

La Center DISTRITO ESCOLAR NO. 101
Registro de la Escuela Media Center
PO Box 1840/725 Highland Road
La Center, WA 98629

Fecha: _____

Escuela Fecha de entrada: _____

Regreso del estudiante? Si no

Fecha última seguidas: _____

Apellido del estudiante: _____

Primero: _____

Medio: _____

Apellido legal del estudiante: _____

Primer nombre legal: _____

Nivel de grado: _____

Sexo: _____

Padre / tutor Teléfono de la casa: _____

Fecha de nacimiento: _____

Etnicidad (Opcional) (Marque uno):

- (1) Indio Americano
- (2) Asiático / Islas del Pacífico
- (3) Negro
- (4) Hispano
- (5) White
- (6) / Otras Islas del Pacífico nativa de Hawaii
- (7) Multi-Racial

Inmigrante

_____ Sí
_____ No

primarias del hogar

Guardián # 1 Apellido: _____

Nombre de pila: _____

Relación: _____

Teléfono móvil #: _____

Teléfono del trabajo #: _____

ext _____

Guardián # 2 Apellido: _____

Nombre de pila: _____

Relación: _____

Teléfono móvil #: _____

Teléfono del trabajo #: _____

ext _____

Dirección de envío: _____

Ciudad: _____

Código postal: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____

Código postal: _____

Guardián 1 dirección de correo electrónico: _____

Guardian 2 dirección de correo electrónico: _____

HOGAR ALTERNOS (si es aplicable)

Guardián # 1 Apellido: _____

Nombre de pila: _____

Relación: _____

Teléfono Principal: _____

Teléfono móvil #: _____

Teléfono del trabajo #: _____

Guardián # 2 Apellido: _____

Nombre de pila: _____

Relación: _____

Teléfono móvil #: _____

Teléfono del trabajo #: _____

ext #: _____

Dirección de envío: _____

Ciudad: _____

Código postal: _____

Dirección de casa: _____

Ciudad: _____

Código postal: _____

Guardián 1 dirección de correo electrónico: _____

Guardian 2 dirección de correo electrónico: _____

Restricciones jurídicas: ¿Hay órdenes de restricción del estado de Washington actuales o restricciones legales en efecto impedir a una persona no tiene la custodia de visitar la escuela, tener acceso a la escuela informes / registros o retirar a su estudiante de la escuela? Sí/No ____ **En caso afirmativo, documentos legales deben ser archivada en la escuela.**

En caso afirmativo, ¿quién es el orden en contra de: _____ Relación con el estudiante: _____

Los contactos de emergencia se ponen en contacto en caso de que no somos capaces de llegar a los padres / tutores. Por favor, enumere las personas que viven en el área local, si es posible. Contacto de emergencia # 1: __

Tel: _____

Relación: _____

Recoger cualquier momento? Si no

Contacto de emergencia # 2: _____

Tel: _____

Relación: _____

Recoger cualquier momento? Si no

Contacto de Emergencia # 3: _____

Tel: _____

Relación: _____

Recoger cualquier momento? Si no

Otros hermanos se inscribe o que están inscritos en La Center Distrito escolar:

Nombre, Grado

Durante los últimos cinco (5) años, el estudiante ha asistido a las siguientes escuelas:

Fecha introducida, nombre de la escuela, ciudad, estado, fecha de retirada

¿Ha sido el estudiante inscrito en un programa especial? Si no

En caso afirmativo, indicar qué programa:

Dotados / TAG _____

Math Remedial (LAP) _____

Recuperación de lectura (Título 1) _____

Ed especial. _____

IEP _____

artículo 504 _____

ESL / ELL: _____

¿Tiene el estudiante pasado, acción actual o pendiente, de disciplina? Si no

Actualmente es estudiante suspendido o expulsado del distrito escolar anterior? Si no

Historial de comportamiento violento: Sí / No

En caso afirmativo, explíquelo porfavor _____

multas o cuotas pendientes de pago impuestas por otras escuelas: Sí / No

Estudiante Autorización de Salida: En el caso de que la escuela no puede ponerse en contacto con el padre / tutor, autorizo a que mi niño puede ser entregado a los contactos de emergencia mencionados.

