



WESTERN GATEWAY ELEMENTARY

ENROLLMENT PACKET

English.....2-15

PAQUETE DE INSCRIPCIÓN

Español.....16-32

Pre-Boarding Week Checklist

Paperwork for Parents Only

This is a checklist of the things you will need to bring with you or upload for Pre-boarding. Please **PRINT** this checklist to complete along with your *required* documents. If you have children in multiple grades, you may bring the paperwork for ALL children at one time. **This is not a time for tours or meeting the teacher.**

Student Name: _____ Grade _____

Parent Name: _____

T-Shirts: My child's T-shirt size is: *(circle one)*

Youth sizes: XS/2-4 S/6-8 M/10-12 L/14-16 Adult Sizes: XS S M L XL

Please complete the following

STUDENT INFORMATION PACKET: *(available in the link)*

- ☐ School-Parent-Student Compact Form
- ☐ Permissions & Authorizations Form
- ☐ Dismissal Directive Form
- ☐ Annual Medical Alert Form
- ☐ Authorization for the Administration of Medication (if applicable)
- ☐ Free/Reduced Meal Application (if applicable)
- ☐ Prior Participation
- ☐ Home Language Survey

Please upload a copy of the following documents:

- ☐ Birth Certificate
- ☐ Drivers License
- ☐ Immunization Record
- ☐ Most recent utility bill with current address

We hope having the opportunity to complete many of the required documents ahead of time will offer more time with your child's teacher on Meet Your Teacher night. You will also receive a copy of the following information:

- ☐ Student Handbook
- ☐ School Calendar
- ☐ School Supply list
- ☐ Vaccine Information



WESTERN GATEWAY ELEMENTARY

ENROLLMENT FORM 2022 - 23

OFFICE USE ONLY:

Received by _____
Date: _____
Time: _____
#: _____ Order Received
☐ Verified Address and Tier #

Instructions: The enrollment form is a required official record. The questions on this form ask for information that will help us provide services for your student. If you need help filling out this form, please contact us. Please complete all pages, then sign and date the last page. **If any information should change during the school year, you must notify the school immediately.**

Prior to enrollment, you must provide the following documents:

- ☐ Home Language Survey
- ☐ Two (2) Proofs of Residency:
 1. Mortgage statement, deed statement, ad valorem tax statement, or rental lease agreement (term must be 9 month or more) listing all residents of the unit on the lease agreement; **AND**
 2. Current utility statement: Service must be in the name of the homeowner. No telephone or cable statements or cut-off/late notices accepted.
- ☐ **Residency Affidavit:** Complete only if you cannot provide proof of residency and reside with another person. The homeowner/host must be present and provide the items listed above. The school office will notarize the Residency Affidavit.

At the time of initial enrollment, you must also provide the following documents:

- ☐ Valid driver's license or another legal photo identification for parent/guardian
- ☐ Consent to Release Information Form. We will use this to request educational records from previous school(s)
- ☐ Birth Certificate
- ☐ Vaccination Record <https://bit.ly/3u3Rx1W>
- ☐ Other Educational Records, if applicable. Provide a copy of the Individualized Education Plan (IEP) or 504 Plan, etc.
- ☐ Other Legal Records, if applicable. Provide a copy of any custody/guardianship documents, etc.

Student Information: Grade Entering _____

Admission Tier: ☐1☐2☐3

Sibling of a current student? ☐Yes ☐No If yes, what is the other sibling's name(s)? _____

Legal Last Name _____ Legal First Name _____ Middle _____

Preferred First or Last Name (if different than above): _____

Gender ☐Female ☐Male Date of Birth: ____ / ____ / 20__ Age: ____ Years ____ Months (as of 09/1/2021)

Place of birth: City _____ State _____ County _____

Student resides primarily with: (Name) _____ (Relationship) _____

Residence Address _____ Apt. # _____

City _____, OK ZIP _____ Neighborhood School: _____

(List, even if you do not attend this neighborhood school)

Federal and state regulations require us to gather the following information for statistical reports.

Note: Both Ethnicity and Race must be selected

Are you of Hispanic, Latino or Spanish Origin?

- ☐ No, not Hispanic, Latino or Spanish origin
- ☐ Yes, Mexican, Mexican Am., or Chicano
- ☐ Yes, Puerto Rican
- ☐ Yes, Cuban
- ☐ Yes, another Hispanic, Latino or Spanish origin

Race — Select at least one:

- ☐ American Indian or Alaska Native
- ☐ Asian
- ☐ Black or African Am.
- ☐ White
- ☐ Native Hawaiian or Other Pacific Islander
- ☐ Some Other Race

Parent Information: Phone numbers and email addresses may be used to communicate important school information.

A legal document must be provided to the school in advance to prevent a non-custodial parent from having access to a student at school. Documentation must be kept up to date. School records may be provided to the non-custodial parent, unless the school is in possession of a legal document prohibiting the non-custodial parent from receiving such records.

Parent/Guardian: ☐Mother ☐Father ☐Guardian ☐Other _____

Legal Last Name _____ Legal First Name _____

Living with student? ☐Yes ☐No Permission to pick up? ☐Yes ☐No Same as Student Address ☐Yes ☐No

Address (if different than above) _____ Apt. # _____

City _____ State _____ ZIP _____

Primary Phone No. (_____) _____ Secondary Phone No. (_____) _____

Work Phone No. (_____) _____ Email Address _____

Employer: _____ Address: _____

Parent/Guardian: ☐Mother ☐Father ☐Guardian ☐Other _____

Legal Last Name _____ Legal First Name _____

Living with student? ☐Yes ☐No Same as Student Address ☐Yes ☐No Permission to pick up? ☐Yes ☐No

Address (if different than above) _____ Apt. # _____

City _____ State _____ ZIP _____

Primary Phone No. (_____) _____ Secondary Phone No. (_____) _____

Work Phone No. (_____) _____ Email Address _____

Employer: _____ Address: _____

Additional Emergency Contacts: In an emergency, the parent/guardian(s) listed above will be called first. By listing additional names as emergency contacts, you are thereby granting permission to the school to release your student to them, if you are unable to be contacted.

1. Name _____
Relationship to Student _____ Primary Phone No. (_____) _____
Additional Phone No. (_____) _____ Additional Phone No. (_____) _____
2. Name _____
Relationship to Student _____ Primary Phone No. (_____) _____
Additional Phone No. (_____) _____ Additional Phone No. (_____) _____
3. Name _____
Relationship to Student _____ Primary Phone No. (_____) _____
Additional Phone No. (_____) _____ Additional Phone No. (_____) _____
4. Name _____
Relationship to Student _____ Primary Phone No. (_____) _____
Additional Phone No. (_____) _____ Additional Phone No. (_____) _____

Program Information: In order to best serve the needs of your student, please answer the following:

Has your student ever been in a dual language program? ☐ Yes ☐ No If yes, please indicate languages _____

Does your student currently receive any special education services? ☐ Yes ☐ No If yes, briefly explain: _____

Type of special education program/supports: _____ Type of service(s): _____ (e.g. Speech OT, PT, other)

Has your student been evaluated by an outside/private agency? ☐ Yes ☐ No If yes, briefly explain: _____

Does your student receive any services from an outside/private agency? ☐ Yes ☐ No If yes, briefly explain: _____

Does your student have a **current Individualized Education Plan (IEP)**? ☐ Yes ☐ No If yes, attach a copy of your student's most recent IEP.

If no, does your student have an **expired IEP**? ☐ Yes ☐ No

If no, is your student currently being considered and/or evaluated for **eligibility for an IEP**? ☐ Yes ☐ No

Does your student have a current **Section 504 Plan**? ☐ Yes ☐ No

If no, is your student currently being considered and/or evaluated for a **504 Plan**? ☐ Yes ☐ No

Has your student been evaluated or qualified for a **Gifted & Talented** program at another school? ☐ Yes ☐ No

Previous School(s) Attended:

Last School Attended: _____ School District: _____

School Phone #: (_____) _____ Years Attended: _____ to _____

Previous School Attended: _____ School District: _____

School Phone #: (_____) _____ Years Attended: _____ to _____

Previous School Attended: _____ School District: _____

School Phone #: (_____) _____ Years Attended: _____ to _____

Is your student **currently** under suspension from any school or school district? ☐ Yes ☐ No If yes, explain: _____

At any time, has your student ever been suspended or expelled from any school or district? ☐ Yes ☐ No If yes, explain: _____

Has your student ever been advanced (skipped) a grade? ☐ Yes ☐ No Which grade and why? _____

Has your student ever repeated/retained in a grade? ☐ Yes ☐ No Which grade and why? _____

Has a school ever recommended retention? ☐ Yes ☐ No Which grade and why? _____

Student Medical Information: School staff must know if your student has a medical condition for which he/she may require assistance during the school day. Current state required vaccinations must be current or an exemption approved by the Oklahoma State Health Department before your child may attend school.

