FIRST 5 SOLANO
CHILDREN AND FAMILIES COMMISSION

FAIRFIELD-SUISUN UNIFIED SCHOOL DISTRICT

KindeReady 2020

Pre-Kindergarten Summer Academy

July 6th-30th

KindeReady is a four week summer academy for children with limited school experience who are enrolled to start Kindergarten in August 2020.
KindeReady provides an easy start for children who have not had school experience or who may benefit from a little extra time.
Enrollment will be based on priority of students with NO PRESCHOOL EXPERIENCE, students who are English Learners, and then by lottery.

July 2020				
Mon	Tues	Wed	Thurs	Fri
6	7	8	9	No class
13	14	15	16	No class
20	21	22	23	No class
27	28	29	30	No class

KindeReady Sites

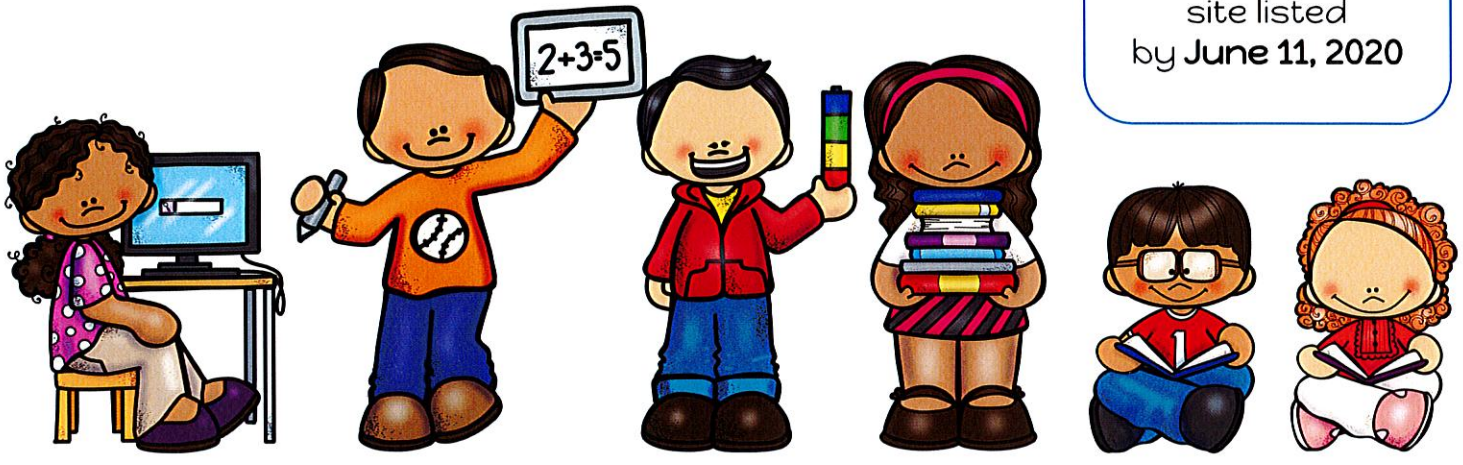
David Weir K-8	1975 Pennsylvania Ave, Fairfield
Fairview Elementary	830 First St, Fairfield

ALL qualified FSUSD students may attend the program at **either** site above. Your child does NOT have to be attending Kindergarten at the sites above to participate.
Please mark your registration with the site you would like your child to attend for KindeReady.

Class Time 8:30-11:30am

For more information or questions regarding KindeReady, contact Corie Barloggi at corieb@fsusd.org or (707) 399-5041.

Program Registration due to any school site listed by **June 11, 2020**



KindeReady 2020

academia de verano
para prejardín de infantes
6 - 23 de Julio

El programa KindeReady es una academia de verano de cuatro semanas que ofrecemos a aquellos niños con experiencia escolar limitada y que están matriculados para comenzar el kinder en agosto del 2020.

El programa KindeReady le da un comienzo fácil a aquellos niños que no han tenido experiencia en un ambiente escolar. También le es de beneficio a aquellos niños que podrían usar un poco más de tiempo escolar.

La inscripción a este programa será basado en prioridad para estudiantes que NO TENGAN EXPERIENCIA PREESCOLAR, estudiantes que sean aprendices del inglés, y por lotería.

Julio 2020				
Lun.	Mar.	Miér.	Juev.	Vier.
6	7	8	9	No habrá clases
13	14	15	16	No habrá clases
20	21	22	23	No habrá clases
27	28	29	30	No habrá clases

Planteles que ofrecen KindeReady

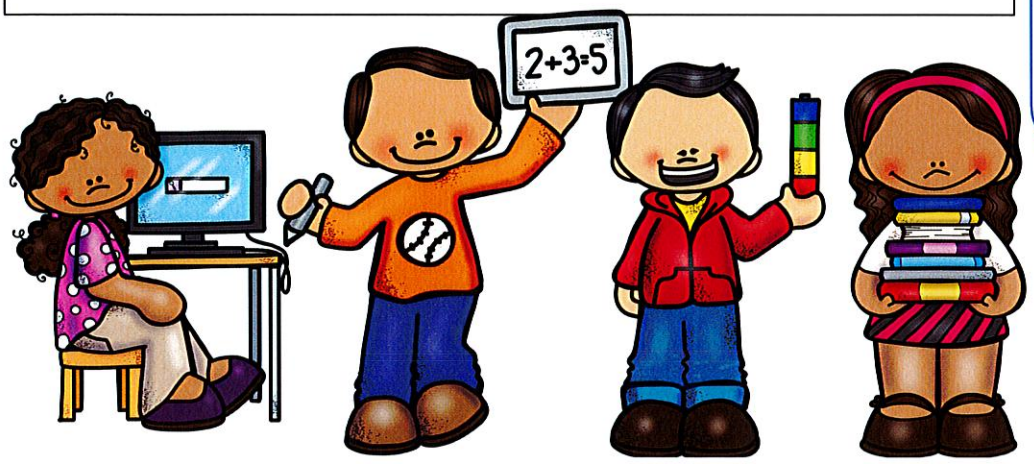
Primaria Fairview	830 First St, Fairfield
Academia David Weir	1975 Pennsylvania Ave, Fairfield

