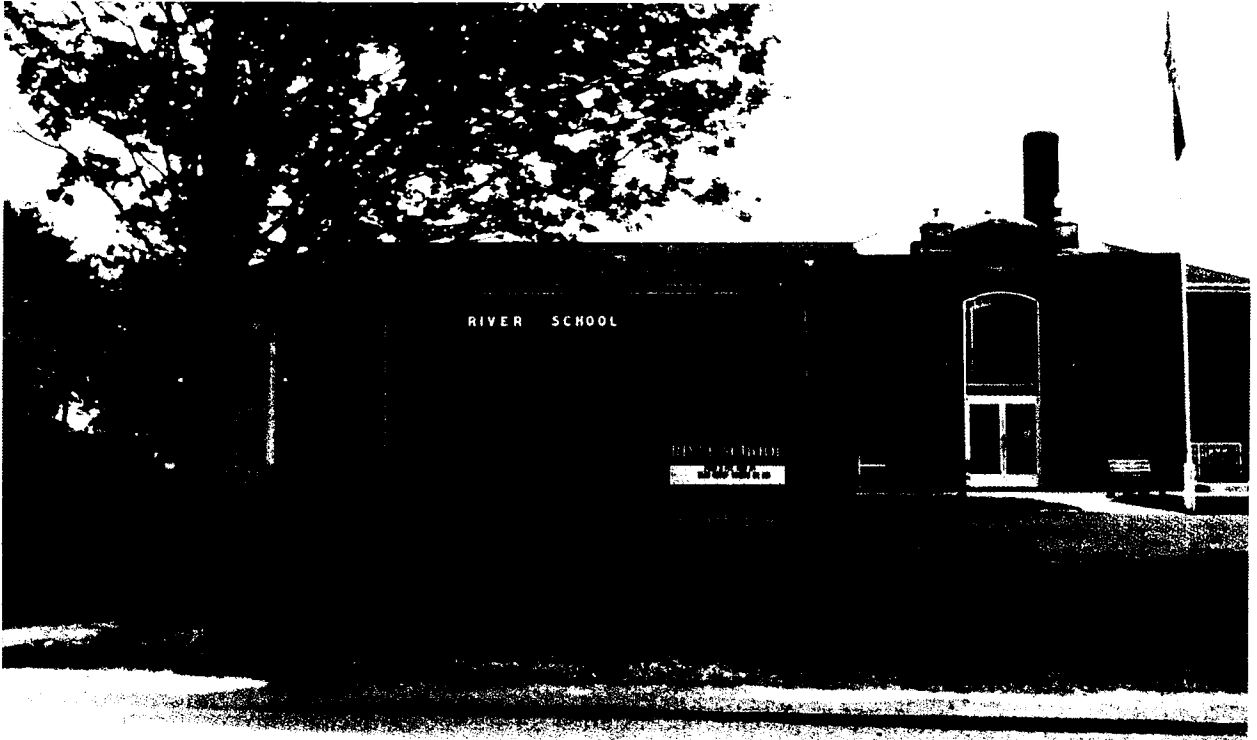


**SODUS TOWNSHIP SCHOOL DISTRICT #5  
RIVER SCHOOL  
4439 RIVER RD  
SODUS, MI 49126  
(269) 925 6757  
WWW.RIVERSCHOOLK8.ORG**

**2024-25  
ENROLLMENT PAPERWORK  
Spanish  
Kindergarten**



**Escuela del Río, municipio de Sodus # 5**

**4439 River Road Sodus, Michigan 49126**

**Teléfono (269) 925-6757 Fax (269) 925-3144**

**Kinder**

**de Padres  
de retención  
en nómina**

**Escuela  
retención  
en nómina**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Formulario de Inscripción**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Autorización para divulgar los registros escolares** (firmas de los padres)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Escuela de Elección Formulario**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Educación Especial / IEP** (Administración para confirmar con la escuela anterior)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Prueba de residencia (debe tener uno de los siguientes)**

- Contrato de Compra
- de arrendamiento actual / Alquiler Acuerdo de
- la propiedad actual aviso de impuestos

