Nombre del Estudiante: _____

Grado: _____

Nombre del Padre (letra imprenta): _____

Firma del Padre: _____

Fecha: _____



Pathway Academy

Información de Emergencia de Salud



Nombre Legal de Estudiante: _____
Nombre Apellido

Genero: Masculino Femenino Grado: _____ Fecha de Nacimiento: ____ - ____ - ____

Nombre del Padre/Tutor: _____ # en el Día: _____ Celular: _____

NOTA: Empezando Julio 1, 2008, todos los niños(as) que se inscriban en Kínder o Primer Grado en una escuela en Missouri deberá hacerse un examen de la vista con un optometrista o médico.

Información de Salud (letra imprenta por favor)	
Nombre del médico:	Numero de teléfono del médico:
Fecha de su Ultima visita:	Hospital de preferencia:
Nombre del Dentista:	Numero de teléfono del Dentista:
Fecha de su Ultima visita:	

¿Toma su niño(a) medicamentos diariamente? No Si Razón por el medicamento: _____

Antes de que cualquier medicamento pueda ser administrado en la escuela, una forma de autorización, proveída por la enfermera, debe ser llenada por un padre/tutor o un médico y debe estar en archivo.

Enliste todas las alergias que su niño(a) tiene y pueda causar un problema en la escuela:

¿Tiene alguna preocupación sobre su niño(a) en alguna de las siguientes?:

Visión: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Oído: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Habla: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Conducta: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Capacidad de Atención: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Habilidad de Aprendizaje: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Desarrollo Emocional: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Desarrollo Físico: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
---	--

¿Ha tenido su niño(a) o tiene una de las siguientes? Si ese es el caso, por favor poner la edad o una fecha.

ADD/ADHD _____	Ansiedad/Ataque de Pánico _____	Asma _____
Desorden de Sangre (Célula Falciforme) _____	Problema Intestinal _____	Parálisis Cerebral _____
Diabetes _____	Condición del Corazón _____	Renal/Urinaria _____
Desorden Muscular _____	Preocupación Neurológica _____	Problema Ortopédico _____
Epilepsia _____	Cáncer _____	Desorden de la Piel _____
Desorden de la Oreja, Nariz o Garganta _____	Trastorno Ginecológico _____	Desorden del Oído _____
Alta Presión Arterial _____	Migrañas/Dolores de Cabeza _____	Sugerías _____

Problemas adicionales de salud o comentarios que usted desee compartir con la enfermera de la escuela, consejero o el profesor de su niño que puedan afectar a su niño en la escuela:

Si su niño tiene una condición médica grave, es importante que usted comparta la información con la enfermera de la escuela y el profesor inmediatamente. Es vital que usted nos comunique cualquier condición que pueda poner en peligro la vida de su niño. (por ejemplo, asma, diabetes, alergias contra nueces/insectos).

Para poder proporcionar un medio ambiente saludable y seguro para su niño, esta información de salud estará al alcance de las siguientes personas: Enfermera de la escuela, profesor de su niño, gerente de la oficina, director de los servicios estudiantiles, personal responsable por el cuarto de salud y el personal médico.

En caso de una enfermedad seria o una lesión severa mientras en los perímetros de Pathway Academy, entiendo que la escuela tratará de contactar al padre o tutor, y después a los otros contactos de la lista anteriormente dada. Si ninguno de estos contactos está disponibles, la escuela hará los arreglos que considere necesarios para el bienestar de mi niño.

Firma del Padre/Tutor: _____ Fecha: _____

Pathway Academy

Póliza Sobre Remedios Sin Receta Médica



Nombre del Estudiante: _____
Nombre Apellido

Genero: Masculino Femenino Grado: _____ Fecha de Nacimiento: ____ - ____ - ____

Remedios sin receta médica (OTC) se administraran a su niño(a) solo para ayudarlo a permanecer en la escuela y sentirse bien. Por ejemplo, estos remedios se usarían para dolor de muela, dolor de cabeza, o algún dolor derivado de algún accidente reciente. Posiblemente lo contactaremos para el cuidado posterior de su niño(a). Si su niño(a) tiene fiebre (100.0 F o mas), será enviado a la casa y no podrá regresar a la escuela hasta que no tenga fiebre por 24 horas sin remedios.