Initial  I authorize and give consent to Western Gateway Elementary School to look up immunization record(s) or look State Immunization System ("OSIIS") for my student's immunization record(s).

Explain or describe any medical conditions: _____

Please check any/all medical conditions that apply: ☐ Allergies (List:) _____

☐ Diabetes ☐ Asthma ☐ Heart Disease ☐ Seizure Disorder ☐ Other _____

List any medications to be administered while at school. A current Authorization for Medication form **MUST** be completed and on file for the school to be able to administer medications.

Title X McKinney-Vento Program: (OPTIONAL)

This program guarantees that students, no matter their living situation, have access to public education. A school representative will be in touch, if you check a box.

- ☐ I am staying in a motel, car or campsite until I can find affordable housing
- ☐ I am sharing housing with another family due to economic hardship
- ☐ My student is living with a relative, friend or anyone other than his/her biological parents
- ☐ I am living in a shelter, temporary housing or moving from place to place without permanent housing
- ☐ I am experiencing housing difficulties related to finances and would like to be contacted about services.

Language Information:

Does your family need an interpreter for school meetings? ☐ Yes ☐ No If yes, please indicate language: _____

Sibling Information: List all siblings, even if enrolled at another school:

Name	Age/DOB	School Attending	Grade

Enrollment Declaration: 2022-23

I hereby certify I am the parent and legal guardian of, or have obtained legal guardianship through the courts for, _____ (Student's Name).

I also certify that all the information I provided in this enrollment packet is current and accurate. I certify that any false information, omissions, or misrepresentations of facts may result in rejection of this enrollment packet, revocation of a transfer, or dismissal of the enrollee.

I shall submit proof of legal guardianship and all other requested documentation to complete the enrollment. Failure to do so will result in my child's enrollment being deemed ineligible.

Signature of Parent/Legal Guardian: _____ Date: _____

Signature of Parent/Legal Guardian: _____ Date: _____





HOME & SCHOOL COMPACT 2022-23

As a teacher, I _____, will strive to:

- Believe that each child can learn;
- Respect and value the uniqueness of each child and his/her family;
- Provide an environment that promotes active learning;
- Enforce the rules and expectations in the classroom and throughout the school in a fair and consistent manner;
- Assist each child in achieving the essential academic learning requirements;
- Document ongoing assessment of each child's academic progress;
- Maintain open lines of communication with students and parents;
- Seek ways to involve parents in the school programs; and
- Demonstrate professional behavior and a positive attitude.

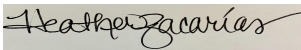
As a parent/guardian, I _____, will strive to:

- Believe my child can learn and demonstrate growth
- Show respect and support for my child, the staff and the school;
- **See that my child attends school regularly and is on time;**
- Provide a quiet place for my child to study at home;
- Encourage my child to complete all homework assignments;
- Talk with my child about his or her school activities each day; and
- Encourage my child to read at home and apply all of their learning to daily life.

As a Student, I _____, will strive to:

- Believe that I can learn and grow.
- Show respect for myself, my school, and other people;
- Always try to do my best in my work and my behavior;
- Work cooperatively with students and staff;
- Obey the rules and expectations in the classroom and throughout the school; and
- Come to school prepared with my homework and supplies.

As members of the Western Gateway educational community, together we are partners in your child's education as we uphold the intent of this compact.

As Head of School I,  represent all of Western Gateway staff and students in affirming this contract.



Western Gateway Elementary School
Permissions & Authorizations

X ____ INITIAL: **CHARTER SCHOOL** I understand that by enrolling my child at WGES, I am waiving my right to attend the local, non-charter public school.

X ____ INITIAL: **AFFIRMATION OF MISSION STATEMENT** I understand and agree to support the mission statement of WGES, "We create a learning experience that values children, language, culture, and community. We challenge our students to learn, grow, give back to our world, and be confident explorers in life. We invite your family to be part of our school family."

I also agree to support the Head of School and Faculty in pursuing this mission.

X ____ INITIAL: **TRANSPORTATION** I understand that WGES does **not** provide transportation services for students to and/or from school. I further understand that it is my responsibility to provide or arrange for transportation for my child to and/or from school each day. I will comply with state compulsory attendance laws. WGES will work through transportation issues and needs with families on a case-by-case basis.

X ____ INITIAL: **WALKING FIELD TRIPS** I hereby grant permission for my child to participate in walking field trips from WGES to nearby locations (e.g. Wheeler Park, Rotary Park, Capitol Hill Library, etc.) Teachers will notify parents about regularly scheduled trips. Teachers will also notify parents of any additional walking trips at least 24 hours in advance.

X ____ INITIAL: **PHOTOGRAPHS** I understand that student photographs may be used in yearbooks, newsletters, websites, and other school-related publications (e.g. PTA publications.) If I do **not** want my student's photograph used or released for these purposes or for news media, I must contact the school office to submit a written request. This form must be completed each year.

X ____ INITIAL: **SCHOOL DIRECTORY** I understand that the school or PTA may publish a school directory and share contact information with classroom representatives that could include: student name, grade level, classroom teacher, parent/guardian names, and contact information. If I do **not** want my name and contact information released for these purposes, I must contact the school office to submit a written request. This form must be completed each year.

X ____ INITIAL: **INTERNET USAGE** I understand WGES provides computer network resources. The use of electronic resources shall be consistent with the purpose, mission, and goals of WGES and used only for educational and professional purposes. I understand that my child may be using an electronic device (e.g. iPad, Chromebook, tablet) and that the usage is monitored by student safety and device management software.

X ____ INITIAL: **COMMITMENT OF PARENT/GUARDIAN INVOLVEMENT** I acknowledge and affirm parental involvement in a child's education is of primary importance. The role of parents/guardians is to reinforce and assist the teacher in academics, as well as social/emotional, learning in the classroom and at home. Parents are encouraged to demonstrate this involvement by becoming active members of the WGES educational environment. Parent involvement is expected and may be monitored to allow the school to make data-driven decisions regarding parental involvement opportunities.

X ____ INITIAL: **PROMPTNESS, ATTENDANCE:** I understand that WGES begins the school day at 8:00 a.m. and dismisses at 3:30 p.m. on Monday, Tuesday, Thursday, and Friday. The school day begins at 8:00 a.m and dismisses at 2:00 p.m on Wednesdays. Attending and being on time every day is very important. I pledge to support promptness/attendance at WGES. Failure to maintain satisfactory attendance & punctuality in accordance with the WGES Student Handbook may result in revocation of the transfer, if applicable, or other disciplinary actions.

X ____ INITIAL: **UNIFORM DRESS CODE** I pledge to support the published uniform dress code. Failure to maintain satisfactory dress in accordance to the Uniform Policy may result in revocation of the transfer, if applicable, or other disciplinary actions. X ____ INITIAL: **DISCIPLINE AND ACADEMIC WORK** I acknowledge that my child will follow the WGES Code of Conduct and Expectations as well as Leveled Discipline Plan. In order to have a climate conducive to learning, each child is responsible for his/her own behavior and learning. Complying with the published rules is mandatory. Failure to do so will result in revocation of the transfer, if applicable, or other disciplinary actions. Additionally, my child and I are committed to academic work, homework, daily class assignments and maintaining continual academic growth.

X ____ INITIAL: **STUDENT HANDBOOK** I acknowledge that my child and I understand the WGES Student Handbook and that it is available online at the WGES website. We will read and comply with the policies contained therein. Paper copies will be made available upon request.

Parent Name (Please Print)

Student Name (Please Print)

Teacher Name

Date

Parent Signature 2022-23

Parent Phone Number

WGES Dismissal Parent Directive 2022-23

The information below assists our staff in making sure your child is in the right location for dismissal procedures. It is our goal that every child is safely dismissed from Western Gateway. Your child's teacher must know the directions from you, the parent, in order to carry them out successfully each day. *Changing this information can be confusing to students and teachers.* **Please remember, all students are only released to adults with Student Number Match Card.**

Child's Name _____ Dismissal Number (completed by office): _____

Grade: _____ Teacher: _____

Please indicate by placing an X in the respective column *for each day* how your child will go home at the end of the day and **leave this form with your child's teacher.**

	Car Rider	DayCare Bus/Van Rider	Walker	YMCA (on-Site)	Authorized Persons for Pick-up
Monday					Please list the names of those authorized to pick up your child on a regular basis.
Tuesday					● _____
Wednesday 2:00 dismissal					● _____
Thursday					● _____
Friday					● _____

*DAYCARE - If your child will be riding a Daycare Bus/Van, please list the following:

Daycare Name: _____ Address: _____

Phone: _____ Contact Person: _____

*Sibling Information: We always send the older sibling to the youngest sibling's loading zone for pick-up. If your child has a sibling at Western Gateway, please fill out the following information:

Sibling(s) Name(s): _____

Grade: _____ Teacher: _____

* If your children will not be picked-up together please indicate on the back of this form.