Padre / tutor legal firma: _____

Autorización Médica de Emergencia: Entiendo que en caso de accidente o enfermedad, se hará todo lo posible para ponerse en contacto con el padre / tutor de inmediato. Si el padre / tutor no puede ser alcanzado, autorizo a la escuela para obtener la atención de emergencia para mi hijo. Padre / tutor legal firma: _____

Verificación de la información: La información en este formulario es verdadera y exacta a partir de esta fecha

Padre / tutor legal Firma: _____

Relacion hacía el niño _____



Distrito escolar de La Center

Condado de Clark, Washington

Centro de la Escuela de La Media

PO Box 1750 La Center, WA 98629

Teléfono (360) 263-2136 Fax (360) 263-

5936

Formulario enviado: _____

Registros enviados: _____

SOLICITUD de envío de registros de Identificación Personal

ESTUDIANTE _____

FECHA _____

FECHA DE NACIMIENTO _____

GRADO _____

Por favor envíe toda la información pertinente de los expedientes del alumno que nos ayudará en la planificación y la realización de su / su programa educativo.

Por favor envíe:

- Registro permanente
- Registros de Salud / de vacunación
- Los registros de educación especial (incluidos los registros del habla y del lenguaje) Coordinador de Educación Especial _____
- Disciplina

Esta información debe ser intercambiada

entre: The New School

Y la escuela anterior

PO Box La Center
 Escuela Media 1750
 La Center, WA 98629

Como se estipula en la Ley de Privacidad Familia Educativa derecho y (FERPA), entiendo que puedo obtener una copia de mi hijo es personalmente identificable registros. Soy consciente de que puedo desafiar el contenido de estos registros. También entiendo que la escuela va a tratar a estos registros de forma confidencial y los registros no serán revelados a una agencia de la escuela no pública sin mi consentimiento por escrito.

Firma: _____

Relación: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____



Distrito escolar de La Center

El nombre del estudiante: _____

El estudiante ha sido inscrito en clases especiales?

Por favor marque

SI NO

Especial Educación

En caso afirmativo, en qué área (s) fue estudiante objetivo?

SI NO

Tutorial Leyendo

En caso afirmativo, en qué área (s) fue estudiante objetivo?

SI NO

Recurso Habitación

En caso afirmativo, en qué área (s) fue estudiante objetivo?

SI NO

Habla Terapia

En caso afirmativo, en qué área (s) fue estudiante objetivo?

Firma: _____

Fecha: _____

Relación con el estudiante: _____

LA SECUNDARIA CENTRO

700 East 4^o St, La Center, WA 98629 360.263.5936

Plan de emergencia familiar

En caso de ser necesario un cierre de emergencia de la escuela, cada familia tiene que tener preparado un plan para la supervisión de su hijo (s). Por favor, hable con su hijo (s) a los que deben informar si usted no está en casa cuando llegan. Es especialmente útil para los niños que tienen al menos dos alternativas para la supervisión segura. Además, en caso de emergencia, que son más seguros si la familia de hecho ha practicado la rutina de qué hacer si los padres no están en casa para reunirse con ellos. Cierres de emergencia de la escuela son extremadamente raros. Sin embargo, tenemos que preparar a nuestros hijos para una experiencia segura en caso de necesidad. Si no tenemos un plan alternativo, le enviaremos a su hijo en casa de acuerdo a su rutina regular.

Especifique a continuación las instrucciones específicas para el personal de la escuela en caso de una salida temprana sin previo aviso.

Llamadas telefónicas de escuela no puede ser una parte de este plan

Nombre del estudiante: _____

Grado: _____

Profesor: _____

nivel de grado hermano (s):

Viajar en el autobús a casa como de costumbre.