Los siguientes remedios sin receta médica son los que siempre hay en la oficina de la enfermera. El personal de la escuela deberá tener el permiso de los padres para darles el remedio a los niños. Si los padres envían sus propios remedios sin receta, deberán llenar el formulario "autorización para medicamentos", este formulario lo proporcionara la enfermera.

La enfermera de la escuela o personal asignado administrara los remedios de la siguiente lista de acuerdo a la necesidad del estudiante:

- | | |
|---|--|
| Acetaminophen (como Tylenol) | Antiacidos (como Tums) |
| Ibuprofen (como Motrin o Advil) | Decongestionante nasal (como Sudafed PE) |
| Pastillas para la garganta/tos | Remedio contra alergias (como Benadryl) |
| Lociones, cremas o ungüentos (como Calamine, Cortaid o Neosporin) | Visina AC para los ojos |

Esta sección debe ser completada para cualquier otro OTC (enviada por los padres) para poder darlo en la escuela.

Condición medica por la cual se requiere el remedio:	Nombre del remedio: _____ Dosis: _____ Veces que se administrara? _____
Modo de administración de remedio: <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Inhalar <input type="checkbox"/> Inyección <input type="checkbox"/> Dermal <input type="checkbox"/> Otra _____	Horario de administración de medicamento: _____ a.m. _____ p.m.
Remedio se administrara durante las siguientes fechas: Comenzar: _____ Terminar: _____	Algún efecto secundario? _____

Por la presente doy autorización a la enfermera de la escuela o personal asignado a administrar remedios de la lista mencionada en este formulario. Entiendo que ningún miembro de la escuela que administre el remedio en dosis apropiadas será responsable por algún efecto secundario que este cause al estudiante.

O

Yo **NO** quiero que **NINGUN** remedio se le administre a mi niño en la escuela

Yo **NO** quiero que administren ninguno de los siguientes remedios a mi niño en la escuela:

1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

Nombre del Padre/Tutor (escriba en imprenta): _____

Firma del Padre/Tutor: _____

Fecha: _____

Pathway Academy

Autorización de Medicación Prescrita.



La póliza de Pathway Academy sobre administración de remedios con receta requiere la autorización por escrito del padre/tutor legal antes de administrar algún remedio con o sin receta en la escuela. Por favor, si es posible programe el horario para la administración de los remedios fuera de las horas de la escuela.

Nombre del Estudiante: _____
Nombre Apellido

Genero: Masculino Femenino Grado: _____ Fecha de Nacimiento: ____ - ____ - _____

Recomendamos que programe el horario para la administración de los remedios fuera de las horas de la escuela. Entendemos que el doctor ordene la administración de los remedios en horas de escuela. **Si es así, todos los remedios con prescripción deberán tener una autorización por escrito de un doctor certificado. Ningún remedio será administrado en la escuela a menos que se obedezcan las siguientes indicaciones:**

1. Las órdenes escritas de un médico autorizado para prescribir y el permiso de escritura del padre/tutor se deben proporcionar para que cualquier medicamento recetado sea dada en la escuela. La información incluirá el nombre del estudiante, nombre del medicamento, dosificación, ruta de administración, y el horario que debe ser dada. (El médico puede utilizar su papel con membrete de la oficina o esta forma).
2. Todos los medicamentos con receta deben tener la etiqueta fijada por el farmacéutico/medico y debe incluir en el envase: en nombre del niño, del medico y la dosis.
3. Cualquier cambio en el horario o la dosis debe ser acompañado con una nota escrita del medico.
4. Es la responsabilidad del estudiante de venir a la clínica para tener asistencia en tomar su medicamento.
5. El medicamento será guardado en un gabinete con seguro o en un refrigerador si es necesario.
6. La medicina nunca debe ser enviada con estudiantes. Un padre/tutor debe entregar todas las medicinas a la enfermera de la escuela. Las medicinas deben ser recogidas cuando la enfermedad es concluida o a fines del año escolar. Las medicinas no recogidas dentro de 30 días después del final de la administración planificada será destruido.

