

DISTRITO ESCOLAR EASTSIDE UNIÓN

45006 30TH Street East + Lancaster, CA 93535

INFORMACIÓN DE INSCRIPCIÓN DE LA ESCUELA

AÑO ESCOLAR 2019-2020

En el momento de inscripción debe proveer lo siguiente:

Nombre del Estudiante _____

Fecha _____ Fecha de Nacimiento ___/___/___ Grado _____

___ VERIFICACIÓN DE DOMICILIO - Factura actual de agua, luz, gas, o documentos de compra de propiedad con el nombre del padre/tutor anotado (**no se aceptan recibos de teléfono, cable, o basura**)

___ COPIA DE LICENCIA DE CONDUCIR O COPIA DE IDENTIFICACIÓN VALIDA

___ CERTIFICADO DE NACIMIENTO - La copia certificada únicamente, NO la copia de cortesía del hospital.

___ REQUISITOS DE INMUNIZACIÓN - VEA LA INFORMACIÓN ADJUNTA

___ EUSD- CEP - SOLICITUD DE PROVISIÓN DE ELEGIBILIDAD COMUNITARIA (Formulario de Colección de Datos de Financiación)

DOCUMENTACIÓN ADICIONAL REQUERIDA (si es aplicable): Documentos de la corte, Plan Individualizado para la Educación (IEP), 504, Equipo de Estudio Estudiantil (SST), Papeleo de Retención, etcétera

REQUISITOS DE SALUD ADICIONALES -

Examen Físico..... Jardín Infantil (Kinder): Dada después del 1 de marzo, 2019
Primer Grado: Dada después de febrero, 2018
(formulario físico debe completarse y ser firmado por el médico)

Evaluación de Salud Oral
(Examen Dental)..... Jardín Infantil (Kinder): Deber ser entregado en el momento de la inscripción.

CERTIFICADO DE NACIMIENTO - Para una copia certificada contactar: Registrar/Recorder Office

44509 16th St. West Suite #101
Lancaster, CA 93534
(661) 945-6446

- **La inscripción de Jardín Infantil (Kinder) es para todos los niños que van a tener cinco (5) años de edad en o antes del 1 de septiembre, 2019.**
- **La inscripción de Transición al Jardín Infantil Kinder (TK) es para todos los niños que van a tener cinco (5) años de edad entre el 2 de septiembre, 2019 al 2 de diciembre, 2019.**

SU NIÑO SERA COLOCADO EN UNA CLASE CUANDO TODA LA INFORMACIÓN ESTE COMPLETA.

DISTRITO ESCOLAR EASTSIDE UNIÓN
45006 30th Street East, Lancaster, CA 93535

Vacunas Requeridas para el Año Escolar 2019–2020

Los padres DEBEN traer la boleta de vacunación en el momento de la inscripción del estudiante la cual debe tener documentadas las vacunas requeridas. Estos requisitos son para nuevas inscripciones y para los estudiantes que continúan en los grados del 7mo y 8vo.

Polio	4 dosis, (3 si la última dosis administrada en o después de cumplir cuatro 4 años)
DTP/Td y Tdap*	5 dosis, (4 si la última dosis administrada en o después de cumplir cuatro 4 años) Tdap refuerzo del grado 7: 1 dosis en o después de cumplir siete 7 años
MMR	2 dosis. Ambas administradas en o después de cumplir el primer (1) año.
Hepatitis B	3 dosis
Varicela	2 dosis o un historial documentado de la enfermedad escrita por el medico.

* A partir de Julio 2016, SB277, se elimino la opcion de una exención por creencia personal.

* Todos los estudiantes que ingresan el 7mo hasta el 12mo grados tengan una vacuna Tdap.

A.V. Community Clinics Lancaster- 661-942-2391 45104 N. 10 th Street West Palmdale- 661-575-0009 2151 E. Palmdale Blvd.		High Desert Regional Health Center 661-471-4000335 East Ave. I , Lancaster
A.V. Health Center – K-6 Clinic 661-723-4640 335 B East Avenue K-6 (off Division) Lancaster		Palmdale County Walk-In Clinic 661-471-4810 8201 Pearblossom Highway, Littlerock
Bartz-Altadonna Community Health Center 661-874-4050 43322 Gingham Ave. Ste. 105 Lancaster		Tarzana Treatment Centers – Family Medical Center 661-723-4829 – para una cita 907 West Lancaster Blvd, Lancaster

¹DTaP es elegible para el nuevo requisito de la tos ferina SOLO SI se administra después de los 7 años de edad.

