



Up and Away With Pre-K  
**Packet**

C Teacher/Advisor Number _____
Grade _____ Home Room _____
Birth Certificate: Yes _____ No _____

**DISTRITO ESCOLAR INDEPENDIENTE DE ROSWELL**  
**FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN**

Student # _____
Entry Code _____
Date of Entry _____

Apellido/s del estudiante \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Apodo/Sobrenombre \_\_\_\_\_ Sexo M \_\_\_\_\_ F \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Lugar de nacimiento \_\_\_\_\_ País de nacimiento \_\_\_\_\_

Teléfono del hogar \_\_\_\_\_ ¿Aparece en la guía telefónica? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

Ciudad/escuela de la que procede \_\_\_\_\_ Nombre y dirección de la escuela \_\_\_\_\_

Última escuela a la que asistió en Roswell \_\_\_\_\_ ¿A qué grado? \_\_\_\_\_

Etnia: Caucásica (C) \_\_\_\_\_ Negra o Afro-americana (B) \_\_\_\_\_ Hispana o Latina (H) \_\_\_\_\_ Asiática (A) \_\_\_\_\_  
India Nativa Americana/ de Alaska (I) \_\_\_\_\_ Nativa de Hawai o de otras islas del Pacífico (P) \_\_\_\_\_

Idioma en que desea recibir los mensajes telefónicos:

Etnia 1: \_\_\_\_\_ Etnia 2: \_\_\_\_\_ Etnia 3: \_\_\_\_\_ Etnia 4: \_\_\_\_\_ Etnia 5: \_\_\_\_\_ Inglés \_\_\_\_\_ Español \_\_\_\_\_

Educación especial: Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Migrante: Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Sin vivienda: Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Código de Familia Militar En Activo: \_\_\_\_\_ Guardia nacional: \_\_\_\_\_ En Reserva: \_\_\_\_\_ Civil: \_\_\_\_\_

¿Califica para los servicios de autobús? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ ¿Utiliza el autobús? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Si lo hace, número del autobús \_\_\_\_\_

Domicilio del estudiante \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Dirección postal (si es diferente) \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Apellido/s del padre \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Correo Electrónico \_\_\_\_\_ Empresa/Patrón \_\_\_\_\_ Teléfono/Extensión \_\_\_\_\_

Apellido/s de la madre \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Correo Electrónico \_\_\_\_\_ Empresa/Patrón \_\_\_\_\_ Teléfono/Extensión \_\_\_\_\_

Contacto 1: Apellido/s \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Relación con el estudiante \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Contacto 2: Apellido/s \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Relación con el estudiante \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Contacto 3: Apellido/s \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Relación con el estudiante \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Nombre del doctor \_\_\_\_\_ Teléfono del doctor \_\_\_\_\_

Advertencias: (Información que debe ser conocida por la escuela por la seguridad y salud del niño): \_\_\_\_\_

Para concluir con el formulario de inscripción, los padres necesitarán completar el cuestionario médico adjunto.

**FIRMA DEL PADRE O TUTOR**

**FECHA**

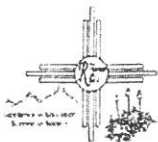
Sólo las personas que aparecen en este formulario de matrícula, después de identificarse, podrán recoger al estudiante de la escuela.

Si el estudiante vive con un tutor u otra persona que no sean, los padres por favor proporcione la siguiente información.

Toda la documentación sobre la custodia legal debe guardarse en los archivos de la oficina de la escuela

Nombre: _____	Relación con el estudiante: _____
Dirección: _____	Teléfono: _____
Empresa/Patrón: _____	Profesión: _____
Teléfono trabajo: _____	Celular: _____





## Formulario de Residencia Estudiantil de Nuevo México

Nombre de Escuela \_\_\_\_\_ Distrito Escolar \_\_\_\_\_

*Su hijo puede ser elegible para servicios educativos adicionales dependiendo de su situación de vivienda. Los servicios y derechos adicionales incluyen el derecho a permanecer en la misma escuela, incluso si se muda y tiene acceso a comidas gratuitas en la escuela. La elegibilidad se puede determinar al completar este cuestionario.*

Esta forma es para aprender más sobre la situación actual de la vivienda de su familia. Comience firmando y completando su información de contacto. Su firma indica que ha completado este formulario a su leal saber y entender.

Imprimir Nombre Padre / Tutor / Adulto que Cuida al Estudiante \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

(Código de área) Número de Teléfono \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

1. ¿Dónde viven usted y su familia actualmente? Marque solo una casilla.

### Sección A

- ☐ Vivir en propio hogar (alquiler o propio) con familia inmediata (cónyuge / pareja hijo(s) / o padres)

**DETENER: Porfavor devuelva este formulario sin completar las secciones restantes**

### Section B

- ☐ Temporalmente con otra familia
- ☐ Con un adulto que no es padre o tutor legal
- ☐ Alquiler en un espacio temporal (por ejemplo: motel, hotel, parque de casas rodantes o camping)
- ☐ En un lugar que carece agua electricidad o calor; está infestada de alimañas o moho; carece de cocina funcional o de un inodoro funcional; Presenta peligros irrazonables para adultos, niños o personas con discapacidades.
- ☐ En un refugio temporal u otra vivienda temporal
- ☐ Otro (tenga en cuenta): \_\_\_\_\_

**CONTINUAR: Si marcó un casillero en la Sección B, complete el resto de este formulario**

2. Si marcó un casillero en la Sección B, su hijo (s) puede ser elegible para recibir apoyo adicional. Por favor, enumere su información a continuación.

Nombre de Estudiante (Primero, Medio, Apellido)	Género	Fecha de Nacimiento	Grado	Nombre de Escuela

3. Usted puede ser contactado por un miembro del personal de apoyo educativo de su sistema escolar. Por favor, marque la casilla a continuación si NO desea ser contactado: ☐ No, por favor no me contacte.