Print Parent Name: _____ Phone #: _____

Parent Signature _____ Date: _____

ANNUAL MEDICAL ALERT
Western Gateway Elementary School

Nombre De Estudiante: _____ DATE OF BIRTH: _____

Padres/LEGAL GUARDIAN: _____ SCHOOL YEAR: _____ GRADE: _____

A signed copy of this form must be turned in to the office as part of the annual enrollment.

If prescription medication is to be administered at school, it **must** be in the *original* prescription container **and** the form *Authorization for the Administration of Medication* must be signed by the prescribing physician and parent/legal guardian.

_____ My child does **not** have any medical conditions.

_____ My child does have medical condition(s). Please check and explain any medical conditions your child has that you would like the school and faculty and staff to be informed of

Conditions	Treatment
Allergies ☐ Hay Fever ☐ Reactions to insect bites/stings ☐ Medications ☐ Foods ☐ Other _____	
Asthma	
Diabetes	
Seizure Disorder	Action plan required. See office.
Hearing Problems	Action plan required. See office.
Visual Problems	
Other (please explain):	

PHYSICAL EDUCATION CLASS:

_____ My child can participate in P.E. with **NO** restrictions.

_____ My child can participate in P.E. **with certain** restrictions.

EXPLAIN: _____

_____ My child CANNOT participate in P.E. because of medical restrictions. (*Physician's note required*)

Parent/Legal Guardian Signature: _____ Date: _____

Western Gateway Elementary School
Authorization for the Administration of Medication

Authorization and Request for the Administration of Medication at school to be used when a physician orders:

- A. Prescription Medication that is to be given for longer than a 10(ten) day period.
- B. Medication that is to be given only when needed.
- C. Non-prescription or "over-the-counter" medication.

Student: _____ **Birthdate:** _____

Phone: _____ **Teacher/Classroom:** _____ **Grade:** _____

School: _____ **Phone:** _____ **Fax:** _____

Date form received by the school: _____

TO BE COMPLETED BY THE PHYSICIAN OR AUTHORIZED PRESCRIBER:

1. Reason for medication: _____

2. Name of medication: _____

3. Dosage/amount to be given: _____

4. Specific time to be administered: _____

5. Duration (week, month, indefinite, etc.) _____

6. Anticipated reaction to medication (symptoms, side effects, etc.) _____

7. Form of medication/treatment: _____

Tablet _____ **Liquid** _____ **Inhaler** _____ **Injection** _____ **Nebulizer** _____ **Other** _____

8. Special storage requirements:

None _____ **Refrigerate** _____

Physician's Name

Physician's Signature

Date

Address

Phone

Fax

TO BE COMPLETED BY THE PARENT/GUARDIAN:

I hereby request and give my permission for the above named school to administer the medication prescribed on this form to my child. If the medication is prescribed by a physician, the pharmacy label must be attached to the medication. If this medication is an "over the counter medication" it must be brought in the original container/box. I further understand that I will be responsible for picking up any medication at the end of the school year. Any medication left at school after June 1st will be discarded utilizing proper procedure.

Parent/Guardian Signature

Date

INSTRUCTIONS

Sources of Income

Sources of Income for Children	
Sources of Child Income	Example(s)
- Earnings from work	- A child has a regular full or part-time job where they earn a salary or wages
- Social Security - Disability Payments - Survivor's Benefits	- A child is blind or disabled and receives Social Security benefits - A Parent is disabled, retired, or deceased, and their child receives Social Security benefits
-Income from person outside the household	- A friend or extended family member regularly gives a child spending money
-Income from any other source	- A child receives regular income from a private pension fund, annuity, or trust

Sources of Income for Adults		
Earnings from Work	Public Assistance / Alimony / Child Support	Pensions / Retirement / All Other Income
- Salary, wages, cash bonuses - Net income from self-employment (farm or business) If you are in the U.S. Military: - Basic pay and cash bonuses (do NOT include combat pay, FSSA or privatized housing allowances) - Allowances for off-base housing, food and clothing	- Unemployment benefits - Worker's compensation - Supplemental Security Income (SSI) - Cash assistance from State or local government - Alimony payments - Child support payments - Veteran's benefits - Strike benefits	- Social Security (including railroad retirement and black lung benefits) - Private pensions or disability benefits - Regular income from trusts or estates - Annuities - Investment income - Earned interest - Rental income - Regular cash payments from outside household

OPTIONAL

Children's Racial and Ethnic Identities

We are required to ask for information about your children's race and ethnicity. This information is important and helps to make sure we are fully serving our community. Responding to this section is optional and does not affect your children's eligibility for free or reduced price meals.

Ethnicity (check one): Hispanic or Latino Not Hispanic or Latino

Race (check one or more): American Indian or Alaskan Native Asian Black or African American Native Hawaiian or Other Pacific Islander White

The **Richard B. Russell National School Lunch Act** requires the information on this application. You do not have to give the information, but if you do not, we cannot approve your child for free or reduced price meals. You must include the last four digits of the social security number of the adult household member who signs the application. The last four digits of the social security number is not required when you apply on behalf of a foster child or you list a Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP), Temporary Assistance for Needy Families (TANF) Program or Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR) case number or other FDPIR identifier for your child or when you indicate that the adult household member signing the application does not have a social security number. We will use your information to determine if your child is eligible for free or reduced price meals, and for administration and enforcement of the lunch and breakfast programs. We MAY share your eligibility information with education, health, and nutrition programs to help them evaluate, fund, or determine benefits for their programs, auditors for program reviews, and law enforcement officials to help them look into violations of program rules.

In accordance with Federal civil rights law and U.S. Department of Agriculture (USDA) civil rights regulations and policies, the USDA, its Agencies, offices, and employees, and institutions participating in or administering USDA programs are prohibited from discriminating based on race, color, national origin, sex, disability, age, or reprisal or retaliation for prior civil rights activity in any program or activity conducted or funded by USDA.

Persons with disabilities who require alternative means of communication for program information (e.g. Braille, large print, audiotape, American Sign Language, etc.), should contact the Agency (State or local) where they applied for benefits. Individuals who are deaf, hard of hearing or have speech disabilities may contact USDA through the Federal Relay Service at (800) 877-8339. Additionally, program information may be made available in languages other than English.

To file a program complaint of discrimination, complete the USDA Program Discrimination Complaint Form, (AD-3027) found online at: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, and at any USDA office, or write a letter addressed to USDA and provide in the letter all of the information requested in the form. To request a copy of the complaint form, call (866) 632-9992. Submit your completed form or letter to USDA by:

mail: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410

fax: (202) 690-7442; or

email: program.intake@usda.gov

This institution is an equal opportunity provider.

Do not fill out

For School Use Only

Annual Income Conversion: Weekly x 52, Every 2 Weeks x 26, Twice a Month x 24 Monthly x 12

Total Income

How often?

Weekly	Bi-Weekly	2x Month	Monthly
☐	☐	☐	☐

Household Size

Categorical Eligibility ☐

Eligibility:

Free	Reduced	Denied
☐	☐	☐

Determining Official's Signature

Date

Confirming Official's Signature

Date

Verifying Official's Signature

Date

*****This form is only for students whose grade level is Pre-Kindergarten, Kindergarten or 1st*****

Western Gateway Elementary

Initial Enrollment Prior Participation Form Student Information for the School Year ____ - ____

For legislative purposes, Senate Bill 569 requires a school district to request student participation information from the parent or guardian upon initial enrollment in an Oklahoma Public School.

Please fill out this form if:

- Student's grade level for this school year is Pre-Kindergarten, Kindergarten or 1st.
- This is the first time the student has enrolled in an Oklahoma Public School.
- You are the parent or legal guardian of the student.

Please print legibly.

School district: Western Gateway Elementary School

School : _____

Student's legal name: _____
First Last

Student's date of birth: _____
Month Day Year

Student's gender (Please check one): ☐ Male ☐ Female

Student's grade level for school year listed above: ☐ PK ☐ K ☐ 1st

Did the student participate in any of the following programs? Please indicate by checking YES or NO for each statement.

Program	Yes	No
A childcare program that is licensed by the Department of Human Services		
The Sooner Start program operated by the State Department of Education		
The Oklahoma Parents as Teachers (OAT) program operated by the State Department of Education		
The Children First Program operated by the State Department of Health		
Any child abuse prevention program operated by the State Department of Health (i.e. Foster Care)		
Any federally funded Head Start program		

Please return this form to your school office.

SCHOOL YEAR:

HOME LANGUAGE SURVEY



STUDENT INFORMATION

Student Name: _____ Grade: _____
Last Name First Name Middle Name

Date of Birth: _____ School: _____ Student ID#: _____ Gender: Male Female
MM/DD/YYYY

Is the student of Hispanic or Latino culture or origin? YES NO

Please select one or more of the following races:

African American/Black American Indian/Alaskan Native Asian
Native Hawaiian/Pacific Islander Caucasian/White

The purpose of the following questions is to help determine if a student's exposure to a language other than English may make them eligible to receive additional English Learner (EL) supports.

