

JACK JACKTER INTERMEDIATE SCHOOL
215 Halls Hill Road, Colchester, Connecticut 06415
860-537-9421 fax: 860-537-0349

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

Estudiante (Apellido, Primero, Segundo)

Sexo

Fecha de Nacimiento

Grado

Dirección

Teléfono

Lugar de Nacimiento (Ciudad/Estado)

Última escuela que asistió

Información de la Familia

Nombre Completo del Padre

Número del Teléfono (celular)

Empleador del Padre

Número del Teléfono (trabajo)

Nombre Completo de la Madre

Número del Teléfono (celular)

Empleador de la Madre

Número del Teléfono (trabajo)

Niño vive con: Ambos Padres Padre Madre Otro (escribir abajo *)

(marque todas las que correspondan)

* Si otro: Nombre / relación y número de teléfono _____

Nombres de los hermanos, fecha de nacimiento y grado:

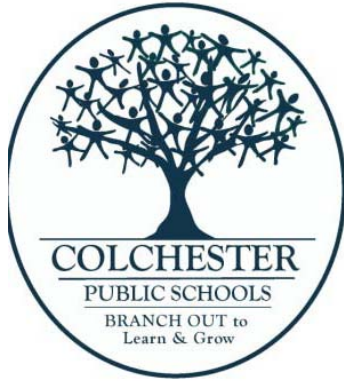
Otras Personas que Viven en Casa: _____

Hay consideraciones al físicos, sociales o académicas que el profesor debe tener en cuenta:

Ha recibido el estudiante servicios especiales?

____ 504 ____ Enriquecimiento ____ Habla/Lenguaje ____ Educación Especial ____ ELL/ESL

Otros servicios : _____



**COLCHESTER PUBLIC SCHOOLS
FORMULARIO LENGUA DOMINANTE
DOMINANT LANGUAGE FORM**

Nombre de estudiante _____ **Fecha** _____

Esta evaluación es necesario determinar si un lenguaje diferente es el lenguaje usado en tu casa.

Esta información es necesaria por todos distritos escolares en el estado en la ley de Educación Bilingüe y puede determinar si hay un necesidad establecer una programa de bilingüe o servicios de ELL para estudiantes que no hablan Inglés. **La escuela debe tener un formulario para cada estudiante.**

1. ¿Cual lenguaje aprendió hablar primero el estudiante?

2. ¿Que es el lenguaje principal que esta hablado por otros personas en tu casa?

3. ¿Que es el lenguaje principal que esta hablado por el estudiante en casa?

COLCHESTER PUBLIC SCHOOLS
2014 - 2015 Hqto wrc tk'f g'Kp hqto cek»p'f gnlGawwf kcpvg

Información del Estudiante:

Nombre:		Grado:	Sexo:
Dirección de Casa:		Correo:	
Fecha de Nacimiento:	Lugar de Nacimiento: (opcional-para informes estatales)		Teléfono:
¿Este niño/a hispano/a / latino/a? Si ___ No ___	(Comprobación 1 o más aunque su respuesta es "Sí" a la pregunta Hispano/a / Latino/a)		
	Indio Americano o Nativo de Alaska ___ Asiático ___ Negro o Africano Americano ___	Islas del Pacífico ___ Blanco ___	
Idioma Principal:		Idioma a Casa:	

Información del Padre / Tutor:

Relación:		Relación:	
Nombre:		Nombre:	
Dirección:		Dirección:	
Teléfono de casa:	Teléfono Celular:	Teléfono de casa:	Teléfono Celular:
Empleador:		Empleador:	
Teléfono del trabajo:		Teléfono del trabajo:	
Dirección de Correo Electrónico:		Dirección de Correo Electrónico:	
Vive Con: Guardián legal: ___ S ___ N		Vive Con: Guardián legal: ___ S ___ N	
Recibir Correspondencia de la Escuela: ___ S ___ N		Recibir Correspondencia de la Escuela: ___ S ___ N	