\* Referral made to Homeless Liaison on this date: \_\_\_\_\_

# Occupational Questionnaire

Date Completed: \_\_\_\_\_

Student Name: \_\_\_\_\_ School: \_\_\_\_\_ Grade: \_\_\_\_\_

Parents/Guardians Name: \_\_\_\_\_

Physical Address: \_\_\_\_\_ Telephone: \_\_\_\_\_

Your child may be eligible for supplemental services if he/she qualifies for this educational program. To help us, please answer the following questions. If you answer yes to any of these questions, we might contact you for further information. **The information given will be kept confidential.**

1. Did you cross a state line, county or school district boundaries within the last 3 years? Yes ☐ No ☐
2. Has a household member worked in a temporary or seasonal agricultural job within the last 3 years? Yes ☐ No ☐
  - A. Hand picking onions, chile, lettuce, cabbage, watermelons, pecans, peanuts, etc.? Yes ☐ No ☐
  - B. Packing or irrigating fresh vegetables/fruits, working at a dairy or greenhouse? Yes ☐ No ☐
  - C. Work in processing, grading, labeling and transporting any of these products? Yes ☐ No ☐



## Cuestionario de Empleo

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

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Nombre de Padres o Tutores: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Su niño/a puede ser elegible para servicios suplementarios si él/ella califica para este programa educacional. Para ayudarnos a determinar si es elegible, por favor conteste las siguientes preguntas. Si usted contesta sí a cualquiera de estas preguntas, alguien se comunicará con usted para adquirir más información. **La información dada se mantendrá confidencial.**

1. ¿Usted ha cruzado las líneas de un estado, condado, o distrito escolar en los últimos 3 años? Sí ☐ No ☐
2. ¿Ha trabajado un miembro del hogar en algún empleo temporal de agricultura en los últimos 3 años? Sí ☐ No ☐
  - A. Pizcando cebolla, chile, lechuga, repollo, sandia, nuez, cacahuate, etc. Sí ☐ No ☐
  - B. Empacando o regando frutas/verduras, trabajando en una lechería o invernadero. Sí ☐ No ☐
  - C. Procesando, sorteando, etiquetando, estos productos mencionados anteriormente. Sí ☐ No ☐

*Thank you for your cooperation!*  
*¡Gracias por su cooperación!*

Upon completion of this form, please send to Federal Programs or call Office at 575- 637-3337.



**Roswell Independent School District**  
**Acuerdo entre los padres y la escuela**

Fecha: \_\_\_\_\_  
(mm/dd/aaaa)

Estimado padre/madre/tutor:

**Valoramos lo que hace para ayudar a que su hijo(a) tenga éxito en la escuela. Este acuerdo entre los padres y la escuela forma parte de la política de participación de los padres y las familias de nuestra escuela. Este acuerdo se desarrolló en colaboración con los padres e identifica maneras en las que usted y el personal de la escuela pueden compartir la responsabilidad de apoyar el aprendizaje de su hijo(a).**

***Responsabilidades de la escuela:***

- Ofreceremos programas e instrucción de alta calidad en un entorno de aprendizaje eficaz y de apoyo.
- Proporcionaremos asistencia para comprender las pruebas y los estándares de rendimiento académico, para saber cómo supervisar el avance de su hijo(a) y para poder establecer un entorno y una rutina de tareas exitosos.
- Proporcionaremos oportunidades periódicas de comunicación entre usted y los maestros a través de:
  - reuniones de padres y maestros,
  - informes frecuentes sobre el avance de su hijo(a),
  - oportunidades para hablar con el personal, trabajar como voluntario en la clase y observar las actividades del salón de clases,
  - garantizaremos una comunicación continua entre los miembros de la familia y el personal de la escuela en la medida de lo posible, en un idioma que los miembros de la familia puedan comprender.

***Responsabilidades de los padres:***

- Alentar a su hijo(a) a asistir a la escuela con regularidad
- Incentivar a su hijo(a) a tener un comportamiento escolar positivo
- Establecer horarios regulares para la tarea y apoyar el esfuerzo, la finalización y la exactitud de las tareas
- Establecer límites para el tiempo que su hijo(a) pasa frente a una pantalla, como la televisión, un teléfono inteligente o una computadora, y alentar el uso positivo del tiempo libre
- Trabajar como voluntario en la escuela y el salón de clases de su hijo(a) si el horario lo permite
- Asistir a las reuniones de padres y maestros y, cuando sea apropiado, participar en decisiones sobre la educación de su hijo(a).

Revise este Acuerdo entre los padres y la escuela con su hijo(a). Podemos analizar este Acuerdo con usted durante una reunión de padres y maestros en lo que se refiere al avance escolar de su hijo(a).

Gracias por su interés y participación en la educación de su hijo(a). Para obtener más información, comuníquese con la persona que se indica a continuación:

Nombre: \_\_\_\_\_ Título: \_\_\_\_\_  
Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Firme e incluya la fecha a continuación para confirmar que ha leído y recibido esta información. Devuelva todo el formulario al maestro de su hijo(a).

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

OFFICE USE ONLY				
Student ID #	Student Name	Date Distributed	Faculty Name	Faculty ID #



**PROPÓSITO:** Para permitir a que los padres / tutores AUTORIZEN tratamiento de emergencia si un niño se enferma o lesiona mientras esta bajo el cuidado de la autoridad de la escuela y cuando no sea posible comunicarse con los padres. Cuando se llene esta forma deberá ser regresada a la escuela. La forma original y cualquier copia de esta se pueden utilizar para identificar las opciones médicas del padre / tutor que firman abajo. ¡POR FAVOR COMPLETE TODAS LAS TRES SECCIONES!

Apellido:	Primer Nombre:	Inicial Media:	Sexo: M F	Fecha de Nacimiento:
-----------	----------------	----------------	-----------	----------------------

**NOMBRE DE LA ESCUELA QUE ATENDIO EL AÑO PASADO:****PRIMERA SECCIÓN - INFORMACIÓN DEL CONTACTO DE EMERGENCIA DEL ESTUDIANTE**

En caso de que su niño se enferme o lesione y sea necesario enviarlo a casa o a la sala de emergencias, la oficina de salud de la escuela siempre tratará de comunicarse con los padres/tutores nombrados abajo PRIMERO. Se llamará a los contactos secundarios si no nos podemos comunicar con los padres/tutores. ¡POR FAVOR MANTENGA ESTOS NÚMEROS ACTUALIZADOS!