**debe tener uno de los siguientes**

- actual factura de servicios públicos
- registros del votante tarjeta
- Otro \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Acta de nacimiento (copia certificada)**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**registro de Inmunización** (completado por el médico o BCHD)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Form Health Apreciación** (completado por el médico)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**visión / audición Forma** (completada por el médico o BCHD)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Residencia Formulario de Información**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**documentos de custodia** (aplicable sólo si el niño no está viviendo con un padre nombrada en el certificado de nacimiento certificada)

- tutela
- Corte Colocación
- tutela limitada

Profesor de grado \_\_\_\_\_

Fecha de inscripción \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Hombre \_\_\_ Mujer \_\_\_  
Mes día año Mes día año

Lugar del nacimiento \_\_\_\_\_  
Ciudad y estado \_\_\_\_\_

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_ Teléfono # \_\_\_\_\_  
Último primero medio

Los estudiantes Dirección: \_\_\_\_\_

Nombre tutor (s): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa #: \_\_\_\_\_

**Hombre Guardián / Padre**

Teléfono móvil # \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Teléfono del trabajo #: \_\_\_\_\_

**Mujer Guardián / Padre**

Teléfono móvil # \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Teléfono del trabajo # \_\_\_\_\_

**Contacto de emergencia :** (Por favor, una lista de alguien que no sea usted mismo)

Contacto Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ civil: \_\_\_\_\_

Contacto Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ civil: \_\_\_\_\_

**Código étnico:** Por favor marque todos los que correspondan: \_\_\_ (1) \_\_\_ Blanca no origen hispano / hispano (2)

\_\_\_ Negro / no origen hispano (3) \_\_\_ las Islas del Pacífico Asiático o (4) \_\_\_ Amer. Indian / Alaska (5)

**Es la lengua materna de su hijo un idioma distinto del Inglés?** \_\_\_ Sí \_\_\_ No

Si es así, ¿qué idioma? \_\_\_\_\_

Es la lengua de uso en casa Inglés \_\_\_ Sí \_\_\_ No

**Última Escuela que se atendió** \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad / Estado / Código Postal \_\_\_\_\_

# Escuela de teléfono ( ) \_\_\_\_\_

Indicar los servicios especiales que su hijo recibió en la Escuela Anterior:

Discurso \_\_\_\_\_ Recuperación de Lectura Título I \_\_\_\_\_ Plan 504 ELS \_\_\_\_\_

Educación Especial \_\_\_\_\_ ¿Tiene la documentación actual de los servicios? Si no \_\_\_\_\_

Firma de los padres \_\_\_\_\_

**Derechos y Ley de Privacidad**

En cumplimiento de la Ley Federal "Derechos Educativos de la Familia y la Ley de Privacidad de 1974, Sección 99.34 que dice lo siguiente: Las escuelas pueden enviar a los estudiantes registro educativo a los funcionarios de otros sistemas escolares en los que el estudiante busca o intenta inscribirse, con la condición de que la los padres del estudiante serán notificados de la transferencia, recibir una copia del registro, si se desea y tener la oportunidad de disputar el contenido del registro. Afirmo que a medida que el padre / tutor legal, toda la información proporcionada es verdadera y exacta, y que mi hijo y yo resido en la dirección indicada anteriormente. Entiendo que cualquier información falsa proporcionada por mí, yo podría estar sujeto a sanciones legales por perjurio. Después de leer el Acta de Privacidad anteriormente, por favor, enviar los registros educativos para este estudiante ".