Instrucciones de especial favor incluya cualquier número de autobuses alternativos:


Firma de los padres: _____

Fecha: _____

Teléfono: _____

Historia de la Salud La Escuela Centro de Estudiantes del Distrito 2018-19

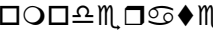
Para ser completado por el padre / tutor

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____ Grado: _____ Masculino
 

Nombre del padre: _____ Tel: _____ Profesor: _____ Autobús# _____

INDICAR SI estudiante ha sido diagnosticado por un médico con licencia de CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES:

*Si su hijo tiene una condición que amenaza la vida, la ley estatal requiere un medicamento y / o órdenes de tratamiento de un profesional de salud con licencia y un plan de emergencia debe estar en su lugar antes de que su hijo pueda asistir a la escuela.
Ver oficina para formas. Por favor marque las casillas correspondientes a continuación y explicar si es necesario*

Estado de salud	si	no	Explicación si "Sí" comprobado
Alergias a los alimentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alimentos (S): <input type="checkbox"/> maní <input type="checkbox"/> Arbol de nuez <input type="checkbox"/> lechería <input type="checkbox"/> huevos <input type="checkbox"/> otro_ Valorar la reacción: <input type="checkbox"/> templado <input type="checkbox"/> moderar <input type="checkbox"/> que amenaza la vida ¿Tiene su hijo requiere una inyección de epinefrina? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no
La alergia a las picaduras de abeja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Valorar la reacción: <input type="checkbox"/> templado <input type="checkbox"/> moderar <input type="checkbox"/> en peligro la vida ¿Tiene su hijo requiere una inyección de epinefrina? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no
alergias a los medicamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lista:
Alergias (otro)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lista:
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Valorar la gravedad: <input type="checkbox"/> templado <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> que amenaza la vida medicamentos para el asma tomada en el hogar: _____ Medicación necesaria en la escuela:
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Type 1 (dependiente de insulina) <input type="checkbox"/> Type 2 medicamentos para la diabetes (s) tomadas en el hogar:
Trastorno convulsivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tipo de ataque: medicamentos:
Problemas cardiacos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Especificar:
Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Especificar:
Desorden sanguíneo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Especificar: Tratamiento:
ADD / ADHD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Medicamentos para el TDA / TDAH:
Salud / problemas de comportamiento mentales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Especificar: Tratamiento / Medicamentos:
Condición ortopédica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Especificar:
Usa anteojos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> para Distancia <input type="checkbox"/> Para leer
Pérdida de la audición	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pérdida de la audición <input type="checkbox"/> Oreja derecha <input type="checkbox"/> Oreja izquierda <input type="checkbox"/> Audífonos

¿Su hijo tiene cualquier otra condición que pueda afectar a su / su desempeño en el aula o actividades de educación física?

No Sí en caso afirmativo, explique: _____

La medicación diaria

La ley del estado requiere el permiso de un profesional de salud con licencia y escrito de los padres antes de cualquier medicamento (con receta o de venta libre) se pueden dar en la escuela. Un formulario está

- No Sí Medicación necesaria en la escuela especificar: _____
- No Sí Medicación necesaria en casa- especificar: _____
- No Sí Para la medicación diaria tomada en casa, sería falta de 24 horas de este medicamento suponen un riesgo para la salud de su niño u otros? Si es así, tendría que ser suministrada a la escuela en caso de una emergencia (por ejemplo. Diaria asma, diabetes, convulsiones, alergia a medicamentos o ADD / ADHD) un suministro de tres días de la

medicación.

Esta información se considera confidencial. Será compartida con el personal escolar y los servicios de emergencia cuando sea necesario durante el tiempo que su hijo está inscrito en el Centro de Distrito de La escuela con el fin de garantizar la salud y la seguridad de su hijo, a menos que sea solicitado por escrito.

Firma del Padre / Tutor: _____ Fecha: _____

Distrito Escolar LaCenter

PO Box 1840, 725 Highland Rd. LaCenter, Wa. 98629

Autorización para la Administración de Medicamentos

(Los medicamentos orales, inhaladores, Epi-pens, insulina, ojos, oídos, y medicamentos tópicos)

Para las preguntas con la enfermera escolar

en: Teléfono 360-263-2134 ext.218, Fax 360-263-2133

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____ Sexo: M / F

Colegio: _____ Profesor: _____ Grado: _____

PROVEEDOR DE CUIDADO DE LA SALUD completa esta sección: (en letra de imprenta)

He determinado que el medicamento se menciona a continuación es necesario durante el día escolar.