Padres/Tutores:	Dirección:	Teléfono #1
		Teléfono #2
		Teléfono #3
Marque todo lo que se aplique: <input type="checkbox"/> Vive con <input type="checkbox"/> Tutor Legal		
Padres/Tutores:	Dirección:	Teléfono #1
		Teléfono #2
		Teléfono #3
Marque todo lo que se aplique: <input type="checkbox"/> Vive con <input type="checkbox"/> Tutor Legal		

	Nombre	Relación	Teléfono #1	Teléfono #2	Teléfono #3
1.					
2.					
3.					
4.					

**Hermanos en las Escuelas de RISD**

	Nombre	Escuela/Guardería	Grado	Fecha de Nacimiento
1.				
2.				
3.				

**SEGUNDA SECCIÓN – HISTORIAL DE SALUD DEL ESTUDIANTE – Por favor marque la casilla correspondiente**

☐ Mi hijo no tiene problemas de salud incluyendo los que se enumeran abajo

<b>Alergias:</b> <input type="checkbox"/> Estacional	<input type="checkbox"/> Comida (Lista):	<input type="checkbox"/> Otra Alergia (Lista):	<input type="checkbox"/> Tiene receta para EpiPen
<input type="checkbox"/> ADD/ADHD	<input type="checkbox"/> Congénito/Genético	<input type="checkbox"/> Oído/Nariz/Garganta	Pulmonar (Con excepción de asma)
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Ojos/Visión	<input type="checkbox"/> Diabetes (marque uno con un círculo)	<input type="checkbox"/> Cardiovascular (Lista)
Necesita el Inhalador en la escuela:	Usa lentes/contactos: S N	Tipo 1 Tipo 2	Presión alta: S N
S N			
<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Dermatológico/Piel	<input type="checkbox"/> Estómago/GI	Musculoesquelético
Medicamentos a largo plazo (Lista):	<input type="checkbox"/> Desorden alimenticio	<input type="checkbox"/> Vejiga/GU	Dental/Oral
	<input type="checkbox"/> Endocrinos aparte de la Diabetes	<input type="checkbox"/> Hematología /Trastornos Hemorrágicos	Psiquiátrico (Lista de Medicamentos):
<input type="checkbox"/> Cualquier otras condiciones de salud:	<input type="checkbox"/> Migrañas		


**TERCERA SECCIÓN – INFORMACIÓN DEL SEGURO**

Seguro del Estudiante:	Nombre de los Suscriptores:	# de Identificación
<b>PARA OTORGAR PERMISO</b>		
En caso de emergencia relacionada con mi hijo Y QUE NO SE PUEDAN COMUNICAR CONMIGO, entiendo que se contactará a servicios médicos de emergencia y que mi niño puede ser transportado al siguiente proveedor/hospital para asistencia médica de emergencia:		
Proveedor de Atención Médica:	Teléfono:	
Dentista:	Teléfono:	
Hospital:	Teléfono:	

Si por cualquier razón no es posible comunicarse CONMIGO O LOS PROVEEDORES DE ATENCIÓN MEDICA ARRIBA ENUMERADOS, doy permiso para que transporte y atención médica apropiados para mi hijo se organicen con CUALQUIER proveedor de atención médica adecuado, hospital o centro médico. Esta autorización no cubre cirugía mayor a menos que otro médico/dentista este de acuerdo que es necesaria. Nada en esta sección se interpretará como imposición de responsabilidad a cualquier oficial de la escuela o a personal de la escuela, que en buena fe trata de cumplir con esta sección. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cuidados de emergencia. Yo autorizo a la oficina de salud en la escuela contactar a los proveedores de mi hijo enumerados arriba respecto al cuidado médico de mi hijo. Entiendo que la información en esta tarjeta será compartida solamente con el personal apropiado y según sea necesario. Entiendo que se podrán hacer exámenes de salud a menos que yo proporcione a la oficina de salud en la escuela con una notificación por escrito solicitando exclusión de estos exámenes. Doy permiso para administrar primeros auxilios a mi hijo siguiendo los protocolos escolares incluyendo, pero no se limita, a unguento antibiótico actual, pastilla para tos, lavado de ojos, etc. al menos que se contraíndique.

Firma del Padre Tutor: \_\_\_\_\_

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

Sólo para uso del distrito:	District:	School:
 <b>ENCUESTA DEL USO DEL IDIOMA</b> <b>DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN PÚBLICA DE NUEVO MÉXICO</b> ~ padres o tutores deben llenar ~		
El propósito de esta encuesta es asegurar que su hijo/hija reciba una educación de la más alta calidad y los servicios que tiene el derecho de recibir. La información que usted proporcione será utilizada solamente para ayudar a la escuela a tomar decisiones programáticas. Responderá a este formulario solamente una vez en la trayectoria de educación de su hijo/hija.		
Nombre del estudiante:	Fecha de nacimiento:	Nivel/Grado:
Responda a cada pregunta marcando la casilla bajo <b>SÍ</b> o <b>NO</b>		
1. ¿Usa el/a estudiante otro idioma(s) además del inglés con su familia o sus amigos?	SÍ	NO
2. ¿Usa usted otro idioma(s) además del inglés con el estudiante?	SÍ	NO
3. ¿Comprende el estudiante cuando alguien se comunica con él o ella en un idioma además del inglés?	SÍ	NO
4. ¿Lee el/a estudiante en otro idioma(s) además del inglés?	SÍ	NO
5. ¿Escribe el estudiante en otro idioma(s) además del inglés?	SÍ	NO
6. ¿Le interpreta o traduce el estudiante a usted o a alguna otra persona en otro idioma(s) además del inglés?	SÍ	NO
7. ¿Si respondió <b>SÍ</b> a una o más de las preguntas 1-6, ¿cuál(es) idiomas además del inglés usa el estudiante con más frecuencia en casa? Escoja hasta tres:		
<input type="checkbox"/> árabe <input type="checkbox"/> cantonés <input type="checkbox"/> diné <input type="checkbox"/> español <input type="checkbox"/> francés <input type="checkbox"/> griego <input type="checkbox"/> hmong <input type="checkbox"/> italiano <input type="checkbox"/> jemer	<input type="checkbox"/> Jicarilla apache <input type="checkbox"/> keres <input type="checkbox"/> koreano <input type="checkbox"/> lengua de señas americana (ASL) <input type="checkbox"/> mandarín <input type="checkbox"/> mescalero apache <input type="checkbox"/> portugués <input type="checkbox"/> ruso <input type="checkbox"/> somali	<input type="checkbox"/> tewa <input type="checkbox"/> tiwa <input type="checkbox"/> towa <input type="checkbox"/> vietnamés <input type="checkbox"/> zuni <input type="checkbox"/> Otros _____
<b>OTRAS PREGUNTAS</b>		
8. ¿Se traslada el estudiante de otro estado, distrito o escuela? Si este es su caso, favor de proveer la ubicación y el nombre de la escuela:		
9. ¿Ha recibido el estudiante instrucción escolar en otro(s) idioma(s) además del inglés? ¿Si la respuesta es sí, cuál idioma(s)?		
10. ¿En cuál idioma prefiere recibir información de la escuela?		
11. ¿En cuál idioma prefiere comunicarse con los empleados de la escuela?		
12. ¿Hay algo más que deberíamos saber para servir mejor a su hija/hijo?		
Firma del padre o tutor:		Fecha:
Traductor/intérprete:	Idioma:	Fecha:



## Estudiantes de Transporte en Autobús Escolar

Si desea firmar a su(s) hijo(s) para el transporte en autobús escolar, complete las secciones de información del estudiante a continuación en negrita y los que tengan asterisco (\*) junto a ellos. Por favor complete un formulario por niño y regrese al registrar a su(s) hijo(s).

Tenga en cuenta que para que sus estudiantes de la escuela primaria sean elegibles para el transporte en autobús escolar, la residencia de los niños debe estar más lejos de 1 milla de la escuela primaria y la residencia debe estar dentro de los límites de la escuela primaria.

### INFORMACION DE ESTUDIANTE:

ID de Estudiante: \_\_\_\_\_

\*Nombre de Estudiante: \_\_\_\_\_

\*Dirección de Estudiante: \_\_\_\_\_

\*Escuela: \_\_\_\_\_

\*Género: \_\_\_\_\_ \*Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

\*Nivel de Grado desde Agosto 2020: \_\_\_\_\_

### INFORMACION DE PADRES/TUTOR:

\*Nombre de Madre/Tutor: \_\_\_\_\_

\*Nombre de Padre/Tutor: \_\_\_\_\_

\*Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_ \*Celular : \_\_\_\_\_

Autobús 1: \_\_\_\_\_ Autobús 2: \_\_\_\_\_ Asiento #: \_\_\_\_\_ SPED: \_\_\_\_\_ Voc/Con: \_\_\_\_\_



# RISD NM Pre-K Physical Form

Date _____		VISION	HEARING: 20db Hz:
Name _____		Circle: with    without correction	Circle: 1000    2000    4000
Student# _____	Wt. _____	L: _____	L: _____
M    F	Ht.    inches	R: _____	R: _____
Birth date _____	BMI    %	UA (by age 5)	Other _____
Age _____	BP _____	Allergies: _____	Immunizations: _____
Temp _____		RR _____	RXN _____
SCC		Medications/supplements/herbs: _____	
Past Medical History (include LD/reading prob.)		Diet: _____	
Surgeries/Hospitalizations: _____		Social History/Family History: (HEADSS) _____	

## Review of Systems (Check if normal. If abnormal, circle and explain at right)

General	Lethargy, fatigue, weight change, fever, travel history, ill contacts	Notes
Skin	Rash, hives, acne, unwanted hair, bruises	
HEENT	Vision, hearing, pain, URI, sores, dental caries, malocclusion, tonsillitis hx	
CVS	Murmur, cyanosis, exercise intolerance, palpitations	
Resp	Dyspnea, cough, wheeze, chest pain	
GI	Nausea, vomiting, diarrhea, constipation, abdominal pain, change in appetite	
GU	Dysuria, polyuria, nocturia, enuresis, incontinence, UTI	
GYN	Pain, menses, vaginal discharge, itching	
Musc-Skel	Weakness, pain, cramps, scoliosis, joint instability	
Neuro	Headache, seizures, hyperactivity, LOC, dizziness, attention, trauma,	
HEM	Bleeding, anemia, transfusion	
Endo	Growth problems, diabetes	
Devel.	Physical, emotional, sexual growth	
Allergy, Imm	Hayfever, atopy, desensitization	
Psycho-social	Hx MH treatment, psychotropic meds, mood, hallucinations, trauma, substance abuse, suicide attempt, Hx with legal system, school status, impulsivity, eating disorder, family stability, significant relationships/partners	

## Physical Exam (Check if normal. If abnormal, circle and explain at right. X if not done.)

Appearance	Affect, "toxicity", nutrition, respiration, hydration, hygiene	Notes
Head	Shape, pain, sinuses, other	
HEENT	Fundi, EOM, conjunctivae, canals, TM's, nose, teeth, tonsils, mucosa, pharynx	
Neck	Suppleness, ROM, nodes, thyroid, masses	
Chest/Breast	Shape, auscultation, palpation. Tenderness, masses, discharge	
CV	Rad. pulses, fem. pulses, PMI, sounds, rhythm	
Abd	Auscul., palp., liver, spleen, hernia,	
Genitalia	Testes, penis/vulva, vagina, uterus, adnexa, Tanner I, II, III, IV, V	
Back	ROM, shape, spine	
Extremities	ROM, shape, joint pain, flexibility, symmetry	
Skin	Appearance, lesions, verruca, acanthosis nigricans, acne, hirsutism, tattoos	
Neuro	Movement, symmetry, strength, sensation, speech, cranial nerves, fine motor, A&O x3	