### INFORMACIÓN MÉDICA ESTUDIANTE

Por favor marque todos los que apliquen:

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> alergias   | <input type="checkbox"/> ADD / ADHD   | <input type="checkbox"/> Soplo en el corazón                            |
| <input type="checkbox"/> Animales *<br>problemas del corazón *  | <input type="checkbox"/> diabetes   | <input type="checkbox"/> Otros  |
| <input type="checkbox"/> picadura de abeja*<br><input type="checkbox"/> ambiental*  | <input type="checkbox"/> Dependiente de la insulina<br><input type="checkbox"/> la epilepsia              | <input type="checkbox"/> la hemofilia<br><input type="checkbox"/> Otros |
| Condiciones conocidas *   | <input type="checkbox"/> fiebre de heno   | <input type="checkbox"/> No conocida                                    |
| <input type="checkbox"/> comida*<br><input type="checkbox"/> medicación*<br><input type="checkbox"/> otro*<br><input type="checkbox"/> asma | <input type="checkbox"/> dolores de cabeza<br><input type="checkbox"/> personas con discapacidad auditiva |   |

#### \*\*Comentarios adicionales\*\*

Limitaciones físicas: \_\_\_\_\_

#### Medicación

Afirmo, que a medida que el padre / tutor legal, toda la información proporcionada es verdadera y exacta. Entiendo que cualquier información falsa proporcionada por mí, podría estar sujeto a sanciones legales por perjurio. Además, autorizo a Río School./Sodus Twp. # 5 para compartir cualquier y toda la información antes mencionada con el personal apropiado de la escuela, con el fin de proporcionar un ambiente seguro y saludable para mi hijo.

Firma del padre / tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Indicar cualquier medicamento que su hijo toma y la frecuencia con que se va a tomar.

**Si ha de ser tomado en la escuela, por favor solicite un formulario de autorización.**

**Medicamentos:** \_\_\_\_\_

**Dosis:** \_\_\_\_\_

**Con qué frecuencia:** \_\_\_\_\_

**Con quien hace niño residen:** Por favor marque uno:

- |                                       |  |
|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Ambos padres | <input type="checkbox"/> Padre / Madrastra |
| <input type="checkbox"/> único padre  | <input type="checkbox"/> Madre / Padrastro |
| <input type="checkbox"/> única madre  | <input type="checkbox"/> Guardián legal    |
| <input type="checkbox"/> Corte dejó   | <input type="checkbox"/> Relativo          |
| <input type="checkbox"/> Casa cuna    | <input type="checkbox"/> Otros: _____      |

**NO liberar mi hijo a:**

Nombre/Relación \_\_\_\_\_

Abordar si se sabe: \_\_\_\_\_

Comentarios: \_\_\_\_\_

Otros niños que residen en el hogar: \_\_\_\_\_ Paso Natural / media

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**OFFICE USE ONLY** Updated information \_\_\_\_ Student Number \_\_\_\_\_ Entry Date \_\_\_\_\_

Birth Certificate \_\_Y\_\_N Immunization Record \_\_Y\_\_N

Student Records Requested \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Received \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



**Escuela River**

Distrito Escolar Sodus Township # 5 4439 River Rd, Sodus, MI 49126

Teléfono: 269 925 6757 Fax: 269 925 3144

**Record Release Formulario 2024-2025**

NOMBRE DEL NIÑO: \_\_\_\_\_ CUMPLEAÑOS: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

TELÉFONO: \_\_\_\_\_ CELULAR TELÉFONO: \_\_\_\_\_

PADRE / TUTOR \_\_\_\_\_

ACTUAL DISTRITO del NIÑO: \_\_\_\_\_

Escuela del niño PRESENTE \_\_\_\_\_

GRADO: 2022-23 \_\_\_\_\_

LISTA DE NECESIDADES ESPECIALES: (si corresponde)

alguna vez su hijo sido expulsados de ¿colegio? \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ No

¿Ha sido su hijo suspendido de la escuela en los últimos dos años? \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ No

¿Hay algo que usted quisiera saber sobre su Child? \_\_\_\_\_

Doy permiso al distrito escolar \_\_\_\_\_ para liberar a todos los registros de la escuela Escuela River / Sodus Twp # 5 para \_\_\_\_\_

(Nombre del estudiante)

- Si se aplican más solicitantes que las ranuras están disponibles, se producirá una selección aleatoria según lo prescrito por la ley.
- Esta solicitud será considerada nula y sin efecto si se encuentra alguna de la información proporcionada a ser inexacta.