Relación:		Relación:	
Nombre:		Nombre:	
Dirección:		Dirección:	
Teléfono de casa:	Teléfono Celular:	Teléfono de casa:	Teléfono Celular:
Empleador:		Empleador:	
Teléfono del trabajo:		Teléfono del trabajo:	
Dirección de Correo Electrónico:		Dirección de Correo Electrónico:	
Vive Con: Guardián legal: ___ S ___ N		Vive Con: Guardián legal: ___ S ___ N	
Recibir Correspondencia de la Escuela: U ___ N		Recibir Correspondencia de la Escuela: U ___ N	

Restringida Recogida: F qewo gpwcel»p'Ngi cn*Qtf gp'lwf lekcn'f gdg'r tqr qtekpctug'c'hk'f g's wg'rc'tgeqgeek»p'tguntkpi kf q0

Nombre de la Persona no Permitido para Recoger	Relación con el Niño

Hermanos/as en las Escuelas

Preescolar (Nacimiento-5) Hermanos

Escuelas	Nombre (incluir el apellido si es diferente)	Grado	Nombre (incluir el apellido si es diferente)	Edad
CES				
JJIS				
WJJMS				
Bacon				

Contacto de Emergencia: NOTA: Además de los padres con custodia, sólo salir a los estudiantes a las personas que figuran como contactos de emergencia. Las individuos por debajo tienen autorización para recoger a mi hijo y se puede llegar durante el horario escolar en los números que se indican.

Contacto de Emergencia 1	Contacto de Emergencia 2
Nombre:	Nombre:
Telefono 1: Tipo(celular, casa, trabajo):	Telefono 1: Tipo (celular, casa, trabajo):
Relación con niño/a:	Relación con niño/a :
Telefono 2: Tipo (celular, casa, trabajo):	Telefono 2: Tipo (celular, casa, trabajo):
Contacto de Emergencia 3	Contacto de Emergencia 4
Nombre:	Nombre:
Telefono 1: Tipo(celular, casa, trabajo):	Telefono 1: Tipo(celular, casa, trabajo)::
Relación con niño/a :	Relación con niño/a :
Telefono 2: Tipo(celular, casa, trabajo):	Telefono 2: Tipo(celular, casa, trabajo):

Información Médica: Médico:	Telefono:
Por favor escriba cualquier alergias, condiciones médicas u otras necesidades:	
Por favor escriba cualquier medicina:	
Gafas: ___ U ___ N	Problema de audición: ___ U ___ N

- ¿Uwñ kq k'guñ "ewldgtv' r qt' Ugi wtq' f g' Ucnmf? ___ U ___ N
- F gugq' ugt' p' q' w' k' c' f' g' e' w' c' r' v' l' g' t' c' r' n' e' c' e' l' o' p' f' g' r' g' u' k' e' f' c' ' g' p' r' c' ' g' u' e' w' g' r' c' . ___ U ___ N
- Vtcdclq' p' q' o' d' t' g' f' g' o' k' j' k' q' . f' g' r' c' h' q' v' . " { " T' q' v' t' c' d' c' l' q' f' g' r' c' ' g' u' e' w' g' r' c' r' v' g' f' g' u' g' t' f' k' w' i' c' f' c' c' r' c' ' r' t' g' p' u' c' { ' r' r' a' i' k' p' c' y' g' d' " " " " " f' g' r' i' f' k' w' k' q' r' c' t' c' g' r' i' t' g' e' q' p' q' e' l' o' k' g' p' v' q' r' q' u' k' k' x' q' 0' " " " " a' a' a' U' " a' a' a' P' " "
- F q { ' r' g' t' o' k' u' q' r' c' t' c' f' c' t' o' k' f' k' t' g' e' e' l' o' p' f' g' e' q' t' t' g' q' g' r' g' e' v' t' > p' l' e' q' c' ' E' q' r' e' j' g' u' v' t' R' c' t' s' v' g' u' { ' T' g' e' t' g' c' e' l' o' p' . ___ U ___ N
- F q { ' r' g' t' o' k' u' q' r' c' t' c' f' c' t' o' k' f' k' t' g' e' e' l' o' p' f' g' e' q' t' t' g' q' g' r' g' e' v' t' > p' l' e' q' e' q' p' R' V' Q' f' g' r' c' ' g' u' e' w' g' r' c' f' g' o' k' j' k' q' k' (K - 8) ___ U ___ N
- V' g' p' i' q' c' e' e' g' u' q' c' ' k' p' v' t' p' g' v' r' c' t' c' e' q' o' r' t' q' d' c' t' g' r' i' t' t' q' i' t' g' u' q' f' g' o' k' j' k' q' k' c' ' v' t' c' x' 2' u' f' g' R' q' y' g' t' U' e' j' q' q' n' ___ U ___ N
- G' u' e' w' g' r' c' U' g' e' w' p' f' c' t' k' c' a' l' q' p' q' s' w' l' g' t' q' p' k' p' i' w' p' c' k' p' h' t' o' c' e' l' o' p' r' t' q' r' q' t' e' k' q' p' c' f' c' c' ' h' q' u' t' g' e' n' w' c' f' q' t' g' u' o' k' k' c' t' g' u' u' k' p' g' r' i' e' q' p' u' g' v' k' o' k' g' p' v' q' r' t' g' x' k' q' r' q' t' g' u' e' t' k' q' " a' a' a' a' U' " a' a' a' a' P' "

