

**Bienvenido a Dover Middle School
Study Plus 2019-20**

Study Plus Fecha de inicio: martes, el 24 de septiembre

Estimados padres/tutores de Study Plus:

Complete el paquete adjunto y haga que su hijo lo devuelva a la escuela a **más tardar el miércoles, 11 de septiembre de 2018**. Este paquete contiene documentación que es extremadamente importante que hayamos completado y devuelto a la escuela antes del inicio del programa. **Si no tenemos un paquete completo, su hijo no puede quedarse en el programa hasta que se lo entreguen.** Gracias por su cooperación en este asunto.

Programación semanal: Solamente el lunes al jueves

2:30 a 3:30: Académicos y refrigerios

3:30 a 4:30: Se ofrecerán una variedad de actividades organizadas para aquellos que se quedan los 45 minutos adicionales.

Su hijo está inscrito en el Programa de Study Plus, por eso es importante que él/ella esté presente todos los días. Si hay circunstancias (como una cita con un médico), envíe una nota a la escuela con su hijo y la ausencia de Study Plus será justificada. La nota se puede convertir en la oficina. También puede llamar a la oficina para dejar un mensaje a la Sra. Krause o enviar un correo electrónico a krausem@dovertornadoes.com si su hijo no asistirá.

Si tiene alguna pregunta, no dude en llamar a Middle School (330.364.7121) o envíe un correo electrónico a Ms. Krause (krausem@dovertornadoes.com).

Nombre: _____ Homeroom: _____

____ Opción A: 2: 30-3: 30 lunes a jueves ***

____ Opción B: 2: 30-4: 30 lunes a jueves Autobus * ____ Paseo ____ Carro ____
* Encierre en un círculo su mejor parada

Escuela de Dover Ave Escuela de South Escuela de East Escuela secundaria

Estación de bomberos Superior Mobile Homes Ubicación rural

***** NO hay transporte disponible para la opción A**

DOVER CITY SCHOOLS
21ST CENTURY

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN
2019-20

NOMBRE ESTUDIANTIL

PADRE O RESPONSABLE Y SU RELACIÓN

DIRECCION

TELEFONO

CIUDAD/CÓDIGO POSTAL

NUMERO DE SEGURO SOCIAL

FECHA DE NACIMIENTO

ESCUELA

MAESTRO

GRADO

NOMBRE DE MADRE

NOMBRE DE PADRE

DIRECCIÓN DEL TRABAJO DE MADRE

DIRECCIÓN DEL TRABAJO DEI PADRE

TELÉFONO DEL TRABAJO DE MADRE

TELÉFONO DEL TRABAJO DEI PADRE

Califica el estudiante para un almuerzo gratis o un almuerzo con un descuento? SI NO

Tiene el estudiante un Plan Educativo Individualizado (IEP)? SI NO

Tiene el estudiante un talento especial/fortaleza? SI NO

Student Etnicidad: Hispano No-Hispano

Raza del Estudiante: Blanco Afroamericano Asiático Nativo de Hawai/Islas del Pacífico
Indígena/Indígena de Alaska Otro

Comentarios Adicionales:

Internal Use Only

Program Days: M T W Th F Other: _____

Areas Assigned: Math Reading Both

Verified by: _____

Date: _____

DOVER CITY SCHOOLS
21ST CENTURY
AUTORIZACIÓN en caso de una EMERGENCIA MÉDICA
2019-20

NOMBRE ESTUDIANTIL

FECHA DE NACIMIENTO

DIRECCION

NUMERO DE SEGURO SOCIAL

CIUDAD/CÓDIGO POSTAL

ESCUELA

GRADO

MAESTRO

INFORMACIÓN RESIDENCIAL del PADRE/RESPONSABLE

Nombre _____

Teléfono de la casa _____

Relacion _____

Celular _____

Nombre _____

Teléfono de la casa _____

Relacion _____

Celular _____

INFORMACIÓN ADICIONAL en caso de EMERGENCIA

Nombre _____

Teléfono de la casa _____

Relacion _____

Celular _____

Esta persona está autorizada dar un ride a su estudiante? SI NO

Nombre _____

Teléfono de la casa _____

Relacion _____

Celular _____

Esta persona está autorizada dar un ride a su estudiante? SI NO

PERSONAS ADICIONALES AUTORIZADAS A DAR UN RIDE A MI ESTUDIANTE

Nombre _____

Teléfono de la casa _____

Relacion _____

Celular _____

Nombre _____

Teléfono de la casa _____

Relacion _____

Celular _____

LLENE PARTE I O PARTE II
Parte I – Dar Permiso

En el caso que ustedes me han intentado a contactar varias veces sin éxito, Yo doy mi permiso para: (1) la administración de cualquier tratamiento que sea necesario según el Dr.

_____ / _____^o
Dr. _____ / _____ (doctor preferido) (numero de telefono)
(dentista preferido) (numero de telefono)

o, en el caso que mi doctor preferido no está disponible, por medio de otro médico titulado o dentista; y (2) para transferir mi hijo a _____ / _____ o cualquier otro hospital en la zona.
(hospital preferido) (numero de telefono)

Esta autorización no cubre cirugías complejas a menos que las opiniones médicas de los dos médicos o dentistas titulados se ponen de acuerdo que cirugía sea necesario antes que empiezan el procedimiento.

Informacion acerca de la historia medica del niño que incluyen alergias, medicamentos, y cualquier discapacidad fisica que el equipo medico debe saber:

_____ * _____
FECHA FIRMA DEL PADRE O RESPONSABLE

(TIENE QUE SER FIRMADO)

NO LLENE PARTE II SI YA SE LLENÓ PARTE I

Parte II – Negación de Permiso

No doy permiso para un tratamiento médico de emergencia para mi hijo. En caso de una enfermedad o lesion que quiere tratamiento de emergencia, quiero que los autoridades de la escuela toman las medidas seguites:

FECHA _____ FIRMA _____ DIRECCION _____