²Vacuna Hepatitis B: Disponible en forma de dos dosis que debe administrarse entre las edades de 11 y 15, y estar claramente identificado como "vacuna de dos dosis en adolescentes" a fin de cumplir con el requisito.

³Vacuna Hepatitis B, con la primera dosis administrada y la tercera con el mínimo de 120 días de diferencia, cumple con el requisito.



INSCRIPCIÓN ESTUDIANTIL DEL DISTRITO ESCOLAR EASTSIDE UNIÓN

44938 North 30th Street East • Lancaster, California 93535 •
 District Office (661) 952-1200 • District Fax (661) 952-1220

**** Columbia Elementary ** Eastside Elementary **
 Enterprise Elementary ** Gifford C. Cole Middle ** Eastside Academy **

¿Su hijo ha asistido al Distrito Escolar Eastside Unión antes? Sí No

POR FAVOR EN LETRA DE MOLDE – NOMBRE LEGAL DEL ESTUDIANTE (TAL COMO APARECE EN LA ACTA DE NACIMIENTO)

Nombre (Primero, Segundo, Apellido) _____ Grado _____

Fecha de Nacimiento ___/___/___ Masculino Femenino

Nombre de Madre/Tutor Legal (Primero, Apellido) _____ Teléfono _____

Derechos de Custodia: Sí No Derechos Educativos: Sí No

Nombre de Padre/Tutor Legal (Primero, Apellido) _____ Teléfono _____

Derechos de Custodia: Sí No Derechos Educativos: Sí No

Dirección _____

Correo Electrónico _____

Ultima Escuela de Asistencia _____

¿Existen órdenes judiciales con respecto a la custodia legal, física o contacto restringido con la escuela o el niño?

Sí No

¿El niño está en Cuidado De Crianza Temporal? Sí No

Si la respuesta es sí, el nombre de la Trabajadora Social _____

Teléfono de la Trabajadora Social _____

Nombre del Titular de los Derechos Educativos _____

Teléfono del Titular de los Derechos Educativos _____

¿Su niño alguna vez ha sido suspendido?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Su niño tiene un plan 504?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Su niño alguna vez ha sido expulsado?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Su niño tiene un Equipo de Estudio Estudiantil (SST)?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Su niño tiene una audiencia de expulsión pendiente?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Su niño recibe Servicios del Desarrollo del Lenguaje Inglés?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Su niño tiene un Programa de Educación Individualizada (IEP)? Si la respuesta es sí, cuales servicios: <input type="checkbox"/> RSP/SAI <input type="checkbox"/> SDC/SAI <input type="checkbox"/> Habla <input type="checkbox"/> Otro	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Usted o algún miembro de su familia inmediata fue trabajador agrícola de temporada en los últimos tres años?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

Nombre del Estudiante (Primero y Apellido) _____ Grado _____

Fecha de Nacimiento _____ Escuela _____

EDUCACIÓN DE PADRES Marque la respuesta que describe el nivel educativo del padre más educado:

- No graduado de la preparatoria (1)
- Graduado de la preparatoria (2)
- Algo de colegio o título universitario básico (AA Degree) (3)
- Graduado con título universitario de licenciatura (4)
- Graduado con título universitario superior (5)

RAZA Y ORIGEN ÉTNICO

¿El estudiante es Hispano o Latino (ORIGEN ÉTNICO)? Sí, es Hispano o Latino No, es Hispano o Latino

La pregunta se refiere a la RAZA, no al ORIGEN ÉTNICO. Sin importar lo que seleccionó del ORIGEN ÉTNICO en la última pregunta, favor de continuar en contestar al marcar una o más casillas para indicar lo que considera la raza de su niño.