Anticipatory guidance provided	__Y__N	Health — TV, sleep, physical activity, smoke-free home	Sexuality — Development, delaying sexual behavior
Patient education	__Y__N    handout    verbal	Injury — Helmet, seatbelt, sunscreen, guns, risk-taking, alcohol/drugs, water safety, trauma, bullying	School — Grades, attendance
Dental counseling	__Y__N    referral	Nutrition — Healthy choices, obesity prevention (5,2,1,0)	Social — Promote hobbies/ friendships, reinforce family rules
High risk factors identified	__None OR ____ & disc. with parent ____	Oral health — Brushing, flossing, sealants	Family — Communication, relationship w/ siblings, handling anger
Lead risk	__None OR ____		
High risk diabetes	__Y__N    counseled/education		
High risk lipid profile	__Y__N		
GYN/STD?	__Y__N		
TB/HIV/VDRL assessment	__Y__N		
Immunizations Given	DTaP, Td, IPV, MMR, Hep B, Hep A,	Parent/Guardian Notified? __Y__N	Access to 24 hour care given? __Y__N
Deferred: Contraindicated/Refuse	VAR, Influenza, other _____	Time In _____ Time Out _____	
Confidential Visit?	__Y__N	More than 50% of this _____ min. visit spent counseling and coordinating care.	
		Referrals: _____	
		Provider Signature: _____	Date: __/__/__

Distrito Escolar Independiente de Roswell  
Forma de Permiso

El Distrito Escolar Independiente de Roswell ha consolidado todos los formularios de permisos significativos en la siguiente lista. Por favor, coloque una marca de verificación (o) al lado de cada elemento que desea dar su aprobación/ permiso.

- \_\_\_\_\_ Se da permiso para que la escuela libere la información del directorio de los estudiantes. Esto se refiere a la Ley de Derechos Educativos y Privacidad de la Familia (FERPA).
- \_\_\_\_\_ Se da permiso para que mi hijo tenga acceso al internet en la escuela para propósitos educativos.
- (Esto no incluye una actividad en el salón de clases o una lección que requiera la participación de todos los estudiantes)
- \_\_\_\_\_ Se da permiso para que la escuela publique fotos de mi hijo en el periódico de la escuela, en el periódico comunitario o en el sitio web de RISD.
- \_\_\_\_\_ Se da permiso para que la escuela publique el trabajo de mi hijo en el sitio web de RISD.
- \_\_\_\_\_ Se da permiso para que la escuela publique videos de mi hijo en el sitio web de RISD.
- 

\_\_\_\_\_  
Nombre Impreso del Estudiante

\_\_\_\_\_  
Nombre Impreso de Padres o Tutor

\_\_\_\_\_  
Firma de Padres o Tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha



## Distrito Escolar Independiente de Roswell

### Forma de consentimiento de los medios

Nombre de Estudiante \_\_\_\_\_

Estimados Padres o Tutor:

A lo largo del año, se solicitan noticias de periódicos, estaciones de televisión y radio para historias sobre actividades relacionadas con la escuela. A menudo, tales solicitudes incluyen permiso para que los nombres de los alumnos y/o las imágenes se utilicen como parte de un reportaje de noticias o una historia de características. Además, las escuelas y el distrito, de vez en cuando, les gustaría incluir los nombres de los estudiantes y/o sus fotos en varios boletines escolares, folletos, videos, tabloneros de anuncios, sitios web u otras publicaciones para reconocer sus logros y otras actividades relacionadas con la escuela.

Para garantizar sus derechos en lo que respecta a la Ley de Privacidad de los Derechos Educativos de la Familia (FERPA), por favor **indique si usted concede o no permiso** para la liberación del nombre y/o imagen de su hijo para los fines indicados anteriormente, y regresar este formulario a la secretaria de la escuela.

Tenga en cuenta que, al indicar que no concede permiso para que el nombre y/o la imagen de su hijo se utilicen para los fines indicados anteriormente, su nombre no se incluirá en las listas del cuadro de honor, la lectura de listas de clubes o listas de ganadores en otros programas de premios que se imprimen en los boletines escolares o periódicos locales.

\_\_\_ **Si** concedo permiso para la liberación del nombre o la imagen de mi hijo para los propósitos indicados anteriormente. Si se puede usar el nombre y/o la foto de mi hijo.

\_\_\_ **NO** concedo permiso para la liberación del nombre o la imagen de mi hijo para los fines indicados anteriormente. El nombre de mi hijo y/o la foto no se pueden utilizar.

Nombre de Padres o Guardián (letra de molde) \_\_\_\_\_

Dirección de Padres o Tutor \_\_\_\_\_

Firma de Padres o Tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_



# Ages & Stages Questionnaires®

45 meses 0 días a 50 meses 30 días

## Cuestionario de 48 meses

Favor de proveer los siguientes datos. Al completar este formulario, use solamente una pluma de tinta negra o azul y escriba legiblemente con letra de molde.



Fecha en que se completó el cuestionario: \_\_\_\_\_

### Información del niño/a:

Nombre del niño/a: \_\_\_\_\_

Inicial de su  
segundo nombre: \_\_\_\_\_

Apellido(s) del niño/a: \_\_\_\_\_

Sexo del niño/a:

☐

Masculino

☐

Femenino

Fecha de nacimiento del niño/a: \_\_\_\_\_

### Información de la persona que está llenando este cuestionario

Nombre: \_\_\_\_\_

Inicial de su  
segundo nombre: \_\_\_\_\_

Apellido(s): \_\_\_\_\_

Parentesco con el niño/a:

☐

Padre/madre

☐

Tutor

☐

Maestro/a

☐

Educador/a o asistente  
de preescolar

Dirección: \_\_\_\_\_

☐

Abuelo/a u  
otro pariente

☐

Madre/padre  
de acogida

☐

Otro/a: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_

Estado/  
Provincia: \_\_\_\_\_

Código postal: \_\_\_\_\_

País: \_\_\_\_\_

# de  
teléfono  
de casa: \_\_\_\_\_

Otro # de  
teléfono: \_\_\_\_\_

Su dirección electrónica: \_\_\_\_\_

Los nombres de las personas que le están ayudando a llenar este cuestionario: \_\_\_\_\_

### Información del programa

# de identificación del niño/a: \_\_\_\_\_

# de identificación del programa: \_\_\_\_\_

Nombre del programa: \_\_\_\_\_





## Cuestionario de 48 meses

45 meses 0 días  
a 50 meses 30 días

En las siguientes páginas Ud. encontrará una serie de preguntas sobre diferentes actividades que generalmente hacen los niños. Puede ser que su niño/a ya pueda hacer algunas de estas actividades, y que todavía no haya realizado otras. Después de leer cada pregunta, por favor marque la respuesta que indique si su niño/a hace la actividad regularmente, a veces, o todavía no.