- What is the dominant language most often spoken by the student? _____
- What is the language routinely spoken in the home, regardless of the language spoken by the student? _____
- What language was first learned by the student? _____
- Does the parent/guardian need interpretation services? YES NO If YES, in what language? _____
- Does the parent/guardian need translated materials? YES NO If YES, in what language? _____
- What was the date the student first enrolled in a school in the United States? _____
MM/YYYY

Date (MM/DD/YYYY)

Parent or Guardian Signature

SCHOOL USE ONLY

The response of a language other than English to any or all of questions #1, #2, and #3 above should prompt local review of the student's potential EL identification and assessment history in the state Accountability Reporting application. If no previous EL history is present, the student must be administered a state-approved screening tool to determine their EL status.

If this HLS will be used for the purposes of Non-EL Bilingual qualification, please indicate one of the following:

A language other than English is indicated **TWO OR MORE TIMES** in questions #1, #2, and #3 above. The student is considered **"more often"** and has previously demonstrated English language proficiency on the PKST* or WIDA assessment :

Assessment Name:		Year Assessed:		Score:	
------------------	--	----------------	--	--------	--

A language other than English is indicated **ONE TIME** in questions #1, #2, and #3 above. The student is considered **"less often"** and has demonstrated English language proficiency on the PKST* or WIDA assessment. The student's PKST* or WIDA assessment score and additional qualifying score is noted on the attached "Less Often" Non-EL Bilingual Qualification Form.

*A PKST score is valid only for a student's pre-K year(s). Regardless of the PKST score earned, a student administered the PKST must be administered the WIDA K Screener at the outset of kindergarten. To qualify a student as Non-EL Bilingual beyond their pre-K year, a student must either demonstrate initial proficiency on the WIDA K Screener or subsequently on the K ACCESS or ACCESS assessment.

Lista de verificación de la semana previa al inicio de clases

(solo para padres)

Esta es una lista de verificación de las cosas que necesitará llevar o enviar para la semana previa al embarque. Por favor haz una copia de esta lista para completar y entregar con los documentos requeridos. Si tiene hijos en varios grados, puede traer la documentación de TODOS los niños al mismo tiempo.

Este no es un momento para visitar la escuela o para conocer a los maestros.

Nombre del Estudiante: _____

Grado: _____

Nombre de los Padres: _____

Camisas: La Talla de la camiseta de mi hijo es:

Talles de Jóvenes XS/2-4 S/6-8 M/10-12 L/14-16 Talles de Adultos: XS S M L XL

¡Complete lo siguiente para el Día de la información!

Paquete de Información del Estudiante: (disponible en el enlace)

- ☐ Contrato de la escuela, padre, y estudiante (formulario)
- ☐ Formulario de Permisos y Autorizaciones
- ☐ Formulario de Directiva de Entrega de Niños al Finalizar las Clases 2022-23
- ☐ Formulario de Alerta Médica Anual
- ☐ Autorización para la Administración de Medicamentos (si es aplicable)
- ☐ Solicitud de comida gratis/reducida (si es aplicable)
- ☐ Participación Previa (Pre-K y nuevos estudiantes solamente)
- ☐ Encuesta sobre el idioma del hogar (Pre-K y nuevos estudiantes solamente)

Por favor, cargue una copia de estos documentos:

- ☐ Certificado de nacimiento
- ☐ licencia de conducir o identificación del estado
- ☐ registro de inmunización
- ☐ Factura de servicios públicos más reciente con dirección actual

Esperamos que teniendo la oportunidad de completar los documentos necesitados ofrezca más tiempo con el maestro de su hijo en la noche "Conociendo Los Maestros". También recibirá una copia de la siguiente información:

- ☐ Manual del Estudiante
- ☐ Calendario Escolar
- ☐ Lista de Útiles Escolares
- ☐ Información de Vacunas

**USO DE OFICINA SOLAMENTE:**

Recibido Por: _____
Fecha: _____
Hora: _____
#: _____ Orden Recibida
☐ Domicilio Verificado y Nivel #

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN 2022 - 2 3

Instrucciones: El formulario de inscripción es un registro oficial obligatorio. Las preguntas en este formulario solicita información que nos ayudará a brindar servicios para su estudiante. Si necesita ayuda para completar este formulario, comuníquese con nosotros. Por favor completa todas las páginas, luego firme y feche la última página. **Si la información cambia durante el año escolar, debe notificar a la escuela de inmediato.**

Antes de la inscripción, debe proporcionar los siguientes documentos:

☐ Encuesta sobre el idioma del hogar

☐ Dos (2) comprobantes de residencia:

1. Factura de hipoteca, Escritura de propiedad, comprobante de impuestos de valorem , o contrato de renta (el contrato debe ser de 9 meses o más) con una lista de todo los residentes viviendo en la unidad en el contrato de renta; Y
2. Una copia de una factura de servicios públicos actual: Servicio tiene que estar abajo del nombre del dueño de la propiedad. No se aceptan estados de cuenta por teléfono o cable, ni avisos de corte/retraso.

☐ **Declaración Jurada de Residencia:** Llène sólo si no puede proporcionar un comprobante de residencia y reside con otra persona. El dueño de la propiedad debe estar presente y proporcionar los documentos enumerados anteriormente. La oficina de la escuela va notarizar la Declaración Jurada de Residencia. **En el momento de la inscripción inicial, también debe proporcionar los siguientes documentos:**

☐ **Licencia válida de conducir o identificación con foto legal de padres/guardianes.**

☐ **Formulario de consentimiento para divulgar información.** Usaremos esto para solicitar registros educativos de escuelas anteriores.

☐ **Certificado de Nacimiento**

☐ **Registro de vacunación** <https://bit.ly/3u3Rx1W>

☐ **Otros registros educativos, si corresponde.** Proporcionar una copia del Plan de educación individualizado (IEP) o el Plan 504, etc. ☐ **Otros registros legales, si corresponde.** Proporcione una copia de los documentos de custodia.

Información del estudiante: Grado Entrando ____ Nivel de admisión: ☐1☐2☐3

¿Hermana/Hermano de un estudiante? ☐ Si ☐ No, si la respuesta es sí, ¿cuál es el nombre de los otro hermanos?

Apellido legal _____ **Primer Nombre Legal** _____ **Segundo Nombre** _____

Nombre o apellido preferido (si es diferente al anterior): _____

Sexo ☐Feminina ☐Masculino **Fecha de Nacimiento:** ____ / ____ / 20 ____ **Edad:** ____ Años ____ Meses (desde 09/1/2021)

Lugar de nacimiento: Ciudad _____ **Estado** _____

Condado _____ **El estudiante reside principalmente con (Nombre)** _____

(Relación) _____ **Domicilio de residencia** _____ **Apt. #** _____

Ciudad _____, **OK código postal** _____ **Escuela de la Vecindad:** _____

(Anote, incluso si no atiende la escuela de este vecindario)

Las regulaciones federales y estatales requieren que juntamos la siguiente información para los reportes estadísticos . *Nota: Se debe seleccionar la etnia y la raza.*

¿Eres de origen hispano, latino o español? Raza — escoja uno o más opciones:

- | | |
|--|--|
| ☐ No, no es de origen hispano, latino o español | ☐ Índio Americano o Nativo de Alaska |
| ☐ Si, Mexicano, Mexicano Am., or Chicano | ☐ Asiático |
| ☐ Si, puertorriqueño | ☐ Afroamericano. |
| ☐ Si, Cubano | ☐ Caucásico |
| ☐ Si, otro origen Hispano, Latino o Español | ☐ Nativo de Hawaii/Otro Isleño del Pacífico |
| | ☐ Otra Raza |

Información para los padres: los números de teléfono y las direcciones de correo electrónico se pueden usar para comunicar información importante de la escuela.

Se debe proporcionar un documento legal a la escuela anteriormente, para evitar que un padre sin custodia tenga acceso a un estudiante en la escuela. La documentación debe mantenerse actualizada. Los registros escolares se pueden proporcionar al padre sin custodia, a menos que la escuela esté en posesión de un documento legal que prohíba al padre sin custodia recibir registros.