\_\_\_\_\_ padre / tutor

\_\_\_\_\_ Fecha

*De acuerdo con el Reglamento de Familias finales de Derechos Educativos y Privacidad (Enmienda Buckley), Ya no es necesario obtener el consentimiento por escrito para divulgar registros. Esta información se puede encontrar en el Registro Federal Vol 41, n ° 118, de 17 de junio, 1976*

# La Escuela River

4439 River Road

Sodus, MI 49126

Teléfono (269) 925-6757 Fax (269) 925-3144

llausch@riverschoolk8.org

Home Page [www.riverschoolk8.org](http://www.riverschoolk8.org)

A: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Colegio: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

De: \_\_\_\_\_

## **Asunto: Escuelas de Solicitud de Elección 2024-2025**

El estudiante hace referencia a continuación ha solicitado la admisión a la escuela del río debajo de las Escuelas de Preferencias de opciones. Estamos solicitando información con el fin de evaluar esta solicitud según lo previsto en la Sección 105 y 105C de la Ley de Asistencia Escolar del Estado. Se adjunta una nota de los padres para obtener esta información. Su asistencia rápida con esta forma se aprecia, y cuando el estudiante no puede inscribirse sin esta información.

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ que entran al grado:

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Se ha suspendido este estudiante durante los dos años anteriores? Si no

Tiene el estudiante una colocación del IEP? Si no

En caso afirmativo, ¿quién es la persona de contacto para obtener información?

Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Persona que completa este formulario:

Nombre: \_\_\_\_\_ Título: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Por favor envíe el formulario completado a Carol Quattrin, Escuela del río, el Distrito Escolar de Sodus Township # 5, 4439 River Rd., Sodus, MI 49126 o por fax al 269-925-3144. Gracias por su asistencia

## Información de residencia formar 2024-25

Este cuestionario está en conformidad con la Ley McKinney-Vento, USC 42 y 11431 y siguientes. Sus respuestas nos ayudarán a determinar si el estudiante cumple con los requisitos de elegibilidad para los servicios bajo la Ley McKinney-Vento.

Estudiante \_\_\_\_\_ padre / tutor \_\_\_\_\_

Escuela \_\_\_\_\_ Teléfono / Pager \_\_\_\_\_

Edad Grado \_\_\_\_\_ DOB \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Código Postal \_\_\_\_\_ ¿Es esta dirección temporal o permanente? (circule uno)

Por favor, elegir cuál de las siguientes situaciones el estudiante reside actualmente en (se puede elegir más de uno):

- \_\_\_\_\_ casa o apartamento con el padre o tutor (alquiler o propia)
- \_\_\_\_\_ Motel, coche, o camping
- \_\_\_\_\_ refugio u otro temporal vivienda
- \_\_\_\_\_ con amigos o miembros de la familia (que no sean o además de los padres / tutores)

Si usted está viviendo en una vivienda compartida, por favor marque todas de las siguientes razones que se aplican:

- \_\_\_\_\_ la pérdida de la vivienda
- \_\_\_\_\_ situación económica
- \_\_\_\_\_ temporalmente a la espera de la casa o apartamento
- \_\_\_\_\_ Proporcionar el cuidado de un familiar
- \_\_\_\_\_ estar con novio / a
- \_\_\_\_\_ pérdida de equipo
- \_\_\_\_\_ del padre / tutor se despliega
- \_\_\_\_\_ Otro (explicar)

¿Es usted un estudiante bajo la edad de 18 años y que vive separado de sus padres o tutores? Sí No

### Residencia y Derechos de Educación

Los estudiantes sin situaciones de vivienda fija, regular y adecuada tienen los siguientes derechos:

- 1) La inscripción inmediata en la última escuela que asistieron o la escuela local donde se encuentran alojados actualmente incluso si no tienen todos los documentos normalmente requeridos en el momento de la inscripción, sin temor de ser separado o tratado de manera diferente debido a su situación de vivienda;
- 2) Transporte a la escuela de origen para el día escolar regular;
- 3) El acceso a la comida gratis, Título I y otros programas educativos, y el transporte a las actividades extracurriculares en la misma medida que se le ofrece a otros estudiantes.