El diagnóstico o la razón de la medicación: _____

Nombre del medicamento: _____ Dosis: _____

Tableta / cápsula

Líquido

Inhalador

nebulizador

Otro _____

Si se da el medicamento al día, a qué hora? _____

Si la medicina debe ser dada cuando sea necesario, describir indicaciones: _____

¿Qué tan pronto puede repetirse? _____

Se permite que los niños de transportar y inhalador de rescate autoadministrarse?

Si no _____

He entrenado a este estudiante en el propósito y método apropiado y frecuencia de uso.

Si no _____

la autorización de medicamentos sólo son válidos para el año escolar en curso.

efectos secundarios significativos: _____

Fecha: _____

Proveedor de atención médica Firma: _____

Tel: _____

Imprimir Nombre: _____

Fax: _____

Dirección: _____

TUTOR completa esta sección:

Solicito que mi hijo sea permitido tomar el medicamento como se ha descrito anteriormente.
Solicito que el personal escolar autorizado ayude a mi hijo a tomar el medicamento (s) descrito anteriormente. Yo entiendo que el personal escolar tratará de administrar medicamentos de manera oportuna.

Voy a ofrecer el producto en su envase original, debidamente etiquetado.

Doy mi permiso para el intercambio de información con respecto a este medicamento entre el personal de

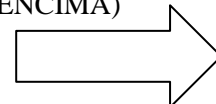
_____ (Fecha)

_____ (Firma del Padre / Tutor)

_____ (Teléfono)

_____ (Teléfono de

(ENCIMA)



Política de Medicamentos ESCUELA

Siempre que sea posible animamos a las dosis de medicamentos que ser programadas durante las horas no escolares.

Para aquellos alumnos que necesitan medicamentos en la escuela, lo siguiente es requerido por la ley del Estado de Washington (RCW 28A.210.260 y 270) y debe ser completado y en el archivo antes de cualquier medicamento se puede dar.

Over-the-COUNTADOR y sin receta medicamentos / productos

- Autorización para la Administración de Medicamentos Formulario completado por el padre / tutor y un profesional con autoridad para recetar la salud autorizado.
- DEBE estar en su envase original etiquetado con el nombre del estudiante.

MEDICACIÓN PRESCRITA

- Autorización para la Administración de Medicamentos Formulario completado por el padre / tutor y un profesional con autoridad para recetar la salud autorizado.
- El medicamento debe estar en un recipiente adecuadamente etiquetado de la farmacia de dispensación. Una farmacia puede proporcionar un envase etiquetado para la escuela bajo petición.
 - El nombre del estudiante
 - Nombre, la fuerza y la dosis de la medicación
 - El tiempo y el modo de administración
- Proporcionar no más de un suministro de 20 días.

TENGA EN CUENTA:

- Las solicitudes para la administración de medicamentos por vía oral son válidos sólo para la medicación cotizada y las fechas indicadas. Las solicitudes para la administración de medicamentos debe ser autorizada de cada año escolar.
- **Todos los medicamentos se mantendrán en la oficina de la escuela a menos que se lo indique el médico. Los medicamentos almacenados en esta área pueden no estar disponibles para el estudiante durante las horas no escolares.**
- **Es responsabilidad de los padres / tutores para asegurar que la emergencia sea necesario (de rescate) medicamentos están disponibles para sus estudiantes después del horario escolar y durante el viaje desde / hasta y durante eventos después de escuela.**

Gracias por su cooperación.



La Center School District # 101
725 Highland Road La Center, WA 98629
Cuestionario Student Housing

Las respuestas a las siguientes preguntas pueden ayudar a determinar los servicios de este estudiante puede ser elegible para recibir bajo el McKinney-Vento 42 USC 11435. La Ley McKinney-Vento proporciona servicios y apoyos para niños y jóvenes sin hogar o inestabilidad de la vivienda. (Por favor, vea el reverso para obtener más información.)

Si es el propietario / alquilar su propia casa, que no es necesario para completar este formulario.