Esta sección tiene que ser llenada por su doctor por cada REMEDIO CON RECETA MEDICA que se administrarán en la escuela

Condición Médica por la cual le dieron una receta:	Remedio: _____ Dosis: _____ Frecuencia: _____ Duración: _____
Método de administración del Remedio: <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Inhalación <input type="checkbox"/> Inyección <input type="checkbox"/> Dérmico <input type="checkbox"/> Otro _____	A que hora se deberá administrar el remedio _____ A.m. _____ P.m.
Hasta cuando se continuara la administración del remedio según las indicaciones:(por favor sea muy especifica en cuanto a la fecha)	Alguna precaución o contraindicación que debamos informar al personal de la escuela?
Efectos secundarios que puedan presentarse?	Que hacer en caso de algún efecto secundario?

Mi niño(a) NO TOMA medicamentos recetados.

Nombre del Padre/Tutor (letra imprenta): _____

Firma del Padre/Tutor: _____ Fecha: _____

Pathway Academy

Examen de Visión (SOLO para Kinder o Primer grado)



Solo para inscripción de estudiantes de Kinder y Primer grado:

Nos gustaría expresar nuestro agradecimiento por haber elegido a Pathway Academy para ayudarlo en la educación de su hijo. Es nuestro deseo de darle a conocer todas las leyes estatales pertenecientes a su estudiante.

El estado de Missouri aprobó una ley que todos los estudiantes que sean inscritos en **Kinder** o **Primer grado** reciban un examen de la vista el cual debe de ser realizado por un optometrista con licencia o por un médico. Los padres pueden optar por no participar de esta presentando una solicitud por escrito a la escuela. El examen se debe entregar a más tardar el 1 de enero, 2017. **(Tenga en cuenta que este es un examen fuera de sitio que no debe confundirse con el examen de la vista dada por la escuela a todos los estudiantes de 1ro y 3er grado).**

Si decide optar para que no se lo hagan, por favor complete la siguiente sección:

POR FAVOR ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE

Opto porque no se le realice a mi hijo(a) el examen de la vista por un optometrista con licencia del estado o por un médico.

Nombre del estudiante: _____ Grado: Kinder 1er Grado

Nombre del estudiante: _____ Grado: Kinder 1er Grado

Nombre del estudiante: _____ Grado: Kinder 1er Grado

Nombre del estudiante: _____ Grado: Kinder 1er Grado

Nombre de Padre/Madre: _____

Firma: _____

Fecha: _____

Pathway Academy

Información “Federal HEARTH Act Residency”

(También conocido como “McKinney-Vento Act”)



Con el fin de cumplir con la ley federal, Pathway Academy necesita la siguiente información de su familia. Debemos recopilar estos datos para asegurar que las familias que califican como *sin hogar* (según se definen en la ley “HEARTH Act - AKA McKinney-Vento Act”) Se encuentran a recibir cualquier apoyo adicional que pueda ser necesaria, ya que les es garantizada en virtud de “No Child Left Behind”, para garantizar a niños y jóvenes una educación igual a lo que recibirían si no fueran sin hogar.

Si su respuesta es si a cualquiera de estas preguntas, un representante de Pathway se pondrá en contacto con usted para revisar su elegibilidad, y si reúne los requisitos, le informaremos de sus derechos bajo la ley federal y de los recursos “McKinney –Vento” disponibles. Si usted tiene alguna pregunta sobre el contenido de esta forma, puede llamar al (816) 621-7100.

POR FAVOR LLENE ESTE FORMULARIO POR COMPLETO

Nombre del Estudiante: _____

Nombre del Padre/Madre: _____

Número de Contacto: _____

1. ¿Está usted actualmente residiendo en alguno de los siguientes debido a que su casa ha sido dañada o debido a dificultades económicas? (Marque todos los que apliquen)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Hotel o Motel | <input type="checkbox"/> Refugio de emergencia |
| <input type="checkbox"/> Auto | <input type="checkbox"/> Refugio o vivienda temporal |
| <input type="checkbox"/> Campamento | <input type="checkbox"/> Edificio abandonado |
| <input type="checkbox"/> Otro lugar público, estación de autobuses
Parques públicos, etc. | <input type="checkbox"/> Ninguno de los anteriores |

2. ¿Está usted actualmente compartiendo la vivienda con otras personas (con otra familia) debido a la pérdida de vivienda, problemas económicos o una razón similar? No Si, Por favor explique: _____

3. ¿Se ha mudado en los últimos 3 años para buscar u obtener un empleo agrícola temporal o estacional para proveer el sustento para su familia? No Si, Véase la pregunta 4

4. Si contestó si en la pregunta número 3, ¿Pertenece el trabajo agrícola a alguna de las categorías siguientes?

- La siembra o cosecha de los cultivos
- La alimentación de las aves de corral, acumulación de huevos, trabajando en una incubadora
- Procesamiento de carne, pollo, frutas o verduras, productos lácteos
- La pesca comercial o trabajando en una granja de peces
- Ninguna de las anteriores

Yo, _____, confirmo que la información que he proveído es verdadera y a lo mejor de mi conocimiento.