Cualquier pregunta sobre estos derechos puede dirigirse a los locales de McKinney-Vento al 269 925 6757 o al Coordinador de Estado.

Al firmar a continuación, reconozco que he recibido y entendido los derechos anteriores.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre / tutor / Unattached Juvenil

\_\_\_\_\_  
Fecha

### HEALTH APPRAISAL

Dear Parent or Guardian: The following information is requested so that the school can work with the parent to meet the physical, intellectual and emotional needs of the child. Fill out the information requested in Section I. Section III may be certified by the transcription of information from the certificate of immunization. The remaining sections are to be completed by a doctor, nurse and dentist (BE SURE TO BRING YOUR CHILD'S IMMUNIZATION RECORDS TO THE EXAMINATION.)

**PERSONAL**

CHILD'S NAME (Last, First, Middle)	DATE OF BIRTH (mm/dd/yy)
ADDRESS (Number & Street) (City) (ZIP Code)	TODAY'S DATE (mm/dd/yy)
PARENT/GUARDIAN (Last, First, Middle)	HOME TELEPHONE NUMBER
ADDRESS (Number & Street) (City) (ZIP Code)	WORK TELEPHONE NUMBER

**SECTION I - HEALTH HISTORY**

<p>Yes No Res # is your child having any of the problems listed below?</p> <p>h h h 1 Allergies or Reactions (for example, food, medication or other)</p> <p>h h h 2 Hay Fever, Asthma, or Wheezing</p> <p>h h h 3 Eczema or Frequent Skin Rashes</p> <p>h h h 4 Convulsions/Seizures</p> <p>h h h 5 Heart Trouble</p> <p>h h h 6 Diabetes</p> <p>h h h 7 Frequent Colds, Sore Throats, Earaches (4 or more per year)</p> <p>h h h 8 Trouble with Passing Urine or Bowel Movements</p> <p>h h h 9 Shortness of Breath</p> <p>h h h 10 Speech Problems</p> <p>h h h 11 Menstrual Problems</p> <p>h h h 12 Dental Problems: Date of Last Exam / /</p> <p>h h h Other (please describe):</p>	<p><b>Birth History:</b></p> <p>Are there any current or past diagnosis(es) h Yes h No</p> <p>If yes, please describe:</p> <p>If yes, list medications:</p> <p>Was the health history reviewed by a health professional?</p> <p>h Yes h No Examiner's Initials:</p>
<p>h h Does your child take any medication(s) regularly?</p> <p>Reason for Medication</p> <p>Parent/Guardian Signature Date</p>	

**SECTION II - PHYSICAL EXAMINATION, INSPECTION, TESTS AND MEASUREMENTS**

Required for Child Care and Head Start / Early Head Start

**Tests and Measurements**

No	Yes	Was child tested for:	Test results:	No	Ref	Un	No	Yes	Was child tested for:	Test results:	No	Ref	Un
al	es			al	er	der	al	es			al	er	der
h	h	VISION	Visual Acuity Muscle Imbalance Other				h	h	HEIGHT & WEIGHT	Height Weight Other			
h	h	HEARING	Audiometer Other				h	h	HEMOGLOBIN / HEMATOCRIT				
h	h	URINALYSIS	Sugar Albumin Microscopic				h	h	BLOOD PRESSURE	Reading:			
		BLOOD LEAD LEVEL	Level						TUBERCULIN	Type			
<p>NOTE: Blood lead level required for all children enrolled in Medicaid must be tested for the first time at the age of one year or once between three and six years of age if not previously tested. All children under age six living in high-risk areas should be tested at the same intervals as listed above.</p>										<p>Examinations and</p>			
<p>Initial Findings Deviating from Normal:</p>													
<p>Date / /</p>													
<p>Exam Date: / /</p>													



**SECTION III - IMMUNIZATIONS**  
 Statements such as "UP-TO-DATE" or "COMPLETE" will not be accepted. Admission to school may be denied on the basis of this information.