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Africana Americana o Negra (600) | <input type="checkbox"/> Guameña (302) | <input type="checkbox"/> Otra Asiática (299) |
| <input type="checkbox"/> India Americana (100) | <input type="checkbox"/> Hawaiano (301) | <input type="checkbox"/> (Otra de las Islas del Pacífico (399) |
| <input type="checkbox"/> India Asiática (205) | <input type="checkbox"/> Hmong (208) | <input type="checkbox"/> Samoana (303) |
| <input type="checkbox"/> Cambojana (207) | <input type="checkbox"/> Coreana (203) | <input type="checkbox"/> Tahitiano (304) |
| <input type="checkbox"/> China (201) | <input type="checkbox"/> Japonesa (202) | <input type="checkbox"/> Vietnamita (204) |
| <input type="checkbox"/> Filipina/Filipina Americana (400) | <input type="checkbox"/> Laosiana (206) | <input type="checkbox"/> Blanca (700) |

RESIDENCIA

- En una residencia permanente de una sola familia (casa, apartamento, condominio, casa móvil)
- Compartir habitación (con otras familias/individuos debido a dificultades económicas o pérdidas) (11)
- En un albergue o programa de vivienda de transición (10)
- En un motel/hotel (09)
- Desamparados (coche/campamento) (12)
- Otro/ Por favor especifique (15) _____

Me consta que *TODA* la información en este Paquete de Inscripción es exacto y verdadero según mi leal saber y entender. Confirmando que mi niño cumple con los requisitos de residencia establecidos por la Oficina de Educación del Condado de Los Ángeles. He proporcionado la documentación. Yo entiendo que si se determina que el estudiante no vive en la residencia según lo indicado y/o la falsificación de la información, mi niño será inmediatamente inscrito en el distrito escolar o distrito de origen apropiado. Si cambio de residencia mientras asiste a la escuela en el distrito, tendré que proveer prueba de residencia dentro de los límites del Distrito Escolar Eastside Unión. Por la presente, declaro que toda la información entregada a la escuela es precisa. Entiendo que dar información intencionalmente falsa se considera como fraudulento. Como padre o tutor legal de este niño certifico que toda la información en este paquete de inscripción es exacto y verdadero.

Firma del Padre/Tutor Legal _____ **Fecha** _____

DISTRITO ESCOLAR EASTSIDE UNIÓN
INFORME DE EVALUACIÓN DE SALUD
2020 - 2021

Solo para uso de oficina:
 Dio formulario de acomodacion de comida
 Dio fomulario medico

Nombre del Estudiante _____ Masculino o Femenino Fecha de Nacimiento _____
 Apellido Primer Segundo (Marque Uno)
 Fecha de Hoy _____ Escuela _____ Grado _____

CONDICIONES (Pasado o Presente) **Si usted responde "si" a cualquiera de las siguientes condiciones, por favor describalo en la línea # 7 abajo**

	SI	NO		SI	NO
Asma			Síndrome de Down		
Inhalador			Lesión Cerebral Traumática		
Medicaciones			Infecciones Frecuentes del Oído		
Alergias			Perdida de la Audición/Bajo el Cuidado de		
Convulsiones			Tubos en los Oídos		
Diabetes: Tipo I Tipo II			Problemas de Visión		
Trastorno por Déficit de Atención (ADD/ADHD)			Usa Lentes/Lentes de Contacto		
Depresión/Trastorno Bipolar (otro)			Condiciones de la Piel		
Defectos de Nacimiento			Escoliosis		
Condición del Corazón			Problemas Estomacales/Digestión		
Limitaciones de Actividad/Restricciones			Hemorragias Nasales Frecuentes		
Parálisis Cerebral			Trastorno Hemorrágico		
Autismo					
Células Falciformes (Sickle Cell)			Otro:		

Si su niño tiene una condición médica importante como alergia severa a ciertos alimentos o a la picadura de abeja, diabetes, trastorno de convulsiones, enfermedad de las células falciformes, etcétera, o requiere de procedimientos de atención médica especializada, por favor notifique a la oficina inmediatamente. Se le informará a la Enfermera Escolar del Distrito para hablar tocante las preocupaciones de salud, desarrollar un plan de salud individual (IHP) y asegurar que usted consiga los formularios apropiados de autorización del medico.

Los medicamentos deben ser entregados a la escuela por el padre/tutor. Los estudiantes no están autorizados a traer la medicina a la escuela.