Firma de Padre/Guardián: _____ Fecha: _____

Pathway Academy

Póliza de Uso Aceptable de Tecnología



El acceso a las computadoras, red, Internet, correo electrónico y otros servicios de la tecnología es un privilegio, no un derecho. Con este privilegio, también es una responsabilidad de utilizar estas tecnologías de forma segura a efectos de educación y no con el acceso o para compartir materiales inapropiados o no autorizados. Aunque los recursos de la tecnología son vitales herramientas de instrucción para nuestros estudiantes, abuso por parte de cualquier persona no se tolerará.

1. En cumplimiento con el Acta de Protección de Niños (CIPA), Pathway Academy utiliza el software de filtrado para restringir el acceso a recuperar o transmitir cualquier imagen visual pornográfica, obscena, niño, o "perjudicial para menores", tal como se define en el CIPA. Sin embargo, no filtrado o bloqueo del dispositivo es infalible. Los estudiantes están obligados a notificar a un maestro o al director si se encuentran materiales que violen estas pautas. Deshabilitar o de eludir o tratar de desactivar o eludir el software de filtrado está prohibido.
2. Todo uso de la red, Internet y servicios de correo electrónico deben ser en apoyo de la educación y la investigación. La transmisión o reproducción de cualquier material en violación de cualquier ley federal o estatal o reglamentarias, esté prohibida, lo que incluye, pero no limitado a, material con derechos de autor (por ejemplo, películas, vídeos, música y vídeo gramas), material amenazante u obsceno, o material protegido por secreto comercial. El acceso a los sistemas informáticos y redes de propiedad u operados por Pathway Academy, impone ciertas responsabilidades y la obligación de los usuarios y está sujeto al Código de Conducta y locales, estatales y federales.
3. El uso aceptable siempre es ético, refleja la honestidad, y demuestra la moderación en el consumo de recursos compartidos. Demuestra respeto por la propiedad intelectual, propiedad de la información, los mecanismos del sistema de seguridad y los derechos del individuo a la intimidad y la libertad frente a la intimidación, el acoso y molestias injustificadas. La política de la escuela con respecto a las novatadas y acoso, incluyendo intimidación cibernética se aplican estrictamente.
4. Los estudiantes no pueden utilizar ni acceder a sitios web de redes sociales como Facebook, Instagram, Twitter, Snap Chat y / o Bebo, o salas de chat de Internet.
5. El uso comercial de los recursos tecnológicos es estrictamente prohibido. Los estudiantes no pueden utilizar el sistema para las actividades políticas o de tratar de impresionar o imponer puntos de vista personales sobre los demás.
6. Los estudiantes pueden utilizar los recursos de la tecnología sólo con fines educativos.
7. Los usuarios no están autorizados a descargar o abrir archivos ejecutables no autorizados. Archivos de gran tamaño debe ser descargados durante las horas de menor actividad siempre que sea posible.
8. Los estudiantes no deben publicar o distribuir cartas en cadena o cualquier mensaje transmitido innecesario a un gran número de personas.
9. Los estudiantes no deben publicar información personal sobre ellos mismos u otros, incluyendo cumpleaños, número de seguro social, dirección, números de teléfono u otra información de identificación personal.
10. Los estudiantes informarán rápidamente a un administrador, maestro, empleado de la escuela si reciben un mensaje inadecuado, o los hace sentir incómodos, incluyendo pero no limitado a, las solicitudes para reunirse en persona o solicitudes de información de identificación personal.
11. Los estudiantes no intentaran a obtener acceso no autorizado al sistema de correo electrónico, las páginas Web de Pathway Academy, o cualquier sistema de propiedad. Esto incluye el intento de registro a través de la cuenta de otra persona, acceder a los archivos de otra persona, e-mail y / o acceso a la red.
12. Los estudiantes no utilizaran el sistema de Pathway Academy para cualquier otro acto ilegal, tales como arreglos para la venta de drogas o la compra de alcohol, participar en actividades de pandillas criminales, que amenazan la seguridad de otra persona, o cualquier otra actividad que viole las políticas o procedimientos de Pathway



Academy. La referencia a tales actividades, si pretende ser una broma o de lo contrario, serán tratados como una amenaza, y procesados en consecuencia.