VACCINES (Circle Type)	DATE ADMINISTERED MM/DD/YYYY		VACCINES (Circle Type)	DATE ADMINISTERED MM/DD/YYYY	
Hepatitis B (HepB)	1	3	Hepatitis A (HepA)	1	2
	2		Influenza (IV/LA/IV)	1	3
DTaP/DTP/DT/Td	1	4	2	4	
	2	5	Meningococcal (MCV4 / MPSV4)	1	2
	3	6	Human Papillomavirus (HPV9/HPV4/HPV2)	1	3
Tdap	1		2		
Haemophilus influenzae type b (HIB)	1	3	OTHER Vaccines Specify Date & Type	Type of Vaccine(s)	Date of Vaccine(s)
	2	4		1	
Polio (IPV/OPV)	1	3		2	
Pneumococcal Conjugate (PCV7/PCV13)	1	3	3		
	2	4	Indicate and attach physician diagnosis or laboratory evidence of immunity as applicable		
Rotavirus (RV1/RV5)	1	3	*NOTE: According to Public Act 388 of 1978, any child enrolling in a Michigan school for the first time must be adequately immunized, vision tested and hearing tested. Exemptions to these requirements are granted for medical, religious and other objections, provided that the waiver forms are properly prepared, signed and delivered to school administrators. Forms for these exemptions are available at your provider office for medical waiver forms and through your local health department for nonmedical waiver forms.		
Measles, Mumps, Rubella (MMR)	1	2			
	2				
Vaccella (Chickenpox)	1	2			

History of Chickenpox Disease? h Yes h No If yes, date \_\_\_\_\_  
 Parent/Guardian refused immunizations h \_\_\_\_\_  
 I certify that the immunization dates are true to the best of my knowledge \_\_\_\_\_  
 Health Professional's Signature \_\_\_\_\_ Title \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

**SECTION IV - RECOMMENDATIONS**  
 (Required for Child Care and Head Start/Early Head Start)

h h Is there any defect of vision, hearing or other condition for which the school could help by seating or other actions? If yes, please explain \_\_\_\_\_

h h Should the child's activity be restricted because of any physical defect or illness? If yes, check and explain degree of restriction(s) \_\_\_\_\_  
 h Classroom h Playground h Gymnasium h Swimming Pool h Competitive Sports h Other \_\_\_\_\_

Other Recommendations \_\_\_\_\_

**SECTION V - DENTAL EXAMINATION AND RECOMMENDATIONS (OPTIONAL)**

I have examined \_\_\_\_\_'s teeth. As a result of this examination, my recommendation for treatment is \_\_\_\_\_ child's name \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Dentist's Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

**PHYSICIAN'S SIGNATURE**

\_\_\_\_\_ Examiner's Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ Examiner's Name (Print or Type) \_\_\_\_\_ Degree or License \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Number & Street \_\_\_\_\_ City, MI, ZIP Code \_\_\_\_\_ Telephone \_\_\_\_\_

Information required for:

**Early On** - Hearing and Vision Status; Diagnosis; Health Status

**Child Care Licensing** - Physical Exam, Restrictions, Immunizations

**Head Start/Early Head Start** - Determination that child is up-to-date on a schedule of age-appropriate preventive and primary health care, including medical, dental, and mental health. The schedule must incorporate the well-child care visit required by EPSDT and the latest immunizations schedule recommended by the Centers for Disease Control and Prevention, State, tribal, and local authorities. An EPSDT well-child exam includes height, weight, and blood tests for anemia at regular intervals based on age

.....

Developed in Cooperation with the Department of Health and Human Services, Education, Michigan American Association of Pediatrics, Early Childhood Investment Corporation, Child Care Licensing, Head Start, Michigan State Medical Society, Michigan Association of Osteopathic Physicians and Surgeons.