Firma del Padre / Tutor

En letra de imprenta su nombre

Fecha

JACK JACKTER INTERMEDIATE SCHOOL
 215 Halls Hill Road, Colchester, Connecticut 06415
 860-537-9421 fax: 860-537-0349

AUTHORITY TO OBTAIN/RELEASE INFORMATION

Transfer of Confidential Student Information

 Student Name / Nombre del Estudiante

 Date of Birth/ Fecha de Nacimiento

 NEW Colchester Street Address/ Nuevo Colchester Dirección

 Phone/Cell Phone Numbers/ Números de Teléfono

New Address (if moving/leaving Colchester): Nuevo Dirección (si se mueve)

Please forward all records of student listed above to: (check one)

Por favor envíe todos los registros de los estudiantes mencionados anteriormente (marque una)

Jack Jackter Intermediate School
 (Address listed above)

New School / Nueva Escuela
 (Address listed below)

RECORDS/ Réconds	Send to JJIS Address listed above	Send to Address Listed below
Academic Records/ Académico		
Medical Records/ Médico		
Special Education Records/ Educación Especial		
<i>Pupil personal records including: /Registros que incluyen la:</i>		
Psychological, Psychiatric, Education, Social, Speech Evaluations/ Psicología, Psiquiatría, Educación, Social, Discurso Evaluaciones		
OTHER/ Otros:		

If moving from Colchester, address/phone/fax of new school:

Si moverse de Colchester, dirección / teléfono / fax de la nueva escuela

Name of new school/ Nueva Escuela: _____

Address/ Dirección _____

Phone #. /Teléfono _____ Fax #/ Fax _____

 Parent/Guardian Signature/ Firma del Padre

 Date/ Fecha

*A photocopy or fax of this original document to obtain/release information may be used in lieu of the original.

DM/F/ROR

COLCHESTER, CONNECTICUT SCHOOL DISTRICT

ENROLLEE VERIFICATION OF RESIDENCE FORM

Declaración del Padre / Custodio Legal

Yo, (en letra de imprenta) _____, que vive en

(dirección) _____

_____ teléfono: _____ el Padre / Custodio Legal de

(nombre del estudiante (en letra de imprenta)) _____

que vive con _____

a (dirección) _____ teléfono: _____

certifico que el estudiante nombrado arriba vive a tiempo completo (7 días a la semana) a la dirección arriba y documentos proporcionados son verdaderos y precisos.

Firma del padre/ custodio legal: _____ fecha: _____

Documents Seen By (Signature): _____ Date: _____

FOR OFFICE USE ONLY

In order to verify district residence, parents or guardians must provide documents from any two numbers (1, 2, 3, 4, 5) listed below and sign. **If sufficient documentation is not available at the time of registration, the student will not be enrolled.**

_____ 1. Copy of either of the following at address within district in parent's name:

- a. Deed to home.
- b. Executed contract for the purchase of a home.
- c. Rent receipt for latest month.