### Puntos que hay que recordar:

- ☒ Asegúrese de intentar cada actividad con su niño/a antes de contestar las preguntas.
- ☒ Complete el cuestionario haciendo las actividades con su niño/a como si fueran un juego divertido.
- ☒ Asegúrese de que su niño/a haya descansado y comido.
- ☒ Por favor, devuelva este cuestionario antes de esta fecha: \_\_\_\_\_.

### Notas:

---

---

---

---

---

## COMUNICACION

- |   | SI                    | A VECES               | TODAVIA NO            |   |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|---|
| 1. ¿Dice su niño los nombres de al menos tres cosas de una categoría de objetos ordinarios? Por ejemplo, si Ud. le dice "Dime algunas cosas que se pueden comer", ¿su niño menciona alimentos (como galletas, huevos, o pan)? O si Ud. le dice "Dime los nombres de algunos animales, ¿su niño menciona algún animal (como vaca, perro, elefante)?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |
| 2. ¿Contesta su niña las siguientes preguntas? (Marque "a veces" si su niña responde a una sólo de las 2 preguntas.)<br>"¿Qué haces cuando tienes hambre?" (Las respuestas aceptables incluyen frases como "pido algo de comer", "como", y "hago un sandwich".) Por favor, escriba la respuesta de su niña:<br><div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; height: 60px; margin-top: 10px;"></div><br>"¿Qué haces cuando tienes sueño?" (Las respuestas aceptables incluyen frases como "me acuesto", "duermo", y "me siento".) Por favor escriba la respuesta de su niña:<br><div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; height: 60px; margin-top: 10px;"></div> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |
| 3. ¿Su niño puede mencionar al menos dos características de objetos ordinarios? Por ejemplo, al decirle, "Dime algo sobre tu pelota", ¿dice su niño algo como "Es redonda", "La tiro", "Es grande"?   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |
| 4. Al formular sus palabras, ¿su niña usa terminaciones como "-é", "-ando", y "-s"? Por ejemplo, dice "Tiré la pelota", "Estoy jugando", o "Veo dos gatos".   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |

## COMUNICACION

(continuación)

5. Sin hacer señas para ayudarlo ni repetir las instrucciones, ¿puede su niño llevar a cabo tres acciones **completamente diferentes** cuando Ud. se lo pide? Debe decirle las tres instrucciones antes de que él comience a hacerlas. Por ejemplo, le puede pedir, "Aplauda con las manos, camina hasta la puerta, y siéntate", o "Dame la pluma, abre el libro, y ponte de pie".
6. Al formar oraciones, ¿incluye su niña todas las palabras necesarias (como "un", "el", "la", "soy", "es", "está", y "son") para que sean completas? Por ejemplo dice: "Voy al parque", "¿Dónde está el juguete?" o "¿Vas a venir también?"

SI

A VECES

TODAVIA NO

☐☐☐☐☐☐☐☐

TOTAL EN COMUNICACION

☐

## MOTORA GRUESA

1. Cuando Ud. le lanza una pelota grande, ¿su niño la agarra con las dos manos? (Ud. debe situarse a unos 5 pies, o 1.5 metros, de su niño y darle dos o tres oportunidades para hacer la actividad antes de marcar la respuesta.)

☐☐☐☐

2. En el parque infantil, ¿puede su niña subir los escalones de la resbaladilla para llegar a lo alto y después deslizarse sin ayuda?

☐☐☐☐

3. Al estar de pie, ¿lanza una pelota hacia adelante, tirándola en la dirección de una persona que está a una distancia de al menos 6 pies (2 metros)? Su niño debe **levantar el brazo** a la altura del hombro para lanzarla. (Marque "todavía no" si la deja caer o si la tira desde la altura de la cintura.)

☐☐☐☐

4. ¿Brinca con un solo pie (ya sea el izquierdo o el derecho) al menos una vez sin perder el equilibrio o caerse?

☐☐☐☐

5. Empezando de pie y con los dos pies juntos, ¿su niña brinca una distancia de 20 pulgadas (medio metro)?

☐☐☐☐

6. Sin apoyarse en ningún objeto, ¿se para en un solo pie al menos por 5 segundos sin perder el equilibrio y sin bajar el otro pie para apoyarse? (Ud. puede darle dos o tres oportunidades para hacer la actividad antes de marcar la respuesta.)

☐☐☐☐

TOTAL EN MOTORA GRUESA

☐

## MOTORA FINA

1. ¿Puede armar un rompecabezas de cinco a siete piezas que se conectan entre sí? (Si Ud. no tiene disponible un rompecabezas, tome una fotografía grande de una revista y córtela en 6 piezas.) ¿Puede reconstruir la imagen, juntando las piezas?

SI

A VECES

TODAVIA NO

☐☐☐☐



**MOTORA FINA** (continuación)

2. Usando tijeras para niños, ¿puede su niño cortar un papel a la mitad, manteniendo una línea bastante recta y abriendo y cerrando las tijeras? (Por razones de seguridad, vigile cuidadosamente a su niño cuando usa las tijeras.)



3. Usando de modelo las figuras de abajo, ¿copia su niño al menos tres de ellas en un papel grande con un lápiz, una crayola, o una pluma sin usar papel transparente o dibujar encima de las figuras? (Los dibujos deben parecerse a las figuras, aunque puedan ser de un tamaño diferente.)



4. ¿Desabotona su niño uno o más botones? Puede usar su propia ropa o la de una muñeca.
5. ¿Hace dibujos de personas incluyendo al menos tres de las siguientes características: la cabeza, los ojos, la nariz, la boca, el cuello, el pelo, el tronco, los brazos o las manos, las piernas, o los pies?
6. ¿Colorea generalmente sin salirse de la raya, ya sea una figura en un libro para colorear o un círculo de 2 pulgadas (5 centímetros) que Ud. trace? (Su niña no debe salirse mas de 1/4 de pulgada, o un centímetro, fuera de la raya en la mayor parte del dibujo.)