**La Escuela River, Sodus Township # 5**

**4439 River Road Sodus, Michigan 49126**

**Teléfono (269) 925-6757 Fax (269) 925-3144**

**REQUISITOS DE VACUNAS**

Ley estatal requiere que cada escuela que entra estudiante estar al corriente con las vacunas en el primer día de clases. Por favor proporcione la cartilla de vacunación de su hijo cuando complete este paquete de inscripción. Se hará una copia del expediente de su hijo y el original devuelto.

Debido a cambios en las leyes de vacunación, por favor, compruebe que su hijo está al día con todas las vacunas. **Su hijo no se le permitirá entrar a la escuela sin estar al día con todas las vacunas.**

DPT	4 dosis necesaria. Si la última dosis no fue dada en o después de cumplir <sup>4</sup> años, unade Se requiere dosis refuerzo. La mayoría de los niños tendrán 5 dosis.
El tétanos	Un refuerzo contra el tétanos se requiere 5 años después de la serie inicial se haya completado. A continuación, cada 10 años booster
Polio	Se requieren 3 dosis. Si la última dosis no fue dada en o después de cumplir <sup>4</sup> años, unade se requiere dosis refuerzo. La mayoría de los niños tendrán 5 dosis
de MMR	Se requieren 2 dosis
de Hepatitis B	Se requieren 3 dosis
Varicela	2 dosis de varicela (Var) de vacunas o antecedentes de enfermedad de la varicela. (Requerido para todos los niños que entran en el jardín de infantes, los 6 <sup>to</sup> grado, y todos los niños Cambio distrito escolar)
HIB	4 dosis  Son solicitadas para todos los niños de 11-18 años de edad que están cambiando los distritos escolares o que están matriculados en 6 <sup>er</sup> grado:  1 dosis de meningocócica (MCV4 o MPSV4) vacuna.  1 dosis de / tos ferina acelular vacuna contra el tétanos / difteria (Tdap)  (Si han transcurrido 5 años desde la última dosis de la vacuna contra el tétanos / difteria - DTaP o DT)

Usted es elegible para las vacunas en el Departamento de Salud si su seguro médico no cubre vacunas. Usted puede llamar al número de teléfono principal Departamento de Salud del condado de Berrien al 926-7121 para otros momentos y lugares en el condado de Berrien.

Si las vacunas están en contra de su creencia, por favor, póngase en contacto con la Oficina 269 925 6757

**Departamento de Salud del Clínica de Vacunas**

**Departamento de Salud del Condado de Berrien**

**Benton Harbor, MI 49022**

**(269) 927 5638**

**Escuela del Río, municipio de Sodus # 5**  
**4439 River Road Sodus, Michigan 49126**  
**Teléfono (269) 925-6757 Fax (269) 925-3144**

### **Habilidades jardín de niños**

Aquí hay varias habilidades jardín de niños para centrarse en a medida que trabaja con su hijo. No sea over! preocupa si él o ella no tiene a todos hacia abajo antes del primer día de jardín de infancia. Estas son habilidades vamos a seguir trabajando en todo el año. Trate de las actividades enumeradas en las áreas de habilidades que el niño requiera trabajar antes de que empiecen las clases en el otoño. Utilice el nos ayudan a conocer a su hijo cuestionario como guía para las áreas que necesitan trabajo.

### **Escribir**

- \* Ayuda a nuestras letras hijo practique la escritura, especialmente las letras de su nombre.
- \* Enséñele a su hijo a escribir su nombre con una primera letra mayúscula y las demás letras en minúsculas.
- \* Escribir en la crema de afeitar en la bañera, la sal o el azúcar en un molde para pasteles, o en pintura de dedos para hacer la práctica más divertido y multisensorial.
- \* Deje que su hijo lo vea esa zona palabras escrito una parte de la vida diaria. Hacer listas de compras juntos, o escribir notas a familiares y amigos. Señalar las diferentes formas en que se utilizan la escritura en su rutina diaria.
- \* Deje que su niño use herramientas escolares como lápices, marcadores, crayones y tijeras. Recopilar y organizar estos materiales, junto con un poco de papel, en una caja que su hijo puede decorar y tener acceso a.