_____ 2. Either of the following showing address within district in parent's name:

- a. Most recent utility bills (phone, gas and electric).
- b. Deposit receipt for gas, electric, and phone serve start-up.

_____ 3. Copy of driver's license or State ID card with picture showing current district address (no temporaries). If address has been change, this cannot be accepted.

_____ 4. Either of the following showing delivery to residence address within district in parent's name:

- a. Major moving company receipt for moving household goods.
- b. Receipt from local firm showing delivery of newly-purchased major appliance or furniture.

_____ 5. Current active bank account checkbook with name and address imprinted. (Bank may be contacted to verify existence of account.)

Falsification of any information or documents required for this verification will result in revocation of registration for the student(s).

EXAMEN DE SALUD

NOMBRE DEL NIÑO : _____ FECHA: _____

Para asegurar el bienestar y la seguridad de su hijo/a en la escuela así , por favor complete este formulario.

Por favor, compruebe si su hijo/a tiene la siguiente enfermedad o condición. Síntomas y forma de lista de su hijo/a tratamiento si es necesario . Use el reverso de este formulario si necesita espacio adicional si es necesario.

- | | |
|--|--|
| 1. Asma () | 10. Enfermedades de la piel () |
| 2. Diabetes () | 11. gafas () |
| 3. Tubos , audífonos , infecciones de oído
frecuentes () | 12. Medicamento recetado que se toma () |
| 4. Epilepsia (convulsiones) () | 13. problemas ortopédicos () |
| 5. Resfriados frecuentes () | 14. limitaciones físicas () |
| 6. Los dolores de garganta () | 15. Hospitalizaciones () |
| 7. Corazón () | 16. otros () |
| 8. Riñón () | _____ |
| 9. Los problemas del habla () | _____ |
| | _____ |

EXAMENES FISICOS completó después de 01 de septiembre 2013 HASTA 31 de agosto 2014

Se aceptarán para la inscripción de su hijo para el 2014 -2015 ESCUELA

AÑO .

Por favor, compruebe si su hijo es alérgico a la siguiente . Incluya síntomas y tratamientos.

- 1 . Animales ()
- 2 . Picaduras de abejas () Picaduras de insectos ()
- 3 . Ambiental - el polvo, polen, etc ()
- 4 . Alimentos / Productos Lácteos ()

COMENTARIOS:

Fecha de la próxima Examen Físico : _____

Firma de los Padres: _____



State of Connecticut Department of Education

Health Assessment Record



To Parent or Guardian:

In order to provide the best educational experience, school personnel must understand your child's health needs. This form requests information from you (Part I) which will also be helpful to the health care provider when he or she completes the medical evaluation (Part II).

State law requires complete primary immunizations and a health assessment by a legally qualified practitioner of medicine, an advanced practice registered nurse or registered nurse, licensed pursuant to chapter 378, a physi-

cian assistant, licensed pursuant to chapter 370, a school medical advisor, or a legally qualified practitioner of medicine, an advanced practice registered nurse or a physician assistant stationed at any military base prior to school entrance in Connecticut (C.G.S. Secs. 10-204a and 10-206). An immunization update and additional health assessments are required in the 6th or 7th grade and in the 9th or 10th grade. Specific grade level will be determined by the local board of education. This form may also be used for health assessments required every year for students participating on sports teams.

Please print

Student Name (Last, First, Middle)		Birth Date	<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female
Address (Street, Town and ZIP code)			
Parent/Guardian Name (Last, First, Middle)		Home Phone	Cell Phone
School/Grade	Race/Ethnicity		<input type="checkbox"/> Black, not of Hispanic origin
Primary Care Provider	<input type="checkbox"/> American Indian/ Alaskan Native		<input type="checkbox"/> White, not of Hispanic origin
	<input type="checkbox"/> Hispanic/Latino		<input type="checkbox"/> Asian/Pacific Islander
			<input type="checkbox"/> Other
Health Insurance Company/Number* or Medicaid/Number*			
Does your child have health insurance?		Y N	If your child does not have health insurance, call 1-877-CT-HUSKY
Does your child have dental insurance?		Y N	

* If applicable

Part I — To be completed by parent/guardian.