Padres/Guardianes: ☐ Madre ☐ Padre ☐ Guardián ☐ Otro _____

Apellido legal _____ Primer Nombre legal _____

¿Viviendo con el estudiante? ☐ Si ☐ No, ¿Permiso para recoger? ☐ Si ☐ No, Igual domicilio del estudiante ☐ Si ☐ No

Domicilio (si es diferente a la anterior) _____ Apt. # _____
Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Número de teléfono primario (_____) Número de teléfono secundario (_____)
Número de teléfono del trabajo (_____) Dirección de correo electrónico _____
Empleador: _____ Domicilio: _____

Padres/Guardianes: ☐ Madre ☐ Padre ☐ Guardián ☐ Otro _____

Apellido Legal _____ Primer Nombre Legal _____

¿Viviendo con el estudiante? ☐ Si ☐ No, Igual domicilio del estudiante ☐ Si ☐ No Permiso para recoger? ☐ Si ☐ No

Domicilio (Si es diferente a la anterior) _____ Apt. # _____
Ciudad _____ Estado _____ código postal _____ Número de teléfono
primario (_____) Número de teléfono secundario (_____)

Número de teléfono del trabajo (_____) Dirección de correo electrónico _____
Empleador: _____ Domicilio: _____

Contactos de Emergencia Adicionales: En caso de emergencia, se llamará primero a los padres/guardianes mencionados anteriormente. Al incluir nombres adicionales como contactos de emergencia, le está dando permiso a la escuela de soltar el estudiante al contacto de emergencia, si no puede ser contactado.

1. Nombre _____
Relación con el Estudiante _____

Número de teléfono Primario (_____) _____

Número de Teléfono adicional (_____) _____

Número de Teléfono adicional (_____) _____

2. Nombre _____
Relación con el Estudiante _____

Número de teléfono Primario (_____) _____

Número de Teléfono adicional (_____) _____

Número de Teléfono adicional (_____) _____

3. Nombre _____
Relación con el Estudiante _____

Número de teléfono Primario (_____) _____

Número de Teléfono adicional (_____) _____

Número de Teléfono adicional (_____) _____

Información del programa: para atender mejor las necesidades de su estudiante, por favor

responde lo siguiente: ¿Ha estado su estudiante alguna vez en un programa de lenguaje dual? ☐ Si ☐ No Si la Respuesta es Sí,

, indique los idiomas _____ ¿Su estudiante recibe actualmente algún servicio de educación especial? ☐ Si ☐ No Si la

Respuesta es Sí, explique por favor : _____ Tipo de programa / apoyo de educación

especial: _____ Tipo de servicios: _____ (e.g. Terapia de lenguaje Ocupacional, Terapia Físico, Otro) ¿Su

estudiante ha sido evaluado por una agencia privada o externa? ☐ Si ☐ No Si la respuesta es sí, explique por favor :

_____ ¿Su estudiante recibe algún servicio de una agencia privada o externa? ☐ Si ☐ No Si la respuesta es

sí, explique por favor: _____ ¿Tiene su estudiante un plan educativo individualizado actual?(IEP)? ☐ Si ☐ No Si la

respuesta es sí, adjunte una copia del IEP más reciente de su estudiante. Si la respuesta es no, ¿su estudiante tiene un IEP vencido? ☐ Si ☐ No

Si la respuesta es no, ¿Se está considerando o evaluando actualmente a su estudiante para determinar su elegibilidad para un IEP? ☐ Si ☐ No

¿Tiene su estudiante un plan de la Sección 504 actual? ☐ Si ☐ No

Si la respuesta es no, ¿Su estudiante está siendo considerado y /o evaluado actualmente para un Plan 504? ☐ Si ☐ No

¿Su estudiante ha sido evaluado o calificado para un programa para estudiantes dotados y talentosos en otra escuela? ☐ Si ☐ No

Escuelas Anteriores que atendió:

Última escuela que atendió: _____ Distrito Escolar: _____

Número de Teléfono de la Escuela: (_____) _____ Años De Estudio: _____ hasta _____

Escuela anterior que atendió : _____ Distrito escolar: _____

Número de Teléfono de la Escuela: (_____) _____ Años De Estudio: _____ hasta _____

Escuela anterior que atendió _____ Distrito Escolar: _____

Número de Teléfono de la Escuela: (_____) _____ Años De Estudio: _____ hasta _____

¿Su estudiante está actualmente suspendido de alguna escuela o distrito escolar? ☐ Si ☐ No Si la respuesta es sí, explique por favor:

¿En algún momento, su estudiante ha sido suspendido o expulsado de alguna escuela o distrito? ☐ Si ☐ No Si la respuesta es sí, , explique por favor:

¿Alguna vez su estudiante ha avanzado (omitido) un grado?

☐ Si ☐ No ¿Alguna vez su estudiante ha repetido / retenido en un

grado? ☐ Si ☐ No ¿Alguna vez una escuela ha recomendado la

retención? ☐ Si ☐ No

¿Qué grado y por qué? _____

¿Qué grado y por qué? _____

¿Qué grado y por qué? _____

Información Médica del Estudiante: El personal de la escuela debe saber si su estudiante tiene una condición médica por la cual puede necesitar asistencia durante el día escolar. Las vacunas requeridas por el estado deben estar actual o una exención aprobada por el Departamento de Salud del Estado de Oklahoma antes de que su hijo/hija pueda atender la escuela.



Iniciales

Autorizo y doy mi consentimiento a la Escuela Primaria Western Gateway para buscar registro (s) de inmunización o buscar el Sistema de Inmunización del Estado ("OSIIS") para el registro (s) de vacunación de mi estudiante.

Explique o describa cualquier condición médica: _____

Marque todas las condiciones médicas que correspondan: ☐ Alergias (Lista): _____

☐ Diabetes ☐ Asma ☐ Enfermedad Del Corazón ☐ Trastorno

Convulsivo ☐ Otro _____

Lista los medicamentos que se administrarán en la escuela.

Se DEBE completar y archivar un formulario de Autorización para Medicamentos para que la escuela pueda administrar los medicamentos.

Programa Título X McKinney - Vento: (OPCIONAL)

Este programa garantiza que los estudiantes, sin importar su situación de vivienda, tengan acceso a la educación pública. Un representante de la escuela se comunicará con usted si marca un cuadro.

- ☐ Estoy quedando en un motel, caro o campamento hasta que pueda encontrar una vivienda asequible.
- ☐ Comparto la vivienda con otra familia porque tengo dificultades económicas.
- ☐ Mi estudiante vive con un pariente, amigo, o otro persona que no sean sus padres biológicos.
- ☐ Vivo en un refugio, vivienda temporal, o me estoy moviendo de un lugar a otro sin vivienda permanente.
- ☐ Estoy teniendo dificultades de vivienda relacionadas con las finanzas y me gustaría que me contacten sobre servicios.

Información de idioma:

¿Su familia necesita un intérprete para las juntas escolares? ☐ Si ☐ No Si Responde sí , indique el idioma: _____

Información de hermanos/hermanas: Enumere todos los hermanos, incluso si están inscritos en otra escuela.

Nombre:	Edad/FDN	Escuela Que Están Atendiendo	Grado

Declaración de Inscripción: 2022-23

Estoy certificando que soy el padre o guardián legal de, o he obtenido custodia legal por las cortes judiciales por, _____ (Nombre del estudiante).

También certifico que toda la información que puse en este paquete de inscripción es actual y precisa. Certifico que cualquier información falsa, omisiones, o falsa representación de información puede resultar en el rechazo de este paquete de inscripción, revocación de una transferencia, o despido del inscrito.

Presentaré prueba de custodia legal y todos los documentos requeridos para completar la inscripción. No hacerlo resultará en que la inscripción de mi hijo/hija no sea elegible.

Firma del Padres /Guardianes Legales: _____ Fecha: _____

Firma del Padres /Guardianes Legales: _____ Fecha: _____



CONTRATO DE HOGAR Y ESCUELA 2022-23

Como Maestra/Maestro, Yo _____, me esforzaré por:

- Creer que cada niño puede aprender;
- Respetar y valorar la unicidad de cada niño y su familia;
- Proporcionar un entorno que promueva el aprendizaje activo;
- Hacer cumplir las reglas y expectativas en el salón de clases y en toda la escuela de una manera justa y consistente;
- Ayudar a cada niño a lograr los requisitos esenciales de aprendizaje académico;
- Documentar la evaluación continua del progreso académico de cada niño;
- Mantener líneas abiertas de comunicación con estudiantes y padres;
- Buscar formas de involucrar a los padres en los programas escolares; y
- Demostrar un comportamiento profesional y una actitud positiva.

Como padre/guardián, Yo _____, me esforzaré por:

- Creer que mi hija/hijo puede aprender y demostrar crecimiento
- Mostrar respeto y apoyo por mi hijo/hija, el personal y la escuela;
- **Ver que mi hijo/hija atiende la escuela regularmente y llegue a tiempo;**
- Proporcionar un lugar tranquilo para que mi hija/hijo estudie en casa;
- Animar a mi hijo/hija a completar todas las tareas asignadas;
- Hablar con mi hijo/hija sobre sus actividades escolares todos los días; y
- Animar a mi hijo/hija a leer en casa y aplicar todo su aprendizaje a la vida diaria.

Como estudiante, yo _____, me esforzaré por:

- Creer que puedo aprender y crecer.
- Mostrar respeto por mí mismo, mi escuela y otras personas;
- Siempre tratar de hacer mi mejor esfuerzo en mi trabajo y mi comportamiento;
- Trabajar en cooperación con otros estudiantes y personal;
- Obedecer las reglas y expectativas en el salón de clases y en toda la escuela; y
- Venir a la escuela preparado con mi tarea y útiles.