### **Carta de Reconocimiento**

- \* Juegos de juego para ayudar a su hijo a reconocer algunas letras del alfabeto.
- \* Jugar al escondite con refrigerador y del alfabeto imanes.
- \* Utilice tarjetas de ABC ir a jugar pescado.
- \* Hacer una tarjeta de identificación para su hijo. Mostrar la tarjeta en un lugar especial, y hablar de los nombres de las letras.

### **Sonidos iniciales**

- \* Haga que su hijo consciente del sonido que hace cada letra.
- \* Búsqueda de objetos de la casa que comienzan con el mismo sonido e identificar la carta que hace que cada sonido.
- \* Exagerar el primer sonido de las palabras para ayudar a su hijo a escuchar los sonidos individuales en palabras.

## **Reconocimiento de números y contando**

- \* Count durante todo el día (por ejemplo, las galletas que ella está comiendo para la merienda o los calcetines que sacar de la secadora.)
- \* Señale números que se ven en su entorno y que su hijo les nombre (por ejemplo, el número de cajas de alimentos, juguetes, casas o las señales de tráfico).
- \* Use palabras numéricas, señalan los números, e involucran a su hijo en el conteo de las actividades a medida que avanza el día.

## **Formas y colores**

- \* Si su hijo tiene problemas para reconocer ciertos colores, es posible añadir un poco de colorante de alimentos para la masa de galletas, leche o flan de vainilla hacer hincapié en esos colores.
- \* Ayude a su hijo a reconocer formas mostrándole cómo dibujar en papel y recortarlas.
- \* Jugar en el que su hijo encuentre objetos de determinados colores y formas en la casa o en el vecindario mientras conduce.

**Escuela del río, Municipio de Sodus # 5  
4439 River Rd, Sodus, Michigan 49126  
Teléfono (269) 925-6757  
Fax (269) 925-3144**

## **PARA ASEGURAR UN CERTIFICADO DE NACIMIENTO PARA SU HIJO**

Si su hijo nació en el condado de Berrien:

- Diríjase al Edificio de Administración del Condado de Berrien:  
701 Main St., St. Joseph (Secretario del Tribunal de Circuito - División de Registros Vitales)
- El costo es de \$ 13.00 (sujeto a cambios).
- Copias adicionales del mismo registro, cuestan \$ 4.00 cada copia.
- Número de teléfono: 269-983-7111, ext. 8233
- Horas: Las horas pueden variar. Consulte el sitio web para las horas actuales.

Si su hijo nació fuera del condado de Berrien o en otro estado:

- Comuníquese con el juzgado del condado / o estado en el que nació su hijo.
- Puede encontrar enlaces para cada estado en: [www.cdc.gov/nchs/w2w.htm](http://www.cdc.gov/nchs/w2w.htm)
- El costo puede variar de estado a estado.
- Inicie el proceso lo antes posible. Si está tratando con una ciudad grande, como Chicago, puede tomar bastante tiempo obtener su documento.

## **PARA OBTENER UNA LICENCIA DE CONDUCIR DE MICHIGAN, IDENTIFICACIÓN DE MICHIGAN, O PARA REGISTRO DE AUTO**

- Diríjase a la oficina PLW del Condado de Berrien, ubicada en: 1960 Mall Place, Benton Harbor (Oficina del Secretaria del Estado cerca de Meijer y Lowe's), o ingrese en línea en [www.michigan.gov/SOS](http://www.michigan.gov/SOS) y haga clic en "Licencia de conducir"
- Si es nuevo en el estado, una licencia de Michigan cuesta \$ 25.00 (sujeto a cambios).
- Si tiene una licencia actual, pero ha cambiado de dirección, puede obtener una pegatina para el reverso de su licencia (en línea o en persona) con su nueva dirección sin costo.
- También puede obtener una tarjeta de votante o actualizar su tarjeta de votante actual con su nueva dirección sin costo alguno.
- Número de teléfono de la oficina: 888-767-6424.

- Horas de oficina: Las horas pueden variar. Consulte el sitio web para las horas actuales.