

**Escuela Primaria Hardin Valley**  
11445 Hardin Valley Road  
Knoxville, TN 37932  
Dr. Sunny Scheafnocker - Líder de la escuela  
Kristi Whited - Subdirectora  
Dr. Stephanie Taylor - Subdirectora  
Dr. Karen Sharpe - Subdirectora  
865-470-2088 Fax 865-560-1480  
[www.knoxschools.org/hardinvalleyes](http://www.knoxschools.org/hardinvalleyes)

Abril de 2021

Estimados futuros padres de kindergarten:

El martes 13 de abril de 3: 30-6: 00, la escuela primaria Hardin Valley llevará a cabo nuestra ronda anual de kindergarten. Kindergarten Round Up se verá muy diferente este año de lo que ha sido en el pasado, debido a COVID-19. Este será un proceso de dos partes, en el que la documentación de inscripción deberá recogerse o descargarse y luego devolverse.

Su hijo es elegible para ingresar al jardín de infantes si cumplirá cinco años el 15 de agosto de 2021 o antes. Para los niños que ingresan a una escuela del condado de Knox por primera vez, los requisitos de admisión incluyen:

- Un certificado de nacimiento
- Prueba de vacunas actualizadas y un examen físico / saludable, registrado en un Registro de Salud Infantil de Tennessee completado por un proveedor médico o un Departamento de Salud del Condado. El formulario que debe completarse puede obtenerse de un proveedor médico o del Departamento de Salud. El examen de salud / físico debe haberse completado durante el último año (no antes del 15 de agosto de 2020) antes de ingresar al jardín de infantes. Ningún estudiante será matriculado o autorizado a asistir a la escuela sin un Certificado de Inmunización Escolar de Tennessee completado.
- Prueba actual de residencia dentro de nuestra zona escolar (ejemplo: factura de gas, agua o electricidad)

#### Obtención de la documentación de inscripción

Además de los documentos mencionados anteriormente, la documentación de inscripción para los próximos estudiantes de jardín de infantes se puede recoger en el frente de la escuela primaria Hardin Valley de 8: 30-2: 00 a partir del 22 de marzo al 13 de abril. Habrá un contenedor ubicado al frente de la escuela primaria Hardin Valley, la escuela, bajo el toldo. La documentación de inscripción también se puede descargar e imprimir desde el sitio web de nuestra escuela ( <https://www.knoxschools.org/hardinvalleyes> ) a partir del 22 de marzo.

#### Volviendo Enroll ción de Trámites

El martes 13 de abril, aceptaremos la documentación de inscripción al jardín de infantes de 3: 30-6: 00. Solo 1 adulto debe planear venir a inscribirse y debe usar una máscara. Desafortunadamente, los niños no podrán acompañar a los padres durante este tiempo de inscripción . La inscripción se realizará en el gimnasio. Si puede hacer copias de la documentación antes de venir, sería útil, pero si no, podemos ayudarlo. Si no tiene toda la documentación necesaria para la inscripción, traiga lo que tiene el 13 de abril para que podamos iniciar el proceso de inscripción de su hijo. Esto nos ayuda a planificar el próximo año escolar.

Solo podremos inscribir a estudiantes de kindergarten durante este tiempo. Si sabe de una familia con un próximo estudiante de kindergarten en la zona de Hardin Valley, por favor transmita esta información.

¡Esperamos con ansias el próximo año escolar y conocer a nuestros Hawks más nuevos!