Como miembros de la comunidad educativa de Western Gateway, juntos somos socios en la educación de sus hijos, y juntos mantenemos la intención de este contrato.

Como
personal y los
contrato.

Directora Académica, yo, represento a todo el
estudiantes de Western Gateway en afirmando este



Escuela Primaria Western Gateway
Permisos y Autorizaciones

X ____ INICIALES: **ESCUELA CHÁRTER** Entiendo que inscribiendo a mi hijo en WGES, renuncio a mi derecho a atender la escuela pública local.

X ____ INICIALES: **DECLARACIÓN DE AFIRMACIÓN DE MISIÓN** Entiendo y estoy de acuerdo en apoyando la misión de WGES, "Creamos una experiencia de aprendizaje que valora a los niños, el idioma, la cultura y la comunidad. Desafiamos a nuestros estudiantes a aprender, crecer, retribuir a nuestro mundo y ser exploradores seguros de la vida. Invitamos a su familia a ser parte de nuestra familia escolar." También aceptó apoyar al director de la escuela y al personal en persiguiendo esta misión.

X ____ INICIALES: **TRANSPORTE** Entiendo que WGES no proporciona servicios de transporte para estudiantes ha y de la escuela. También entiendo que es mi responsabilidad proporcionar o hacer arreglos para el transporte de mi hijo ha y de la escuela todos los días. Cumpliré con las leyes estatales de asistencia obligatoria. WGES trabajará a través de los problemas y necesidades de transporte con las familias, caso por caso.

X ____ INICIALES: **EXCURSIONES A PIE** Por la presente doy permiso para que mi hijo participe en excursiones a pie desde WGES a lugares cercanos (por ejemplo, Wheeler Park, Rotary Park, Capitol Hill Library, etc..) Los maestros notificarán a los padres sobre los viajes programados regularmente. Los maestros también notificarán a los padres sobre cualquier excursión a pie adicional con al menos 24 horas antes del evento.

X ____ INICIALES: **FOTOGRAFÍAS** Entiendo que las fotografías de los estudiantes se pueden usar en anuarios, boletines informativos, sitios web y otras publicaciones relacionadas con la escuela (por ejemplo, publicaciones de la PTA). Si no quiero que se use o divulgue la fotografía de mi estudiante para estos propósitos o para los medios de comunicación, debo comunicarme con la oficina de la escuela para enviar una solicitud escrita. Este formulario debe estar completado cada año.

X ____ INICIALES: **DIRECTORIO ESCOLAR** Entiendo que la escuela o la PTA pueden publicar un directorio escolar y compartir información de contacto con los representantes de clases que podrían incluir: nombre del estudiante, nivel de grado, maestros de clases, nombres de los padres/guardianes y información de contacto. Si no deseo que se divulgue mi nombre y información de contacto para estos propósitos, debo comunicarme con la oficina de la escuela para enviar una solicitud escrita. Este formulario debe estar completado cada año.

X ____ INICIALES: **USO DE INTERNET** Entiendo que WGES proporciona recursos redes de computadoras. El uso de recursos electrónicos deberá ser consistente con el propósito, misión y metas de WGES. También se utilizará solamente por propósitos educativos y profesionales. Entiendo que mi hijo puede estar usando un dispositivo electrónico (por ejemplo, iPad, Chromebook, tableta) y que el uso es monitoreado por la seguridad del estudiante y el programa de administración de dispositivos.

X ____ INICIALES: **COMPROMISO DE LA PARTICIPACIÓN DE LOS PADRES / GUARDIANES** Reconozco y afirmo que la participación de los padres en la educación de un niño es de primordial importancia. El rol clave de los padres/guardianes es reforzar y ayudar al maestro en lo académico, el aprendizaje social/emocional en la clase y en la casa. WGES anima a los padres a demostrar esta participación convirtiéndose en miembros activos del entorno educativo de WGES. Es esperada la participación de los padres y se puede monitorear para permitir que la escuela tome decisiones basadas en datos con respecto a las oportunidades de participación de los padres.

X ____ INICIALES: **PUNTUALIDAD, ATENDENCIA:** Entiendo que WGES comienza el día escolar a las 8:00 a.m. y termina a las 3:30 p.m los lunes, martes, jueves y viernes. El día escolar comienza a las 8:00 a. m. y termina a las 2:00 p. m. los miércoles. Atender y llegar a tiempo todos los días es muy importante. Me comprometo a apoyar la puntualidad / asistencia a WGES. No mantener una asistencia y puntualidad satisfactoria de acuerdo con el Manual del estudiante de WGES puede resultar en la revocación de la transferencia, si corresponde, y otras acciones disciplinarias.

____ INICIALES: **CÓDIGO DE VESTIMENTA UNIFORME:** Prometo apoyar el código de vestimenta de uniforme. No mantener una vestimenta satisfactoria de acuerdo con las reglas de uniforme puede resultar en la revocación de la transferencia, si corresponde, y otras acciones disciplinarias.

X ____ INICIALES: **DISCIPLINA Y TRABAJO ACADÉMICO** Reconozco que mi hijo seguirá el Código de Conducta y Expectaciones de WGES y también el Plan de Disciplina Nivelada. Para tener un entorno propicio para el aprendizaje, cada niño es responsable de su propio comportamiento y aprendizaje. El cumplimiento de las reglas publicadas es obligatorio. Incumplimiento resultará en la revocación de la transferencia, si corresponde, y otras acciones disciplinarias. Además, mi hijo y yo estamos comprometidos con el trabajo académico, la tarea, las asignaciones diarias de clase y el mantenimiento del crecimiento académico continuo.

X ____ INICIALES: **MANUAL DEL ESTUDIANTE** Reconozco que mi hijo y yo entendemos el Manual del estudiante de WGES y que está disponible en línea en el sitio web de WGES. Leeremos y vamos a cumplir con las reglas en el Manual del estudiante. Las copias en papel estarán disponibles a pedido.

_____ Nombre de los Padres	_____ Nombre de Estudiante (Please Print)
-------------------------------	--

_____ Nombre de Maestro/Maestra	_____ Fecha
------------------------------------	----------------

_____ Firma de los Padres 2022-23	_____ Numero de Telefono de los Padres
--------------------------------------	---

WGES Directiva Del Padre **De Entrega de Niños al Finalizar las Clases 2022-23**

La siguiente información ayudará a nuestro personal a asegurarse de que su hijo esté en el lugar correcto para los procedimientos **a la salida de los niños de la escuela**. Nuestro objetivo es que todos los **niños salgan de la escuela** de una manera segura de Western Gateway. El maestro/maestra de su hijo debe de saber las instrucciones de usted, el padre, para poder llevar a los niños en la forma correcta todos los días. *Cambiando esta información puede confundir a los estudiantes y profesores.* Por favor recuerde, todos los estudiantes solo son entregados a adultos con una Tarjeta que es igual al Número de Estudiante.

El nombre del niño/niña _____ Número de Salida para la entrega de su niño/niña
(completado por oficina): _____ Grado: _____ Maestro/Maestra: _____ Por favor indique poniendo una X en la columna de *cada día para saber cómo su hijo irá a casa al final del día* y deje este formulario con el maestro/maestra de su hijo/hija.

	Recogido por automóvil	Recogido Por Guardería Autobús /Camion	Caminando a casa	YMCA (en el sitio)
Lunes				
Martes				
Miércoles 2:00				
Jueves				
Viernes				

Personas Autorizadas Para Recoger

Apunte los nombres de las personas autorizadas a recoger a su hijo/hija regularmente.

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

*GUARDERÍA- Si su hijo/hija va ir en un autobús/ camioneta de guardería,complete la información que sigue :
Nombre de la Guardería: _____ Domicilio: _____ Número de Teléfono: _____
Persona de Contacto: _____

* Información de Hermanos: Siempre mandamos al hermano/hermana mayor a la zona de carga del hermano menor para que lo recoge. Si su hijo/hija tiene un hermano en Western Gateway, complete la información que sigue:

Nombre de hermanos: _____

Grado: _____ Maestro/Maestra: _____ * Si no van a recoger a sus hijos juntos, apunte atrás de este formulario.

Nombre del padre: _____ Número de Teléfono: _____

Firma de los Padres: _____ Fecha: _____

ALERTA MÉDICA ANUAL

Escuela Primaria Western Gateway

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

PADRES/GUARDIANES LEGALES: _____ AÑO ESCOLAR: _____ GRADO: _____

Se debe entregar una copia firmada de este formulario a la oficina como parte de la inscripción anual.

Si el medicamento recetado se administrará en la escuela, **debe estar** en el contenedor *original* de la receta y el formulario de *Autorización para la Administración de Medicamentos* debe estar firmado por el médico que prescribe y el padre/guardián legal.