SI	A VECES	TODAVIA NO	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
-----------------------	-----------------------	-----------------------	---

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
-----------------------	-----------------------	-----------------------	---

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
-----------------------	-----------------------	-----------------------	---

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
-----------------------	-----------------------	-----------------------	---

TOTAL EN MOTORA FINA			—
----------------------	--	--	---

**RESOLUCION DE PROBLEMAS**

1. Si Ud. le dice a su niño: "Di 'cinco, ocho, tres'", ¿repite él únicamente los tres números en el mismo orden? Ud. no debe repetir los números. Si es necesario, intente otra serie de números, por ejemplo, "Di 'siete, nueve, dos'". (Su niño sólo tiene que repetir una serie de tres números para que Ud. pueda marcar "sí" en esta pregunta.)
2. Si Ud. le pregunta, "¿Cuál círculo es el más pequeño?" ¿apunta su niña al círculo correcto? (Haga esta pregunta sin ayudarlo a través de señas o gestos que le puedan indicar cuál es el círculo más pequeño.)



3. Sin darle ayuda por medio de señas, ¿puede llevar a cabo tres instrucciones diferentes que contengan las palabras "debajo", "entre", y "el centro"? Por ejemplo, pídale que ponga el zapato "debajo del sofá." Luego, pídale que ponga la pelota "entre las sillas" y el libro "al centro de la mesa".
4. Si Ud. le muestra diferentes objetos y le pregunta a su niño, "¿De qué color es esto?" ¿dice los nombres de cinco colores diferentes, como rojo, azul, amarillo, anaranjado, negro, blanco, o rosado? (Marque "sí" solamente si contesta la pregunta correctamente mencionando al menos cinco colores.)

SI	A VECES	TODAVIA NO	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
-----------------------	-----------------------	-----------------------	---

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
-----------------------	-----------------------	-----------------------	---

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
-----------------------	-----------------------	-----------------------	---

**RESOLUCION DE PROBLEMAS**

(continuación)

- |   | SI                    | A VECES               | TODAVIA NO            |   |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|---|
| 5. ¿Se disfraza y actúa imaginando ser alguien o algo diferente? Por ejemplo, se viste con ropa diferente y se imagina que es la mamá, el papá, el hermano, la hermana, un animal, o cualquier otro ser imaginario?   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |
| 6. Si Ud. pone cinco objetos delante de su niña, ¿los puede contar diciendo "uno, dos, tres, cuatro, cinco" en el orden correcto? (Haga esta pregunta sin ayudarle, hacer señas, o decir los nombres de los objetos.) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |
| <b>TOTAL EN RESOLUCION DE PROBLEMAS</b>   |                       |                       |                       | — |

**SOCIO-INDIVIDUAL**

- |   | SI                    | A VECES               | TODAVIA NO            |   |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|---|
| 1. ¿Usa cubiertos para servirse comida, sacándola de un recipiente y poniéndola en otro? Por ejemplo, ¿su niño puede usar una cuchara grande para sacar puré de manzana de un recipiente y ponerlo en un plato hondo?   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |
| 2. ¿Puede su niña decirle por lo menos cuatro de los siguientes datos? Por favor, marque los datos que su niña le dice correctamente.   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |
| <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <input type="radio"/> a. Su nombre<br/> <input type="radio"/> b. Su edad<br/> <input type="radio"/> c. La ciudad en que vive         </div> <div> <input type="radio"/> d. Su apellido<br/> <input type="radio"/> e. Si es niño o niña<br/> <input type="radio"/> f. Su número de teléfono         </div> </div> |                       |                       |                       |   |
| 3. ¿Se lava las manos con agua y jabón y después se seca sin ayuda?   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |
| 4. ¿Puede decir los nombres de al menos dos compañeros de juego, sin incluir a los hermanos? (Pregúntele quiénes son sus amigos sin mencionar el nombre de ninguno de ellos.)   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |
| 5. ¿Se lava los dientes poniendo pasta de dientes en el cepillo y cepillándose todos los dientes sin ayuda? (Responda "sí" aunque Ud. tenga que revisar que su niña se haya lavado bien y/o cepillarle de nuevo los dientes.)   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |
| 6. ¿Se viste o se desviste su niño sin ayuda? (Sin tomar en cuenta subir/bajar cierres [cremalleras], abotonar/desabotonar, abrochar/desabrochar.)  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |
| <b>TOTAL EN SOCIO-INDIVIDUAL</b>  |                       |                       |                       | — |

**OBSERVACIONES GENERALES**

Los padres y proveedores pueden utilizar el espacio después de cada pregunta para hacer comentarios adicionales.

1. ¿Cree Ud. que su niño/a oye bien? Si contesta "no", explique: ☐ SI ☐ NO



**OBSERVACIONES GENERALES** (continuación)

2. ¿Cree Ud. que su niño/a habla igual que los otros niños de su edad? Si contesta "no", explique:

☐ SI☐ NO

3. ¿Puede Ud. entender casi todo lo que dice su niño/a? Si contesta "no", explique:

☐ SI☐ NO

4. ¿Otras personas pueden entender la mayor parte de lo que dice su niño/a? Si contesta "no", explique:

☐ SI☐ NO

5. ¿Cree Ud. que su niño/a camina, corre, y trepa igual que los otros niños de su edad? Si contesta "no", explique:

☐ SI☐ NO

6. ¿Tiene algún familiar con historia de sordera o cualquier otro impedimento auditivo? Si contesta "sí", explique:

☐ SI☐ NO

7. ¿Tiene Ud. alguna preocupación sobre la visión de su niño/a? Si contesta "sí", explique:

☐ SI☐ NO

**OBSERVACIONES GENERALES** (continuación)

8. ¿Ha tenido su niño/a algún problema de salud en los últimos meses? Si contesta "sí", explique:

☐ SI☐ NO

9. ¿Tiene alguna preocupación sobre el comportamiento de su niño/a? Si contesta "sí", explique:

☐ SI☐ NO

10. ¿Le preocupa algún aspecto del desarrollo de su niño/a? Si contesta "sí", explique:

☐ SI☐ NO



# STUDENT NUTRITION

## **CEP Schools**

Early College, University High, Berrendo Middle, Mesa Middle, Mt View Middle, Sierra Middle, Berrendo Elem, Del Norte, East Grand Plains, El Capitan, Military Heights, Missouri Avenue, Monterrey, Nancy Lopez, Pecos, Sunset, Valley View and Washington Avenue and Parkview are CEP Schools. This means that free and reduced price applications are no longer required while attending one of these schools.