Atentamente,

Dr. Sunny Scheafnocker  
Principal

Las escuelas del condado de Knox  
**Inscripción para los estudiantes nuevos**

SÓLO POR USO DE OFICINA	
Student ID	_____
Homeroom	_____
Year	_____
School	_____
Bus Number	_____

Fecha de Inscripción: \_\_\_\_\_

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre Segundo Nombre Grado

Seguro Social (opcional) o  
 Número de PIN del estudiante: \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Lugar de nacimiento/ciudad: \_\_\_\_\_  
 Condado de nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Estado de nacimiento: \_\_\_\_\_  
 País de nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Apellido de soltera de la madre: \_\_\_\_\_

- Sexo:**  Femenino  Masculino  
**Etnia:**  Hispano  No-Hispano  
**Raza:** (compruebe todo el que aplíquese)  
 Asiático  
 Negro  
 Indio Americano  
 Isleño Pacífico  
 Blanco  
**Dependiente de una**  El Servicio Militar Activo  
**personal en:**  La Guardia Nacional  
*(si procede)*  La Reserva Militar

**Anote el nombre de los estudiantes de la misma familia que asisten a cualquier escuela en el condado de Knox (que viven en la misma casa) -- Por favor de incluir el apellido, nombre y fecha de nacimiento.**


**Anote todos los tutores de forma individual. Si el estudiante tiene más de dos tutores, por favor utilice el espacio añadido al final de este formulario para los otros contactos.**

Contacto principal:: \_\_\_\_\_  
 Parentesco: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \*Teléfono primario #: \_\_\_\_\_  
 Tel. de emergencia: \_\_\_\_\_  
 Nombre del empleador: \_\_\_\_\_  
 Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_  
 Otro #: \_\_\_\_\_  
 \*Celular: \_\_\_\_\_  
 Email primario: \_\_\_\_\_  
 Email secundario: \_\_\_\_\_

Contacto: \_\_\_\_\_  
 Parentesco: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \*Teléfono primario #: \_\_\_\_\_  
 Tel. de emergencia: \_\_\_\_\_  
 Nombre del empleador: \_\_\_\_\_  
 Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_  
 Otro #: \_\_\_\_\_  
 \*Celular: \_\_\_\_\_  
 Email primario: \_\_\_\_\_  
 Email secundario: \_\_\_\_\_

*Este es el número de teléfono que recibe llamadas telefónicas automatizadas.*

**Notas** (personas otras que los padres/tutores quienes pueden recoger el niño.)

Nombre _____	Números de teléfono _____
Nombre _____	Números de teléfono _____
Nombre _____	Números de teléfono _____
Nombre _____	Números de teléfono _____



## KNOX COUNTY SCHOOLS

### Encuesta sobre el idioma hablado en casa

El Departamento de Educación de Tennessee requiere que todas las escuelas identifiquen el lenguaje con el que cada niño se inscribió en la escuela. Esto se logra con la encuesta sobre el idioma hablado en casa (HLS). Este documento solo se debe completar UNA VEZ en el momento de la inscripción a la escuela. Si el estudiante está siendo transferido, la escuela debe tratar de obtener el HLS original.

NOTE to registrar: If any language besides (or in addition to) English is given as an answer to questions 1-3, please give this document to the ELL teacher at your school (or who monitors your school) immediately.

### Información del Estudiante

Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Género	M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>
/ /	/ /	/ / /			
País de nacimiento	Fecha de nacimiento (mm/dd/yyyy)	Primer día de inscripción en CUALQUIER ESCUELA DE U.S. (grados K-12)			
/ /					
Primer día de ingreso a los Estados Unidos	<p>ESTA INFORMACION NO ES USADA PARA IDENTIFICAR EL ESTATUS MIGRATORIO DEL ESTUDIANTE</p> <p>Esta información nos permite saber el nivel de conocimiento y las capacidades con las que su hijo llega a la escuela.</p> <p>Esta información puede permitir que el distrito reciba fondos federales adicionales para proveer apoyo a su hijo.</p>				

### Información de la escuela

/ /20		
Fecha de inscripción en KCS	Nombre de la escuela y ciudad donde asistía	Último año cursado