_____ Mi hija/hijo **no** tiene ninguna condición médica.

_____ Mi hija/hijo tiene alguna condición médica. Por favor, marque y explique cualquier condición médica que tenga su hijo/hija y que le gustaría que estén informados la escuela y personal.

Condiciones Médicas	Tratamiento
Alergias ☐ Fiebre del heno ☐ Reacciones a picadas o mordidas de insectos ☐ Medicamentos ☐ Comidas ☐ Otro _____	
Asma	
Diabetes	
Trastorno Convulsivo	Plan De Acción Requerida. Ven A Ver La Oficina.
Problemas Oyendo	Plan De Acción Requerida. Ven A Ver La Oficina.
Problemas Visuales	
Otro (por favor explique):	

CLASE DE EDUCACIÓN FÍSICA

_____ Mi hijo/hija puede participar en P.E. SIN restricciones.

_____ Mi hijo puede participar en P.E. con ciertas restricciones.

EXPLIQUE: _____

_____ Mi hijo/hija NO PUEDE participar en P.E. porque tiene restricciones médicas. *(Es Necesario una nota del médico)*

Firma Del Padre / Guardián Legal: _____ Fecha: _____

Escuela Primaria Western Gateway
Autorización para la Administración de Medicamentos

Autorización y solicitud para la Administración de Medicamentos en la escuela que se usará cuando un médico ordene:

- A. Medicamentos recetados que se administrarán por más de un período de 10 (diez) días.
- B. Medicamento que debe administrarse sólo cuando sea necesario.
- C. Medicamentos de “venta libre” o sin receta.

Estudiante: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Número de Teléfono: _____

Maestro/Clase: _____ Grado: _____ Escuela: _____ Número
de Teléfono: _____ Fax: _____ Fecha en que la escuela recibió el
formulario: _____

PARA SER COMPLETADO POR EL MÉDICO O PRESCRIPTOR AUTORIZADO:

1. Razón por medicamento: _____

2. Nombre de medicamento: _____

3. Dosis/cantidad que debe darse : _____

4. Horario específico en que se administra: _____

5. Duración (Semana, Mes, indefinida, etc.) _____

6. Reacción anticipada a la medicación (síntomas, efectos secundarios, etc.) _____

7. Tipo de medicación / tratamiento: _____

Tabletas ____ Líquido ____ Inhalador ____ Inyección ____ Nebulizador ____ Otro _____

8. Requisitos especiales de almacenamiento:

Ninguno ____ refrigerar ____

Nombre del Médico Firma del Médico Fecha

Domicilio Número de Teléfono Fax

PARA SER COMPLETADO POR EL PADRE / GUARDIÁN:

Por la presente solicito y doy mi permiso para que la escuela mencionada anteriormente administre a mi hijo/hija el medicamento recetado en este formulario. Si el medicamento es recetado por un médico, la etiqueta de la farmacia debe estar en el medicamento. Si este medicamento es un "medicamento de venta libre", debe traer el medicamento en el envase / caja original. También entiendo que seré responsable de recoger cualquier medicamento al final del año escolar. Cualquier medicamento que quede en la escuela después del 1 de junio se desechará utilizando el procedimiento correcto.

Parent/Guardian Signature Fecha

Revised: 6/1/21

Prototipo de solicitud para familias de comidas gratis o a precio reducido para el año 2020-2021

Rellene una solicitud por vivienda. Utilice un bolígrafo (no un lápiz).

Realice la solicitud en línea en

PASO 1 Enumerar a TODOS los miembros de la vivienda que sean bebés, niños y estudiantes hasta el 12.º grado inclusive (si se requieren más espacios para nombres adicionales, adjunte otra hoja de papel)

Definición de **miembro de la vivienda**: "Cualquier persona que viva con usted y comparta ingresos y gastos, aunque no estén emparentados".

Los niños en **régimen de acogida** y los que encajan en la definición de **personas sin hogar, migrantes o fugados** tienen derecho a recibir comidas gratis. Lea **Cómo solicitar comidas escolares gratis o a precio reducido** para obtener más información.

Nombre del niño	Inicial del segundo nombre	Apellido del niño	Grado	¿Estudiante? Sí No	Niño en régimen de acogida	Sin hogar, migrante, fugado

PASO 2 ¿Algún miembro de su vivienda (incluido usted) participa actualmente en uno o más de los siguientes programas de ayuda: ¿SNAP, ANF o FDIPIR?

En caso **NEGATIVO** > Vaya al PASO 3. En caso **AFIRMATIVO** > Escriba aquí un número de expediente y vaya al PASO 4 (No rellene el PASO 3)

Número de expediente:

Escriba solo un número de expediente en este espacio.

PASO 3 Declarar los ingresos de TODOS miembros de la vivienda (Omita este paso si su respuesta es "Sí" en el PASO 2)

¿No está seguro de qué ingresos incluir aquí?

Dele la vuelta a la página y consulte las listas tituladas "Fuentes de ingresos" para obtener más información.

La lista "Fuentes de ingresos de niños" le ayudará en la sección Ingresos del niño.

La lista "Fuentes de ingresos de adultos" le ayudará en la sección Todos los miembros adultos de la vivienda.

A. Ingresos del niño
A veces, los niños de la vivienda tienen ingresos. Incluya los ingresos TOTALES obtenidos por todos los miembros de la vivienda enumerados en el PASO 1 aquí.

B. Todos los adultos miembros de la vivienda (incluido usted)
Enumere a todos los miembros de la vivienda que no aparezcan en el PASO 1 (incluido usted), aunque no reciban ingresos. Por cada miembro de la vivienda enumerado, si reciben ingresos, declare el ingreso total bruto (antes de impuestos) por cada fuente en dólares en números enteros (sin centavos) solamente. Si no reciben ingresos de ninguna fuente, escriba '0'. Si escribe "0" o deja algún campo en blanco, está certificando (prometiendo) que no hay ingresos que declarar.

Ingresos del niño

\$

¿Con qué frecuencia?

Semanales

Quincenales

Bimensuales

Mensuales

Nombres de los miembros adultos de la vivienda (nombre y apellido)

Ingresos profesionales

¿Con qué frecuencia?

Ayuda pública/ manutención infantil / pensión alimenticia

¿Con qué frecuencia?

Pensión/jubilación/ otros

¿Con qué frecuencia?

\$

\$

\$

\$

\$

\$

Semanales

Quincenales

Bimensuales

Mensuales

Semanales

Quincenales

Bimensuales

Mensuales

Semanales

Quincenales

Bimensuales

Mensuales

Semanales

Quincenales

Bimensuales

Mensuales

Total de miembros de la vivienda (Niños y adultos)

Últimos cuatro dígitos del número de la Seguridad Social (SSN - Social Security Number) del sustento principal u otro miembro adulto de la vivienda

Marque si no tiene SSN

X

X

X

X

X

PASO 4 Información de contacto y firma de un adulto Devuelva la solicitud rellena a:

"Certifico (prometo) que toda la información de esta solicitud es veraz y que he declarado todos los ingresos. Entiendo que esta información se da en relación con la recepción de fondos federales, y que las autoridades escolares pueden verificar (comprobar) la información. Soy consciente de que si he dado información falsa con conocimiento de causa, mis niños pueden perder la prestación de alimentación y se me podría procesar con arreglo a las leyes federales y estatales pertinentes".

Dirección (si está disponible)

Apartamento n.º

Ciudad

Estado

Código postal

Teléfono durante el día y correo electrónico (opcional)

Nombre del adulto que firma el formulario

Firma del adulto

Fecha de hoy

INSTRUCCIONES

Fuentes de ingresos

Fuente de ingresos de niños	
Fuentes de ingreso del niño	Ejemplo(s)
- Ingresos profesionales	- Un niño tiene un trabajo fijo a tiempo completo o parcial en el que gana un sueldo o salario
- Seguridad Social - Pagos por discapacidad - Beneficios al supérstite	- Un niño es ciego o discapacitado y recibe prestaciones de la Seguridad Social - Uno de los padres es discapacitado, está jubilado o ha fallecido, y su niño recibe prestaciones de la Seguridad Social
- Ingresos de una persona ajena a la vivienda	- Un amigo u otro familiar da regularmente dinero al niño
- Ingresos de cualquier otra fuente	- Un niño recibe ingresos regulares de un fondo de pensiones privado, anualidad o fideicomiso

Fuente de ingresos de adultos		
Ingresos profesionales	Ayuda pública / pensión alimenticia / manutención infantil	Pensión / jubilación / otros
- Sueldo, salario, bonos en efectivo - Ingresos netos como autónomo (granja o negocio) Si está en el Ejército de Estados Unidos: - Sueldo básico y bonos en efectivo (NO incluya el pago de combate, FSSA o subsidios de vivienda privatizados) - Subsidios por vivienda fuera de la base, alimentación y ropa	- Prestación por desempleo - Indemnización laboral - Ingresos de seguridad suplementarios (SSI - Supplemental Security Income) - Ayuda económica del estado o gobierno local - Pagos de pensión alimenticia - Pagos de manutención infantil - Prestaciones para los veteranos - Prestación por huelga	- Seguridad Social (incluidas las prestaciones de jubilación de empleados ferroviarios y por neumoconiosis) - Pensiones privadas o prestación por discapacidad - Ingresos regulares de fideicomisos o bienes inmuebles - Anualidades - Ingresos de inversión - Intereses ganados - Ingresos de alquiler - Pagos regulares en efectivo ajenos a la vivienda

OPCIONAL

Identidad étnica y racial de los niños

Estamos obligados a solicitar información sobre la raza de sus niños y su origen étnico. Esta información es importante y ayuda a garantizar que servimos completamente a nuestra comunidad. Responder a esta sección es opcional y sus niños seguirán teniendo derecho a solicitar comidas escolares gratis o a precio reducido.