Please answer these health history questions about your child before the physical examination.

Please circle **Y** if "yes" or **N** if "no." Explain all "yes" answers in the space provided below.

Any health concerns	Y N	Hospitalization or Emergency Room visit	Y N	Concussion	Y N
Allergies to food or bee stings	Y N	Any broken bones or dislocations	Y N	Fainting or blacking out	Y N
Allergies to medication	Y N	Any muscle or joint injuries	Y N	Chest pain	Y N
Any other allergies	Y N	Any neck or back injuries	Y N	Heart problems	Y N
Any daily medications	Y N	Problems running	Y N	High blood pressure	Y N
Any problems with vision	Y N	"Mono" (past 1 year)	Y N	Bleeding more than expected	Y N
Uses contacts or glasses	Y N	Has only 1 kidney or testicle	Y N	Problems breathing or coughing	Y N
Any problems hearing	Y N	Excessive weight gain/loss	Y N	Any smoking	Y N
Any problems with speech	Y N	Dental braces, caps, or bridges	Y N	Asthma treatment (past 3 years)	Y N
Family History				Seizure treatment (past 2 years)	Y N
Any relative ever have a sudden unexplained death (less than 50 years old)		Y N		Diabetes	Y N
Any immediate family members have high cholesterol		Y N		ADHD/ADD	Y N

Please explain all "yes" answers here. For illnesses/injuries/etc., include the year and/or your child's age at the time.

Is there anything you want to discuss with the school nurse? Y N If yes, explain:

Please list any **medications** your child will need to take **in** school:

*All medications taken in school require a separate **Medication Authorization Form** signed by a health care provider and parent/guardian.*

I give permission for release and exchange of information on this form between the school nurse and health care provider for confidential use in meeting my child's health and educational needs in school.

Signature of Parent/Guardian

Date

Health Care Provider must complete and sign the medical evaluation and physical examination

Student Name _____ Birth Date _____ Date of Exam _____

I have reviewed the health history information provided in Part I of this form

Physical Exam

Note: *Mandated Screening/Test to be completed by provider under Connecticut State Law

*Height _____ in. / _____% *Weight _____ lbs. / _____% BMI _____ / _____% Pulse _____ *Blood Pressure _____ / _____

	Normal	Describe Abnormal	Ortho	Normal	Describe Abnormal
Neurologic			Neck		
HEENT			Shoulders		
*Gross Dental			Arms/Hands		
Lymphatic			Hips		
Heart			Knees		
Lungs			Feet/Ankles		
Abdomen			*Postural <input type="checkbox"/> No spinal abnormality <input type="checkbox"/> Spine abnormality: <input type="checkbox"/> Mild <input type="checkbox"/> Moderate <input type="checkbox"/> Marked <input type="checkbox"/> Referral made		
Genitalia/ hernia					
Skin					

Screenings

*Vision Screening			*Auditory Screening			History of Lead level ≥ 5µg/dL <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	Date
Type:	<u>Right</u>	<u>Left</u>	Type:	<u>Right</u>	<u>Left</u>	*HCT/HGB:	
With glasses	20/	20/	<input type="checkbox"/> Pass	<input type="checkbox"/> Pass			
Without glasses	20/	20/	<input type="checkbox"/> Fail	<input type="checkbox"/> Fail	*Speech (school entry only)		
<input type="checkbox"/> Referral made			<input type="checkbox"/> Referral made			Other:	

TB: High-risk group? No Yes PPD date read: _____ Results: _____ Treatment: _____

***IMMUNIZATIONS**

Up to Date or Catch-up Schedule: **MUST HAVE IMMUNIZATION RECORD ATTACHED**

***Chronic Disease Assessment:**

Asthma No Yes: Intermittent Mild Persistent Moderate Persistent Severe Persistent Exercise induced
If yes, please provide a copy of the Asthma Action Plan to School

Anaphylaxis No Yes: Food Insects Latex Unknown source

Allergies *If yes, please provide a copy of the Emergency Allergy Plan to School*