Por favor escriba TODA la información:

- Escriba los medicamentos tomados en casa, cantidad y razón: _____
 Escriba los medicamentos tomados en la escuela, cantidad y razón: _____
- Escriba las alergias (alimentos, medicamentos, picaduras de abeja, etcétera): _____
- ¿El o ella ha tenido cualquier cirugía? En caso que si, explique: _____

- ¿El o ella ha tenido algún accidente grave? En case que si, explique con mas detalle: _____

- ¿El o ella ha sido hospitalizado? En case que si, explique con mas detalle: _____

- ¿El o ella esta bajo el cuidado de un medico ahora? Explique: _____

- Explicación de cualquier respuesta de "si" previamente mencionado: _____

Firma del Padre/Tutor Legal

Parentesco

Fecha

DISTRITO ESCOLAR EASTSIDE UNIÓN
Columbia Elementary Eastside Elementary Tierra Bonita Elementary Enterprise Elementary
Gifford C. Cole Middle Eastside Academy

DATOS DE CONTACTO EN CASO DE UNA EMERGENCIA

A fin de proteger la salud y el bienestar de los alumnos, los padres y tutores legales de cada estudiante son requeridos de mantener la información actualizada en caso de una emergencia en la escuela de asistencia del alumno. Favor de llenar la información solicitada con cuidado y precisión.

Padre, favor de marcar lo siguiente si corresponde y proveer documentación:
 Médico
 Necesidades especiales
 Orden de restricción
 Orden de custodia
 Otro

Información Estudiantil

Escuela: _____ Grado: _____ Género: Masculino Femenino

Apellido _____ Primer Nombre _____ Segundo Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____

Dirección _____ Ciudad _____ Código Postal _____

Correo Electronico _____

El estudiante vive con: (Si es con "otro", especifique aquí _____)

- Ambos padres biológicos
- Padre biológico-madrastra
- Tutor legal
- El padre biológico solamente
- Madre biológica-padrastro
- Padre(s) de crianza temporal
- La madre biológica solamente
- Custodia compartida
- Cuidador

Otros niños en la misma dirección:

Nombre: _____ Grado: _____ Escuela: _____

Nombre: _____ Grado: _____ Escuela: _____

Nombre: _____ Grado: _____ Escuela: _____

Padre(s)/Tutor Legal(es) –

Apellido _____ Primer Nombre _____ Segundo Nombre _____ Parentesco _____

Dirección (si es diferente del anterior) _____ Ciudad _____ Código Postal _____

Correo Electronico _____ Nombre y Direccion del Empleador _____ Ciudad _____ Código Postal _____

Teléfono del Hogar _____ Teléfono Celular _____ Teléfono del Trabajo _____

Apellido _____ Primer Nombre _____ Segundo Nombre _____ Parentesco _____

Dirección (si es diferente del anterior) _____ Ciudad _____ Código Postal _____

Correo Electronico _____ Nombre y Direccion del Empleador _____ Ciudad _____ Código Postal _____

Teléfono del Hogar _____ Teléfono Celular _____ Teléfono del Trabajo _____

Padre/Tutor Legal #1

Padre/Tutor Legal #2

Apellido del Estudiante _____ Primer Nombre _____ Segundo Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____

Personas autorizadas de entrega y contacto en caso de una emergencia

Por la presente autorizo el contacto con, entrega de información relacionada con emergencias, o entrega del estudiante a las personas siguientes en caso de una enfermedad, lesión, evacuación u otras emergencias que puedan ocurrir mientras mi estudiante acude a la escuela. Yo entiendo que mi estudiante no será entregado a ninguno más que a las personas enumeradas a continuación en caso de no poder ser localizado.

Nombre del Contacto #1 Vive con el niño Parentesco _____ Teléfono: Hogar Celular Trabajo _____

Nombre del Contacto #2 Vive con el niño Parentesco _____ Teléfono: Hogar Celular Trabajo _____

Nombre del Contacto #3 Vive con el niño Parentesco _____ Teléfono: Hogar Celular Trabajo _____

Si el padre biológico del estudiante, no es nombrado en este formulario:

1. ¿La escuela puede permitir a ese padre tener contacto con el estudiante? Si * No
2. ¿La escuela puede entregar al estudiante a ese padre? Si * No

*Si ha contestado "si" a alguna de las preguntas anteriores, favor de asegurarse que la escuela tiene la documentación legal (p.ej. orden de custodia, orden de restricción, etcétera) a fin de respaldar sus contestaciones.