Preguntas para Padres/Guardián	
<p>1. ¿Cuál fue el primer idioma que este niño aprendió a hablar?</p>	<p>¿Ha recibido este niño clases de ELL (ESL) en otra escuela?</p> <p style="text-align: center;">Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">¿Sí, si en que año fue esto?</p>
<p>2. ¿Qué idioma habla este niño frecuentemente cuando está fuera de la escuela?</p>	<p>¿Necesita usted el servicio de interprete/traductor en las reuniones de padres-profesores?</p> <p style="text-align: center;">Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>¿Si, si que idioma?</p>
<p>3. ¿Qué idioma se habla usualmente en la casa de este niño?</p>	
<p>Firma del Padre/Guardián:</p> <p>X</p>	<p style="text-align: center;">/ /20</p> <p style="text-align: center;">Fecha de hoy : (mm/dd/yyyy)</p>

NOTE to ELL teacher: Please forward a copy of this form to the ELL Central Office. Place another copy in the student's green folder and the original in the purple file which is kept in the student's CR.

## Encuesta Ocupacional de Tennessee

Para mejor servir a sus hijos, nuestro distrito escolar le gustaría identificar a estudiantes quienes pueden calificar para programas educacionales adicionales, como tutoría, materiales escolares, almuerzo gratis o a precio reducido, campamentos de verano y otros servicios. **La información que proporcione será confidencial.** Por favor conteste las siguientes preguntas y regrese este formulario a la escuela.

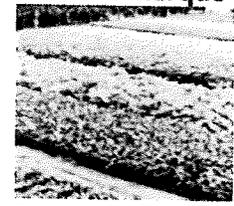
Fecha \_\_\_\_\_ Nombre del Padre/Guardian \_\_\_\_\_

Primer Nombre de Estudiante \_\_\_\_\_ Apellido de Estudiante \_\_\_\_\_

Escuela \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

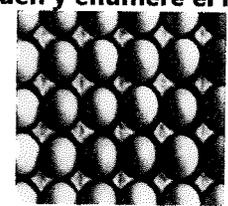
**1 ¿Durante los últimos tres años usted o alguien en su familia ha trabajado temporalmente o por temporadas en los siguientes trabajos en los Estados Unidos?**

- No
- SI. Marque todas las que apliquen y enumere el numero de meses trabajados:**



**Trabajo de campo/Agricultura** (sembrar, plantar, pizcar, cosechar, empacar, s ortear vegetales, frutas, algodon, etc.)

Total de meses trabajado: \_\_\_\_\_



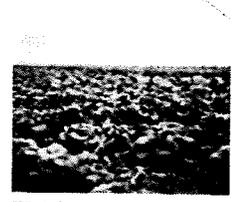
**Procesamiento/Empaque de alimentos y carnes** (vegetales y carne de res, pollo, cerdo, etc)

Total de meses trabajado: \_\_\_\_\_



**Lecheria/Ganaderia** (Ordeñar, alimentar, acorrallar)

Total de meses trabajado: \_\_\_\_\_



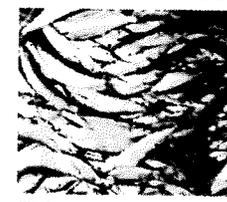
**Vivero/Invernadero** (sembrar, cultivar, plantar flores, plantas)

Total de meses trabajado: \_\_\_\_\_



**Trabajo Forestal** (sembrar, plantar, cultivar, cosechar arboles; paisajista no incluido)

Total de meses trabajado: \_\_\_\_\_



**Pesca/Procesamiento de Pescado** (sortear, empacar, pescado o mariscos)

Total de meses trabajado: \_\_\_\_\_

**2. En los últimos 3 años su familia se ha mudado a otra ciudad, condado o estado?**

- No
- SI. Cuanto tiempo lleva en su actual dirección?**
- \_\_\_\_\_ Años \_\_\_\_\_ Meses \_\_\_\_\_ Semanas

**Si respondio "si" a las preguntas, porfavor llenar las siguientes preguntas.**

Domicilio \_\_\_\_\_ Apt # \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Codigo Postal \_\_\_\_\_

Numero de Telefono \_\_\_\_\_ Mejor dia de la semana y hora para llamar \_\_\_\_\_

**For School Use Only:** Please send survey with two **YES** responses to your district migrant liaison. If you have questions, call (931) 212-9539 to speak with the Tennessee Migrant Education Program.