Por favor marque la casilla que refleje su situación de vida actual:

- En un motel
- Un coche, parque, camping, u otro lugar similar
- En un refugio
- Vivienda de transición
- Pasar de un lugar a otro / couchsurfing
- En la casa de otra persona o apartamento con otra familia
- En una residencia con instalaciones inadecuadas (no hay agua, calor, electricidad, etc.)
- Otro _____

Nombre de estudiante: _____
primero Medio Último

Nombre de _____ Grado: _____ Fecha de nacimiento: _____ Años: _____
Escuela: _____
Mes día año

Género: _____
 El estudiante está acompañado (que no vive con un padre o tutor legal)
 El estudiante está viviendo con un padre o tutor legal

Domicilio o residencia actual: _____

Número de teléfono o Teléfono de contacto: _____

Nombre del Contacto :: _____

Imprimir el nombre del padre (s) / tutor (s) legal: _____

(O no acompañados de Jóvenes)

* Firma del padre / tutor legal: (o _____ Fecha: _____
joven no acompañado)

* Declaro bajo pena de perjurio bajo las leyes del estado de Washington que la información aquí proporcionada es verdadera y correcta.

Firma McKinney-Vento de construcción de Enlace _____ **Fecha** _____

Por la presente certifico que el estudiante nombrado en este formulario califica a los derechos y servicios bajo la Ley McKinney-Vento.

Firma McKinney-Vento Distrito de Enlace _____

SEGUNDO. 725. DEFINICIONES.

Para los propósitos de este subtítulo:

- (1) Los términos se inscriben 'y la inscripción' incluye asistir a las clases y participar plenamente en las actividades escolares.
- (2) El término niños y jóvenes sin hogar -
 - (A) significa individuos que carecen de una residencia fija, regular y adecuada durante la noche (en el sentido de la sección 103 (a) (1)); y
 - (B) incluye -
 - (i) niños y jóvenes que comparten la vivienda de otras personas debido a la pérdida de vivienda, problemas económicos, o una razón similar; que viven en moteles, hoteles, parques de casas rodantes, o zonas de acampada, debido a la falta de alternativas de alojamiento adecuado; están viviendo en refugios de emergencia o de transición; son abandonados en los hospitales; o están a la espera de la colocación de cuidado de crianza;
 - (ii) niños y jóvenes que tienen una residencia nocturna primaria que es un lugar público o privado no diseñado para o se utiliza comúnmente como dormir regularmente los seres humanos (dentro del significado de la sección 103 (a) (2) (C));
 - (iii) niños y jóvenes que viven en automóviles, parques, espacios públicos, edificios abandonados, viviendas de calidad inferior, estaciones de autobuses o trenes, o lugares similares; y
 - (iv) niños migratorios (como dicho término se define en la sección 1309 de la Ley de Educación Primaria y Secundaria de 1965) que califican como personas sin hogar para los propósitos de este subtítulo, porque los niños están viviendo en circunstancias descritas en los apartados (i) a (iii).
- (6) El término menor no acompañado' incluye una juventud no bajo la custodia física de un padre o tutor.

Recursos adicionales

información y recursos de los padres se pueden encontrar en la siguiente:

http://center.serve.org/nche/ibt/parent_res.php
<http://naehcy.org/educational-resources/naehcy-publications>

La Center School District - Etnicidad y raza de datos Formulario de recolección

ESTUDIANTE _____ COLEGIO _____ GRADO _____

Por favor llene tanto la pregunta 1 y la pregunta 2

Pregunta 1. Es el estudiante de origen hispano o latino? (Marque todo lo que corresponda)

No Hispano / Latino

cubano

dominicano

español

Puerto Rico

Mexicano / México americano / chicano

América Central

sudamericano

latinoamericano

Otro Hispano / Latino

Pregunta 2. ¿De qué raza (s) no se tiene en cuenta su estudiante? (Marque todo lo que corresponda)