Grupo étnico (marque uno): ☐ Hispano o latino ☐ No hispano o latino
Raza (marque una o más): ☐ Indio americano o nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro o afroamericano ☐ Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico ☐ Blanco

La **ley nacional de comidas escolares Richard B. Russell** requiere esta información en esta solicitud. No está obligado a dar esta información, pero si no lo hace, no podemos autorizar que sus niños reciban comidas gratis o a precio reducido. Debe incluir los últimos cuatro dígitos del número de la Seguridad Social del miembro adulto de la vivienda que firma la solicitud. No son obligatorios los últimos cuatro dígitos del número de la Seguridad Social cuando realiza la solicitud en nombre de un niño en régimen de acogida o si proporciona un número de expediente de Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP - Programa de asistencia de nutrición complementaria), Temporary Assistance for Needy Families (TANF - Asistencia temporal para familias necesitadas) Program or Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR - Programa de distribución de alimentos en reservas indias) u otro identificador FDPIR de su niño, o cuando indica que el miembro adulto de la vivienda que firma la solicitud no tiene un número de la Seguridad Social. Usaremos su información para determinar si su niño tiene derecho a recibir comidas gratis o a precio reducido, y la administración y ejecución de los programas de comida y desayuno. PODEMOS compartir esta información con los programas de educación, salud y nutrición para ayudarlos a evaluar, financiar o determinar las prestaciones de sus programas, auditores para revisar los programas, y agentes del orden público para ayudarlos a investigar violaciones de las normas del programa.

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de EE. UU. (USDA - U.S. Department of Agriculture), el USDA, sus organismos, oficinas y empleados, y las instituciones que participan o administran los programas del USDA tienen prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen étnico, sexo, discapacidad, edad o tomar represalias o venganza por actividades anteriores a los derechos civiles en cualquier programa o actividad llevada a cabo o financiado por el USDA.

Las personas con discapacidad que requieran medios alternativos de comunicación para informarse del programa (por ejemplo, braille, letra grande, cinta de audio, lengua americana de signos, etc.) deben ponerse en contacto con el organismo (estatal o local) donde solicitaron sus prestaciones. Las personas sordas o con problemas de audición o deficiencias en el habla pueden ponerse en contacto con el USDA a través del Federal Relay Service (servicio federal de transmisiones) en el (800) 877-8339. Además, puede encontrar información del programa en otros idiomas además del inglés.

Para presentar una queja por discriminación contra el programa, rellene el formulario de quejas por discriminación contra el programa de USDA, (USDA Program Discrimination Complaint Form - AD-3027) disponible en línea en: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, y en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida al USDA con toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de queja, llame al (866) 632-9992. Envíe el formulario rellenado o carta al USDA por:

correo: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410
fax: (202) 690-7442; o
correo electrónico: program.intake@usda.gov.

Esta institución aplica el principio de igualdad de oportunidades.

No rellenar

Para uso exclusivo del colegio

Annual Income Conversion: Weekly x 52, Every 2 Weeks x 26, Twice a Month x 24 Monthly x 12

Total Income

How often?

WeeklyBi-Weekly2x MonthMonthly

Household size

Categorical Eligibility

Eligibility:

FreeReducedDenied

Determining Official's Signature

Date

Confirming Official's Signature

Date

Verifying Official's Signature

Date

****Este formulario es solo para estudiantes en los grados de Pre-Kindergarten, Kindergarten o 1er.****

Escuela Primaria Western Gateway

Inscripción Inicial Formulario de Participación-Información del Estudiante para el Año Escolar ____ - ____

Para propósitos legislativos, El Proyecto de Ley Senatorial 569 pide que un distrito escolar solicite información sobre la participación de los estudiantes al padre o guardián al momento de la inscripción inicial en una escuela pública de Oklahoma.

Complete este formulario si:

- El nivel de grado del estudiante para este año escolar es Pre-Kindergarten, Kindergarten o 1er.
- Esta es la primera vez que el estudiante se inscribe en una escuela pública de Oklahoma.
- Eres el padre o guardián legal del estudiante.

Escriba de forma legible.

Distrito escolar: Escuela Primaria Western Gateway

Escuela: _____

Nombre legal del estudiante: _____
Nombre Apellido

Fecha de nacimiento del estudiante: _____
Mes Día Año

Sexo del estudiante(Por favor marque uno): ☐ Masculino ☐ Femenino

Nivel de grado del estudiante para el año escolar mencionado anteriormente: ☐ PK ☐ K ☐ 1st

¿Participó el estudiante en alguno de los siguientes programas? Indíquelo marcando SÍ o NO para cada programa.

Programa	Si	No
Un programa de cuidado infantil que es licenciado por el Departamento de Servicios Humanos.		
El programa Sooner Start operado por el Departamento de Educación del Estado.		
El programa Padres como Maestros de Oklahoma (OAT) operado por el Departamento de Educación del Estado		
El programa Children First operado por el Departamento de Salud del Estado		
Cualquier programa de prevención del abuso infantil operado por el Departamento de Salud del Estado (i.e cuidados de crianza)		
Cualquier programa de Head Start financiado por el gobierno federal		

Por favor devuelva este formulario a la oficina de su escuela.

AÑO ESCOLAR:

ENCUESTA DE IDIOMAS HABLADO EN EL HOGAR



DATOS DEL ALUMNO

Nombre del alumno: _____ Grado: _____
 Apellido(s) Nombre Segundo Nombre

Fecha de nacimiento: _____ Escuela: _____ No. de carnet estudiantil: _____ Genero: Masculino Feminino
 MM/DD/AAAA

¿Es el alumno de cultura u origen hispano o latino? **SI** **NO**

Seleccione una o más de las siguientes razas:

afroamericana/negra amerindia o nativa de Alaska asiática
 Hawaiana o isleña del Pacífico caucásica/blanca

Las preguntas siguientes nos ayudan a determinar si exposición del estudiante a idiomas fuera del ingles podria hacerlos eligibles para recibir recursos adicionales de English Learners (Aprendiz de inglés).

- ¿Cuál es el idioma predominante que con mayor frecuencia habla el alumno? _____
- ¿Cuál es el idioma que normalmente se habla en el hogar, independientemente del idioma que habla el alumno? _____
- ¿Cuál fue el idioma que el alumno aprendió por primera vez? _____
- ¿Requiere el padre/tutor servicios de interpretación? **SI** **NO** En su caso, ¿para qué idioma? _____
- ¿Requiere el padre/tutor materiales traducidos? **SI** **NO** En su caso, ¿para qué idioma? _____
- ¿En qué fecha se inscribió el alumno por primera vez en una escuela en Estados Unidos? _____
 MM/AAAA

FECHA (MM/DD/AAAA)

Firma del padre/tutor

SOLO PARA USO ESCOLAR

The response of a language other than English to any or all of questions #1, #2, and #3 above should prompt local review of the student's potential EL identification and assessment history in the state Accountability Reporting application. If no previous EL history is present, the student must be administered a state-approved screening tool to determine their EL status.

If this HLS will be used for the purposes of Non-EL Bilingual qualification, please indicate one of the following:

A language other than English is indicated **TWO OR MORE TIMES** in questions #1, #2, and #3 above. The student is considered **"more often"** and has previously demonstrated English language proficiency on the PKST* or WIDA assessment :

Assessment Name:

Year Assessed:

Score:

A language other than English is indicated **ONE TIME** in questions #1, #2, and #3 above. The student is considered **"less often"** and has demonstrated English language proficiency on the PKST* or WIDA assessment. The student's PKST* or WIDA assessment score and additional qualifying score is noted on the attached "Less Often" Non-EL Bilingual Qualification Form.

*A PKST score is valid only for a student's pre-K year(s). Regardless of the PKST score earned, a student administered the PKST must be administered the WIDA K Screener at the outset of kindergarten. To qualify a student as Non-EL Bilingual beyond their pre-K year, a student must either demonstrate initial proficiency on the WIDA K Screener or subsequently on the K ACCESS or ACCESS assessment.