**ALL STUDENTS RECEIVE MEALS AT NO COST while attending a CEP school.**

## **Standard Schools**

Goddard High, Roswell High

**\*\*If the student transfers to a NON-CEP/Standard School, the student must fill out an application. You will need to provide for the meals for your child until the application is reviewed and eligibility is determined. You will receive notification in the mail about approval or denial of the meal benefit.**

Applications are household applications. Submit only one per household, please. Multiple applications if not completed exactly the same can impact the eligibility status of all children listed in the household on the original application. It also delays the processing time for determining and communicating eligibility for all applicants. The meal benefit eligibility is determined for the school year. If your income has changed or your household has changed during the school year and you feel this change will qualify you for a different meal benefit, please contact the Student Nutrition Department at 575-637-3339.

## **New Students to RISD**

If your child is newly enrolled at a school in Roswell Independent School District and does not attend one of our CEP schools, pick up an application for free or reduced-price meals from the Student Nutrition Staff at your school or the school office during registration or at any time. Complete only one application for all of your children even though they may be at different schools. Turn in your application to Student Nutrition Staff or the school office at one of the schools your children attend. You will need to provide for the meals for your child until the application is reviewed and eligibility is determined. You will receive notification in the mail about approval or denial of the meal benefit or you may apply on line at the RISD website [www.RISD.K12.NM.US](http://www.RISD.K12.NM.US) under the Food Service.

## **How does school breakfast/lunch help families?**

- **Provides a balanced meal**  
We follow the USDA Breakfast After the Bell and National School Lunch Programs.  
It meets one-third of the nutrition needs of most children for the day.
- **Helps kids learn where foods come from**  
Farm to school programs are in 42 percent of schools, which increase kids access to locally produced foods and learning activities such as field trips to local farms.
- **Saves time**  
If you spend 10 minutes a day packing lunch, that adds up to 30 hours (1,800 minutes) each school year.
- **Supports learning at school**  
Research shows that kids with healthier eating patterns have better academic performance.

## **How can families help their children enjoy school lunch?**

- Try new foods at home. Kids need many opportunities to taste a new food to "get used to it."
- Talk with your child about what's on the menu. Make sure he or she knows about all the foods that are included in his or her school. Go to <http://www.risd.k12.nm.us> Select Food Services and then the Menu tap to view/print menus.

# ROSWELL INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT

## 2020-2021

### CALENDAR

July 2020				
M	T	W	TH	F
		1	2	3
6	7	8	9	10
13	14	15	16	17
20	21	22	23	24
27	28	29	30	31

August 2020				
M	T	W	TH	F
3	4	5	6	7
10	11	12	13	14
17	18	19	20	21
24	25	26	27	28
31				

September 2020				
M	T	W	TH	F
	1	2	3	4
7	8	9	10	11
14	15	16	17	18
21	22	23	24	25
28	29	30		

October 2020				
M	T	W	TH	F
			1	2
5	6	7	8	9
12	13	14	15	16
19	20	21	22	23
26	27	28	29	30

November 2020				
M	T	W	TH	F
2	3	4	5	6
9	10	11	12	13
16	17	18	19	20
23	24	25	26	27
30				

December 2020				
M	T	W	TH	F
	1	2	3	4
7	8	9	10	11
14	15	16	17	18
21	22	23	24	25
28	29	30	31	

92 staff days - 89 students days

	New Teacher Orientation
	First/Last Day
	Student Holiday
	Parent/Teacher Conference
	Prof. Development

July 30-31 New Teacher Orientation  
August 3-4 In Service  
August 5 First day of School

September 4 Mid. 9 weeks ends  
September 7 Labor Day Holiday  
September 8 Mid. 9 weeks Report Cards Issued  
September 17 Parent Conf. 4:00 pm to 7:00 pm  
September 18 Parent Conf. 8:00 am to 12:00 pm

October 5 Fair Day  
October 8 9 weeks ends  
October 13 9 weeks Report Cards issued  
October 14 NM State Reporting 40th Day  
October 16 Professional Development

November 11 Mid 9 weeks ends  
November 13 Mid. 9 weeks Report Cards Issued  
November 23-27 Thanksgiving Break

December 1 NM State Reporting 80th Day  
December 17 End Semester  
December 18-31 Winter Break

January 1 Winter Break  
January 4 Professional Development  
January 5 Classes resume  
January 8 Semester Report Cards Issued  
January 18 Martin Luther King Holiday

February 5 Mid. 9 weeks ends  
February 8 Mid. 9 weeks Report Cards Issued  
February 10 NM State Reporting 120th day  
February 15 President's Day Holiday  
February 18 Parent Conf. 4:00 pm to 7:00 pm  
February 19 Parent Conf. 8:00 am to 12:00 pm

March 11 9 weeks ends  
March 19 Professional Development  
March 19 9 weeks Report Cards Issued  
March 22-26 Spring Break

April 2 Spring Holiday  
April 16 Kindergarten Roundup - no school for kinder  
April 21 Mid. 9 weeks ends  
April 23 Mid. 9 weeks Report Cards Issued

May 16 Baccalaureate Program  
May 20 Last Day  
May 21 Turn Around Day  
May 21 UHS Graduation  
May 21 RHS Graduation  
May 22 ECHS Graduation  
May 22 GHS Graduation  
May 31 Memorial Day

January 2021				
M	T	W	TH	F
				1
4	5	6	7	8
11	12	13	14	15
18	19	20	21	22
25	26	27	28	29

February 2021				
M	T	W	TH	F
1	2	3	4	5
8	9	10	11	12
15	16	17	18	19
22	23	24	25	26

March 2021				
M	T	W	TH	F
1	2	3	4	5
8	9	10	11	12
15	16	17	18	19
22	23	24	25	26
29	30	31		

April 2021				
M	T	W	TH	F
			1	2
5	6	7	8	9
12	13	14	15	16
19	20	21	22	23
26	27	28	29	30

May 2021				
M	T	W	TH	F
3	4	5	6	7
10	11	12	13	14
17	18	19	20	21
24	25	26	27	28
31				

92 staff days - 89 student days