Afroamericano / Negro

Blanco

Asia / India

camboyano

chino

filipina

Hmong

indonesio

japonés

coreano

Laos

malasio

pakistaní

Singapur

taiwanés

tailandés

vietnamita

otra asiática

nativo de Hawai

fiyiano

Guameña o Chamorro

Mariana isleño

melanesian

micronesian

samoano

Tonga

Otra isla del Pacífico

nativo de Alaska

chehalis

Colville

cowlitz

Hoh

Jamestown

Kalilspell

menor Elwha

lummi

makah

Muckleshoot

nisqually

Nooksack

port Gamble

Klellam

Puyallup

Quilleute

quinault

samish

Sauk-Suiattle

shoalwater

Skokomish

Snoqualmie

Spokane

Isla Squaxin

Stillaguamish

Suquamish

Swinomish

Tulaup

Yakima

Otro indio Washington

Otros indios americanos / nativos de Alaska



Oficina del Superintendente de Instrucción Pública (OSPI)
Encuesta sobre el idioma

La encuesta de lenguaje se da a todos los estudiantes que se inscriben en las escuelas de Washington.

Nombre del estudiante:	Grado:	Fecha:
Nombre del Padre / Guardián _____ Firma del Padre / Tutor _____		
<p>Derecho a la traducción e interpretación Indique su preferencia de idioma por lo que puede proporcionar un intérprete o documentos traducidos, de forma gratuita, cuando los necesite.</p>	<p>Todos los padres tienen el derecho a la información sobre su hijo de la educación en un idioma que comprendan.</p> <p>1. ¿En qué idioma (s) sería su familia <u>prefieren</u> comunicarse con la escuela?</p>	
<p>La elegibilidad para apoyar el desarrollo lingüístico Información sobre el idioma del estudiante nos ayuda a identificar a los estudiantes que califican para ayuda a desarrollar las habilidades lingüísticas necesarias para tener éxito en la escuela. La prueba puede ser necesaria para determinar si se necesitan soportes de lenguaje.</p>	<p>2. ¿Qué idioma aprendió su hijo primero? _____</p> <p>3. ¿Qué idioma usa su hijo el más en casa? _____</p> <p>4. ¿Cuál es el idioma principal que se utiliza en el hogar, sin importar el idioma hablado por su hijo? _____</p> <p>5. Ha recibido el apoyo de su hijo el desarrollo del lenguaje Inglés en una escuela anterior? Sí ___ No ___ Know _____</p>	
<p>Educación antes Sus respuestas sobre el país de nacimiento del niño y la educación previa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • darnos información sobre los conocimientos y habilidades que su hijo está trayendo a la escuela. • Puede permitir que el distrito escolar para recibir fondos federales adicionales para proporcionar apoyo a su hijo. <p><i>Este formulario no se utiliza para identificar estatus migratorio de los estudiantes.</i></p>	<p>6. ¿En qué país nació su hijo? _____</p> <p>7. Alguna vez su hijo recibió educación formal fuera de los Estados Unidos?(Kinder - 12º grado) ___ Sí ___ No</p> <p>En caso afirmativo: Número de meses: _____ Lenguaje de instrucción: _____</p> <p>8. ¿Cuándo su hijo asista a una escuela primera en los Estados Unidos? (Kinder - 12º grado)</p> <p>_____</p> <p>Mes Día Año</p>	

Gracias por proporcionar la información necesaria sobre la encuesta de lenguaje ti. Póngase en contacto con su escuela distrito si tiene alguna pregunta sobre este formulario o sobre los servicios disponibles en la escuela de su hijo.

respuesta que incluye un idioma distinto del Inglés a la pregunta # 2 # 3 O pregunta desencadena idioma Inglés prueba de colocación de competencia. Las respuestas a las preguntas # 1 o # 4 de un idioma distinto del Inglés podrían llevar más conversación con la familia para asegurarse de que # 2 y # 3 se comprenden con claridad. “La educación formal” en el # 7 no incluye los campos de refugiados o en otros programas educativos acreditados para los niños.



[Formas y Materia Traducción](#) de la Oficina de Educación Bilingüe de la [Oficina del Superintendente de Instrucción Pública](#) están bajo una licencia [Creativo Atribución 4.0 Licencia Internacional](#).