13. Los estudiantes no compartirán información de su cuenta (identificación de usuario y / o contraseña) o intentaran acceder a la cuenta de otro usuario. Cualquier intercambio de ID de usuario o contraseña dará lugar a la restricción o la eliminación inmediata de los privilegios de la cuenta.
14. Los estudiantes notificarán de inmediato a un maestro o administrador si se ha identificado un posible problema de seguridad.
15. Los estudiantes no interrumpirán la función del sistema informático o destruirán los datos mediante la difusión de virus informáticos o por cualquier otro medio. Estas acciones son ilegales.
16. Los estudiantes no destrozaran o causaran daños a equipos o software de Pathway Academy con intención.
17. Los estudiantes no podrán utilizar los recursos de la tecnología para acceder o enviar material que es profano, obsceno, vulgar, indecente, difamatorio, pornográfico, o que provoca actos ilegales, violencia o discriminación hacia otras personas.
18. Los estudiantes que por error acceden a la información o imágenes inapropiadas de inmediato deben informar esto a un maestro o administrador, para iniciar el procedimiento para que los materiales sean bloqueados.
19. Los estudiantes deben seguir la orientación de los padres acerca de la limitación de acceso a otros tipos de materiales no apropiados.
20. Los estudiantes no publicaran de nuevo o por correo electrónico un mensaje que se les envió privadamente, sin permiso de la persona que envió originalmente el mensaje.
21. Un estudiante no tiene una expectativa jurídica de la intimidad en las comunicaciones electrónicas del estudiante u otras actividades relacionadas con los recursos electrónicos del distrito. El distrito podrá examinar toda la información almacenada en los recursos electrónicos del distrito en cualquier momento. El distrito supervisa el uso de tecnología de los estudiantes. Las comunicaciones electrónicas, todos los datos almacenados en los recursos tecnológicos del distrito, y materiales descargados, incluyendo archivos eliminados de la cuenta de un estudiante, se puede interceptar, acceder o buscado por los administradores de distrito o personas designadas en cualquier momento. Todos los recursos tecnológicos del distrito son propiedad de la escuela.
22. Pathway Academy y sus filiales ofrece ninguna garantía, expresa o implícita, para los servicios de tecnología siempre, y no será responsable por cualquier daño sufrido por cualquier usuario. Esto incluye la pérdida de datos resultado de demoras, no entregas, entregas mal dirigidas, o interrupciones del servicio causadas por negligencia del sistema, errores del usuario, u omisiones. El uso de cualquier información obtenida a través de Internet es bajo el propio riesgo del usuario. Pathway Academy específicamente niega cualquier responsabilidad por la exactitud o la calidad de la información obtenida a través de sus servicios.
23. Yo, el estudiante abajo firmante, entiendo y acepto las condiciones arriba para el uso aceptable de los recursos tecnológicos. También entiendo y estoy de acuerdo que cualquier violación de estas condiciones pueden y van a resultar en acción disciplinaria, hasta e incluyendo la pérdida de los privilegios de la tecnología y el despido. Por otra parte, reconozco que voy a ser responsable con el debido proceso civil o penal por cualquier violación de la ley o los daños a los recursos tecnológicos que resulten de cualquier violación de esta política de uso aceptable.

*Firma del Estudiante _____ Fecha _____

***El estudiante tiene que firmar al principio del año escolar.**

Como el padre o guardián del estudiante-usuario anterior, Yo entiendo las condiciones del uso aceptable de los recursos de tecnología y apoyaré la Póliza de Uso Aceptable de Tecnología. Yo además entiendo que soy responsable por cualquier violación demostrada por el estudiante anterior.

Firma de Padre/Guardián _____ Fecha _____