Autorización de tratamiento médico en caso de una emergencia

Yo, el abajo firmante y padre/tutor legal de _____, un menor de edad, por la presente autorizo y doy mi consentimiento a cualquiera de lo siguiente: examen radiográfico, anestésico, diagnóstico médico o quirúrgico, tratamiento, transporte a un centro médico, y/o cuidado hospitalario que se presta al estudiante bajo el consejo de cualquier médico titulado y/o dentista. Entiendo que se efectuará lo posible de ponerse en contacto conmigo antes de rendir el tratamiento al estudiante, sin embargo ningún tratamiento antes estipulado será retenido si yo o el adulto autorizado no puede ser localizado. Además entiendo que todo el costo de la transportación paramédica, hospitalización, y atención médica relacionada suministrado en relación con esta autorización será mi responsabilidad exclusiva como el padre/tutor legal del estudiante.

Declaro que he leído y entendido este formulario y por la presente autorizo el tratamiento médico en caso de una emergencia, y que toda la información proporcionada en este formulario es exacta y verdadera.

Firma del Padre/Tutor Legal _____ Fecha _____

DISTRITO ESCOLAR EASTSIDE UNIÓN
COLUMBIA ELEMENTARY - EASTSIDE ELEMENTARY - TIERRA BONITA ELEMENTARY - ENTERPRISE ELEMENTARY
COLE MIDDLE SCHOOL - EASTSIDE ACADEMY

BOLETIN DE SALIDA EN CASO DE UN DESASTRE

NOMBRE DEL ALUMNO _____ **SALÓN #** _____ **MAESTRO(A)** _____

NOMBRE DE LA MADRE _____ | Legal | Hijastr(a) | Adoptivo | Otro

Dirección: _____ Teléfono del hogar: _____ Teléfono del trabajo: _____

Correo Electronico _____

NOMBRE DEL PADRE _____ | Legal | Hijastr(a) | Adoptivo | Otro

Dirección: _____ Teléfono del hogar: _____ Teléfono del trabajo: _____

Correo Electronico _____

En caso de un desastre mayor, y no puedo recoger mi niño de la escuela en persona, yo por lo presente doy permiso que cualquiera de los siguientes individuos puedan recoger a mi niño de las instalaciones escolares:

NOMBRE _____ *Parentesco* _____ **TELÉFONO** _____

NOMBRE _____ *Parentesco* _____ **TELÉFONO** _____

NOMBRE _____ *Parentesco* _____ **TELÉFONO** _____

Alergias, medicamentos, etcétera _____

OTRA INFORMACIÓN IMPORTANTE (Por ejemplo, padres trabajan afuera del área de Lancaster, órdenes de la corte, etcétera.)

Entiendo que los niños seran entregados por la escuela unicamente a las personas autorizadas en este boletin.

FIRMA DE PADRE

FECHA

Favor de no escribir abajo de esta línea, para USO DE LA OFICINA ÚNICAMENTE

EASTSIDE UNION SCHOOL DISTRICT
COLUMBIA ELEMENTARY - EASTSIDE ELEMENTARY - TIERRA BONITA ELEMENTARY - ENTERPRISE ELEMENTARY
COLE MIDDLE SCHOOL - EASTSIDE ACADEMY

DISASTER RELEASE CARD

Child was picked up by _____

Print Name

Time Left: _____ am/pm

Signature

Date

Verification of ID

Checked by:

Print Teacher/Staff Name

Teacher/Staff Signature

DISTRITO ESCOLAR EASTSIDE UNIÓN

45006 North 30th Street East

Lancaster, CA 93535

661-952-1200

Estimado Padre o Tutor Legal:

El Distrito Escolar Eastside Unión solicita su permiso, si es posible de usar la foto de su niño en nuestra página web del Distrito. Si nos otorga el permiso y usamos la foto de su niño, puede ser vista en www.eastside.k12.ca.us. Por motivos de seguridad, el primer nombre de su niño será utilizado únicamente. Puede retirar la foto en cualquier momento siempre y cuando se haga por escrito o llamar al Distrito y dejar un mensaje con la recepcionista al 661-952-1200. Después de haberlo solicitado, la foto será retirada dentro de un día hábil.

-
- Con lo presente *otorgo* permiso y consentimiento al Distrito Escolar Eastside Unión y organizaciones e asociaciones en conexión con el Distrito del uso de la fotografía(s) y el nombre de mi niño en la página web del Distrito o el sitio web individual de cada escuela o en los artículos de la prensa con fines educativos y promocionales.
- Con lo presente *niego* permiso y consentimiento al Distrito Escolar Eastside Unión y organizaciones e asociaciones en conexión con el Distrito del uso de la fotografía(s) y el nombre de mi niño en la página web del Distrito o el sitio web individual de cada escuela o en los artículos de la prensa con fines educativos y promocionales.