History of Anaphylaxis No Yes Epi Pen required No Yes

Diabetes No Yes: Type I Type II

Other Chronic Disease:

Seizures No Yes, type: _____

This student has a developmental, emotional, behavioral or psychiatric condition that may affect his or her educational experience.
Explain: _____

Daily Medications (*specify*): _____

This student may: participate fully in the school program
 participate in the school program with the following restriction/adaptation: _____

This student may: participate fully in athletic activities and competitive sports
 participate in athletic activities and competitive sports with the following restriction/adaptation: _____

Yes No Based on this comprehensive health history and physical examination, this student has maintained his/her level of wellness.
Is this the student's medical home? Yes No I would like to discuss information in this report with the school nurse.

Signature of health care provider MD / DO / APRN / PA	Date Signed	Printed/Stamped Provider Name and Phone Number
---	-------------	---

Immunization Record

To the Health Care Provider: Please complete and initial below.

Vaccine (Month/Day/Year) Note: *Minimum requirements prior to school enrollment. At subsequent exams, note booster shots only.

	Dose 1	Dose 2	Dose 3	Dose 4	Dose 5	Dose 6
DTP/DTaP	*	*	*	*		
DT/Td						
Tdap	*				Required for 7th grade entry	
IPV/OPV	*	*	*			
MMR	*	*			Required K-12th grade	
Measles	*	*			Required K-12th grade	
Mumps	*	*			Required K-12th grade	
Rubella	*	*			Required K-12th grade	
HIB	*				PK and K (Students under age 5)	
Hep A	*	*			PK and K (born 1/1/2007 or later)	
Hep B	*	*	*		Required PK-12th grade	
Varicella	*	*			2 doses required for K & 7th grade as of 8/1/2011	
PCV	*				PK and K (born 1/1/2007 or later)	
Meningococcal	*				Required for 7th grade entry	
HPV						
Flu	*				PK students 24-59 months old – given annually	
Other						

Disease Hx _____
of above (Specify) _____ (Date) _____ (Confirmed by) _____

Exemption

Religious _____ **Medical: Permanent** _____ **Temporary** _____ **Date** _____
 Recertify Date _____ Recertify Date _____ Recertify Date _____

Immunization Requirements for Newly Enrolled Students at Connecticut Schools

KINDERGARTEN

- DTaP: At least 4 doses. The last dose must be given on or after 4th birthday.
- Polio: At least 3 doses. The last dose must be given on or after 4th birthday.
- MMR: 2 doses given at least 28 days apart – 1st dose on or after the 1st birthday.
- Hib: 1 dose on or after 1st birthday (Children 5 years and older do not need proof of Hib vaccination).
- Pneumococcal: 1 dose on or after 1st birthday (born 1/1/2007 or later and less than 5 years old).
- Hep A: 2 doses given six months apart-1st dose on or after 1st birthday.
- Hep B: 3 doses-the last dose on or after 24 weeks of age.
- Varicella: For students enrolled before August 1, 2011, 1 dose given on or after 1st birthday; for students enrolled on or after August 1, 2011 2 doses given 3 months apart – 1st dose on or after 1st birthday or verification of disease*.

GRADES 1-6

- DTaP /Td/Tdap: At least 4 doses. The last dose must be given on or after 4th birthday; students who start the series at age 7 or older only need a total of 3 doses of tetanus-diphtheria containing vaccine.

- Polio: At least 3 doses. The last dose must be given on or after 4th birthday.
- MMR: 2 doses given at least 28 days apart- 1st dose on or after the 1st birthday.
- Hep B: 3 doses – the last dose on or after 24 weeks of age.
- Varicella: 1 dose on or after the 1st birthday or verification of disease*.

GRADE 7

- Tdap/Td: 1 dose of Tdap for students 11 yrs. or older enrolled in 7th grade who completed their primary DTaP series; For those students who start the series at age 7 or older a total of 3 doses of tetanus-diphtheria containing vaccines are needed, one of which **must** be Tdap.
- Polio: At least 3 doses. The last dose must be given on or after 4th birthday.
- MMR: 2 doses given at least 28 days apart – 1st dose on or after the 1st birthday.
- Meningococcal: one dose for students enrolled in 7th grade.
- Hep B: 3 doses-the last dose on or after 24 weeks of age.
- Varicella: 2 doses given 3 months apart – 1st dose on or after 1st birthday or verification of disease*.