Student State ID:	Enrollment Date:	District ID:
-------------------	------------------	--------------

KNOX COUNTY SCHOOLS  
ANDREW JOHNSON BUILDING

*Bob Thomas, Superintendent*



## ESCUELAS DEL CONDADO DE KNOX

Para: Los Padres/Tutores que ingresan o se retiran de las escuelas del Condado Knox

De: Servicios de Apoyo Estudiantil

Re: Servicios de educación especial disponibles a través de las escuelas del Condado Knox

Las Escuelas del Condado de Knox ofrecen una gama completa de servicios para los estudiantes que califican para educación especial bajo la Ley de Mejoramiento de la Educación para Individuos con Discapacidades (IDEIA '04).

Si cree que su hijo necesita educación especial u otros servicios y desea que las escuelas del Condado de Knox le brinden esos servicios, comuníquese con la escuela a la que pertenece su hijo \_\_\_\_\_ o llame al Servicio de asistencia técnica para estudiantes al 594-1540.

Si hay registros disponibles para revisión u otra información que la escuela pueda necesitar para determinar los servicios apropiados para su hijo, firme y devuelva un formulario de Divulgación de Información disponible en su escuela para que podamos revisar esos registros y planificar servicios, si es necesario.

Gracias por su ayuda en este asunto.

\_\_\_\_\_  
Nombre del estudiante

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

**(Por favor devuelva una copia firmada de este formulario a la escuela  
y conserve una para sus archivos)**

Escuelas del Condado de Knox  
**Perfil Médico del Estudiante**

Esta información será utilizada por la enfermera de la escuela para cuidar a su hijo

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

Nombre de estudiante: \_\_\_\_\_  
(Apellido) (1° nombre) (2° nombre)

Grado: \_\_\_\_\_ Maestro/a: \_\_\_\_\_

Requirió el estudiante atención médica/hospitalización al nacer o en cualquier otro tiempo? \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ No. Sí, por favor explique: \_\_\_\_\_

¿Requiere el estudiante un procedimiento medico diario por parte de una enfermera de la escuela? Sí por favor explique: \_\_\_\_\_

¿Toma el alumno medicamentos? ¿Cuáles? \_\_\_\_\_

¿Le parece a Usted que el estudiante tiene problemas de visión, audición, o el habla? \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ No. Sí, por favor explique: \_\_\_\_\_

El estudiante tiene historia de (Marque todas las que apliquen): A= Actualmente P= En el Pasado

- | A  | P                        | A                        | P                        | A                        | P                        | A                            | P                        |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/>                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> |
| ADD/ADHD                                     |                          | ADD/ADHD                 |                          | Síndrome de Down         |                          | Shunts/hydrocephalus         |                          |
| <input type="checkbox"/>                     |                          | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> |
| Amputaciones                                 |                          | Enfermedad Celíaca       |                          | Tubo alimentación G/J    |                          | Problemas de la piel         |                          |
| <input type="checkbox"/>                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> |
| Asma/Enfermedad de las vías respiratorias    |                          | Parálisis Cerebral       |                          | Defectos Cardíacos       |                          | Problemas estomacales        |                          |
| ____ Requiere inhalador (envíelo a escuela)  |                          | Enfermedad Crohn         |                          | Hemofilia                |                          | Problemas para tragar        |                          |
| <input type="checkbox"/>                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> |
| Alergias:                                    |                          | Fibrosis Quística        |                          | Migrañas                 |                          | Traqueotomía                 |                          |
| ____ Picadoras de abejas                     |                          | Diabetes                 |                          | Distrofia Muscular       |                          | Síndrome cerebral Traumático |                          |
| ____ Comida _____                            |                          |                          |                          | Espina bífida            |                          | Lesión de columna vertebral  |                          |
| ____ Látex                                   |                          |                          |                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> |
| ____ Requiere Epi-pen (envíelo a la escuela) |                          |                          |                          | Problemas Ortopédicos    |                          | Problemas urinarios          |                          |
|  |                          |                          |                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> |
|  |                          |                          |                          | Sensibilidad a la luz    |                          | Otro: _____                  |                          |
|  |                          |                          |                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                              |                          |
|  |                          |                          |                          | Convulsiones             |                          |                              |                          |