Nombre del estudiante (letra de molde) _____

Firma del padre: _____

Firma del estudiante: _____

Fecha: _____

Joshua L. Lightle, Ed.D.
Superintendent



Board of Trustees
Mrs. Julie A. Bookman
Mrs. Peggy W. Foster
Mr. Joseph "Joe" Pincetich
Ms. Deborah L. Sims
Ms. Doretta N. Thompson

Información de la Familia Militar

Como parte de los nuevos requisitos de contabilidad en virtud de la Ley Que Todo Estudiante Tenga Éxito (ESSA), el Departamento de Educación de EE.UU requiere que las Agencias de Educación Locales (LEAs), al igual conocidos como los distritos escolar de identificar a los estudiantes quienes son miembros de una familia en las fuerzas armadas. Estos estudiantes serán parte del nuevo subgrupo de contabilidad.

Se ha determinado que los dependientes militares pueden requerir servicios adicionales, programas, u atención debido a sus situaciones específicas (p.ej. cambios frecuentes, despliegue del padre o tutor legal, etcétera).

Favor de completar y devolver este formulario a su plantel escolar.

Nombre del Estudiante _____ Grado _____ Maestro _____

Escuela _____

No hay dependientes de militares activos viviendo en este hogar.

Yo, el padre o tutor legal, me encuentro en servicio activo militar.

Nombre del miembro de familia militar: _____

Parentesco al estudiante: _____

Número de hermanos en el distrito escolar: _____

Rama militar: (Marque uno)

Fuerza Aérea Ejército Infantería de Marina-Marines Marina Armada-Navy

Guardia Nacional Guardacostas Otro: _____

Queremos dar gracias por adelantado por su asistencia con este nuevo requerimiento de conformidad estatal y federal.

Cualquier pregunta puede ser dirigida a Margo Deal, Directora de Servicios Estudiantiles al 661-952-1224.

EASTSIDE UNION SCHOOL DISTRICT

NOTIFICACION DE PADRES

Estudiante, Apellido

Primer Nombre

Por ley, si padres están divorciados o separados legalmente, cada padre tiene derechos al niño/a EXCEPTO si un padre tiene orden de corte que indica cual padre tiene custodia de niño/a, o un orden que prohíbe que un padre tiene contacto con los niños.

La escuela **TIENE QUE TENER UNA COPIA DE ESTA ORDEN DE CORTE** en el archivo de estudiante, de otro modo, cualquiera de los padres puede tener acceso a los registros escolares o puede sacar al estudiante de la escuela con identificación apropiada.

He leído la declaración de la ley.

Firma de Padre/Guardiana

Fecha

Firma de Padre/Guardiana

Fecha

Joshua L. Lightle, Ed.D.
Superintendent



Board of Trustees
Mrs. Julie A. Bookman
Mrs. Peggy W. Foster
Mr. Joseph Pincetich
Mrs. Deborah L. Sims
Ms. Doretta N. Thompson

Reconocimiento de NOTIFICACIÓN ANUAL DEL PADRE O TUTOR

El Distrito Escolar Eastside Unión debe notificar anualmente a los padres y tutores de sus derechos y responsabilidades de acuerdo con el Código de Educación 48980. Esta información, está disponible en nuestro sitio web en www.eastside.org o una copia impresa está disponible a petición de la oficina del distrito.

Si tiene alguna pregunta o desea revisar documentos específicos, comuníquese con un administrador de la escuela de su hijo/a. El administrador podrá darle información más detallada y ayudarle a obtener copias de cualquier material que desee revisar.

El Código de Educación 48982, requiere que los padres/tutor firmen este aviso y lo devuelven a la escuela. La firma en el aviso es un reconocimiento por el padre o guardián de que él o ella ha sido informado de sus derechos pero no necesariamente indica consentimiento para que el estudiante participe en cualquier programa o actividad en particular. Sólo indica que ha recibido notificación de sus derechos anuales.

Por favor complete y regrese a la escuela de su hijo este formulario confirmando que usted recibió y revisó esta información.

Nombre de Estudiante: _____ Grado: _____

Escuela: _____ Maestra/o: _____

Nombre de Padre/Tutor: _____

Firma de Padre/Tutor

Fecha