GRADES 8-12

- Td: At least 3 doses. Students who start the series at age 7 or older only need a total of 3 doses of tetanus-diphtheria containing vaccine one of which should be Tdap.
- Polio: At least 3 doses. The last dose must be given on or after 4th birthday.
- MMR: 2 doses given at least 28 days apart- 1st dose on or after the 1st birthday.
- Hep B: 3 doses-the last dose on or after 24 weeks of age.
- Varicella: For students <13 years of age, 1 dose given on or after the 1st birthday. For students 13 years of age or older, 2 doses given at least 4 weeks apart or verification of disease*.

* **Verification of disease:** Confirmation in writing by a MD, PA, or APRN that the child has a previous history of disease, based on family or medical history.

Note: The Commissioner of Public Health may issue a temporary waiver to the schedule for active immunization for any vaccine if the National Centers for Disease Control and Prevention recognizes a nation-wide shortage of supply for such vaccine.

Initial/Signature of health care provider MD / DO / APRN / PA	Date Signed	Printed/Stamped <i>Provider</i> Name and Phone Number
---	-------------	---

Jack Jackter Intermediate School
Student Release Form
(Only In The Event of a Serious Civil
Emergency/ Sólo en caso de una emergencia
civil)

**PADRES: POR FAVOR COMPLETE
DOCUMENTO DE 2 CARAS
Y REGRESAR A LA ESCUELA INMEDIATAMENTE**

Student's Name/ Nombre Estudiante _____

Grade/ Grado _____ Teacher/Maestro/a _____

En caso de una emergencia civil en serio, donde no se
enviarán a casa a los estudiantes en el autobús escolar, mi
hijo/a:

Be picked up by parent _____
Será recogido por el padre *Nombres de Padres*

Be picked up by the following person(s):
Será recogido por la siguiente persona/as:

Nombres (imprenta)

Firma de Padre/ Madre

Fecha

Jack Jackter Intermediate School Student Release Form

En el caso de una salida temprana que NO SEA una
emergencia civil

Ejemplo: Salida temprana debido a la nieve, las inclemencias del
tiempo

**PADRES: POR FAVOR COMPLETE
DOCUMENTO DE 2 CARAS
Y REGRESAR A LA ESCUELA INMEDIATAMENTE**

Student's Name/ Nombre de Estudiante: _____

Grade/ Grado: _____ Teacher/ Maestra/o _____

En el caso de una salida temprana debido a las inclemencias del tiempo mi hijo/a debe:

- Tome el autobús a casa*
- Tome el autobús # _____ a la dirección: _____*
- Recogido por los padres*
- Recogido por la/s siguiente persona/s:*

Nombre/s (en letra de imprenta)

Firma de Padre/ Madre

Date/ Fecha



**Colchester Board of Education
127 Norwich Avenue
Colchester, CT 06415**

Estimado Padre / Tutor,

Colchester vistas cada oportunidad de comunicarse con los padres esenciales. Un enlace digital a la Mochila Digital “Digital Backpack” le será enviada por correo electrónico semanal con información sobre la escuela y eventos del distrito.

En nuestro continuo esfuerzo por reducir los costos de papel / impresión, toda la información de la escuela y del distrito está disponible para todos los padres / tutores con sólo un clic de un botón a través de la página www.colchesterct.org.

Si prefiere recibir copias impresas de estos documentos cada semana, por favor complete el siguiente formulario y devolverlo a la oficina de la escuela. Por favor, saben que con la edición en papel, sólo los nuevos anuncios a partir de esa semana serán enviados a casa.

Nombre del estudiante: _____

Dirección: _____

Maestro/a: _____ Grado: _____

Sí, quiero recibir una copia en papel de los anuncios semanales cada viernes.

Para uso de la escuela: This family would like to receive a hard copy of weekly notices each Friday.