Si ha marcado alguno, por favor explique: \_\_\_\_\_

Es importante que los maestros y el director de la escuela tengan la información médica correcta para que sean capaces de manejar apropiadamente cualquier emergencia que se presente. Resuma cualquier condición médica especial: \_\_\_\_\_

¿Requiere su hijo alguna adaptación especial para su dieta? \_\_\_\_ Si la respuesta es afirmativa y Ud. quiere que su hijo coma en la escuela, por favor obtenga del doctor de su hijo un formulario de solicitud de dietas especiales.

Forma completada por: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Parentesco con el estudiante: \_\_\_\_\_



  
espera más  
logra más

Escuelas del Condado de Knox

## Objetivos Para Entrar Kindergarten

Un niño de cinco años que tiene estas habilidades esta LISTO para la escuela.

### Letras y Sonidos:

- Le gusta que le lean y puede volver a contar la historia
- Reconoce letras y unos de los sonidos de las letras
- Repite el primer sonido de la palabra
- Hablar en frases completa
- Escribir su primer nombre

### Matemáticas:

- Cuenta en orden de 1-20
- Reconoce números y cantidades hasta cinco
- Nombre y ordena sus artículos por color, forma, y tamaño
- Tiende conceptos como mas, menos, mismo, arriba, abajo, grande, pequeño

### Social:

- Puede ponerse en nuevo grupos o situaciones
- Puede concentrar en una tarea por cinco minutos
- Sigue direcciones simples
- Ensaña amabilidad y preocupación a otros

**Leyendo juntos ayuda su niño a dominar estas habilidades.**

## **Cual es la forma mas importante para asegurar que mi hijo se quede con esta habilidades?**

Lean en voz alta, lean en voz alta, lean en voz alta....todos los días junto con su hijo. Estudios muestran que niños tienen que escuchar y compartir en cien diferente historias y canciones infantil antes que están listos para aprender y leer en la escuela. Es también importante que ellos hablan hablan y hablan lo que ellos ven todos los días y que suenan los sonidos de las palabras que están aprendiendo.

“Lo mas importante actividad para ayudar la mente de su hijo para aprender es leyendo a sus hijos, especialmente durante los años preescolar.” - El Reporte de Comisión de Leyendo.

## **Que tipo de actividades los padres pueden hacer en la casa para enseñar estos habilidades a su hijo?**

Cuando estas trabajando con su hijo, siempre deber ser divertido! Es como jugando con un propósito. Algunas ideas son:

**Hora de la merienda-** Busca letras en las cajas de comida o latas y pronunciar lo juntos.

**Manejando-** Canta canciones y leer señales como McDonald's o Walmart- apuntando letras especificas.

**Haciendo las tareas-** Pon señales en objetos como la cama y pronunciar las letras en voz.

**Tiempo de Juego-** Apunta a un objeto y preguntar a los niños que te digan palabras que rima.

**Comiendo-** Canta rimas juntos.

**Tiempo de la Lección-** Deletrea nombres personales con cartas de letras. Deja a su hijos emparejar las letras con mayúsculas y minúsculas juntas o poner las letras en orden. Dibuja una letra y encuentra objetos que empiezan con esa letra.

**Tiempo de Biblioteca-** Vayan a la biblioteca cada semana para compartir tiempo en familia. Libros que hablan de niños yendo a la escuela ayuda tu hijo y su confianza.