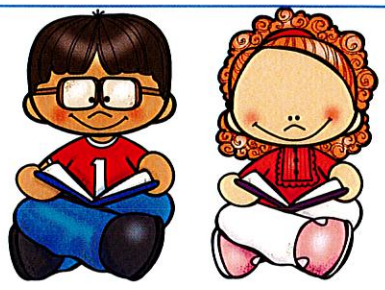
TODOS los estudiantes de FSUSD cualificados, pueden asistir al programa en cualquiera de los planteles escolares mencionados. Su hijo(a) NO tiene que estar asistiendo a kínder en los planteles escolares mencionados, para poder participar. Por favor marque su registración con el plantel en el que le gustaría que su hijo(a) asista para KindeReady

Horario escolar 8:30-11:30 am

Para más información, o si tiene preguntas sobre KindeReady, comuníquese con Corie Barloggi at corieb@fsusd.org or (707) 399-5041.

Las registraciones al programa pueden entregarse a cualquier plantel escolar mencionado antes del **11 de junio de 2020**





KindeReady REGISTRATION FORM

THIS FORM MUST BE COMPLETED AND TURNED INTO THE SCHOOL OFFICE BY **June 11, 2020.**

STUDENT'S LAST NAME	FIRST	GOES BY	BIRTHDATE ___ / ___ / ___
ADDRESS		CITY/ZIP	GENDER M F
PARENT/GUARDIAN NAME #1	CELL #	HOME #	WORK #
PARENT/GUARDIAN NAME #2	CELL #	HOME #	WORK #
EMERGENCY CONTACT #1	CELL #	HOME #	WORK #
EMERGENCY CONTACT #2	CELL #	HOME #	WORK #
EMERGENCY CONTACT #3	CELL #	HOME #	WORK #
ANY PRESCHOOL EXPERIENCE? YES NO IF YES, SCHOOL NAME HOW LONG	ALLERGIES OTHER HEALTH		MY STUDENT HAS: IEP ___ 504___

OTHER INFORMATION THAT WILL HELP US KEEP YOUR CHILD SAFE AND HAPPY and/or OTHER CONDITIONS THAT MAY QUALIFY YOUR CHILD FOR THE PROGRAM

SCHOOL CHILD WILL ATTEND IN FALL	PLEASE RANK (1-2) YOUR SCHOOL SITE CHOICE FOR KINDEREADY	
	DAVID A WEIR ACADEMY ___	FAIRVIEW ELEMENTARY ___

PLEASE REVIEW THE FOLLOWING STATEMENTS AND INITIAL THAT YOU HAVE READ THEM CAREFULLY:

_____ I UNDERSTAND THAT MY CHILD WILL BE DROPPED FROM KINDEREADY AFTER 2 DAYS OF ABSENCE.

_____ I UNDERSTAND THAT MEDIA MAY INTERVIEW/PHOTOGRAPH STUDENTS. ___MY CHILD MAY PARTICIPATE. ___MY CHILD MAY NOT PARTICIPATE.

_____ EMERGENCY MEDICAL AUTHORIZATION Ed Code 49407/49408: In the event of serious illness or accident, the Fairfield-Suisun Unified School District authorities have my permission to use their best judgment in the interest of the health of the student named on this form if Parent/Guardian/Emergency Contacts listed cannot be contacted.

PREFERRED PHYSICIAN	PHONE	MED INSURANCE/ #	PREFERRED HOSPITAL	OTHER
PARENT/GUARDIAN SIGNATURE		DATE	OFFICE USE	

The Fairfield-Suisun Unified School District affords all persons, regardless of their disability, gender, gender identity, gender expression, nationality, race or ethnicity, religion, sexual orientation, or any other characteristic that is contained in the definition of hate crimes set forth in Section 422.55 of the Penal Code, equal rights and opportunities in the educational institutions of the district.

For more information contact Corie Barloggi at CorieB@fsusd.org or (707) 399-5041

KindeReady
FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

ESTE FORMULARIO DEBE SER COMPLETADO Y ENTREGADO A LA OFICINA DE LA ESCUELA ANTES DEL **11 de junio de 2020**

APELLIDO DEL ESTUDIANTE	PRIMER NOMBRE	CONOCIDO COMO:	FECHA DE NACIMIENTO ___ / ___ / ___
DIRECCIÓN		CIUDAD/CÓDIGO POSTAL	GÉNERO M F
NOMBRE DEL PADRE DE FAMILIA #1	# DE TELÉFONO CELULAR	# DE TELÉFONO DEL HOGAR	# DE TELÉFONO DEL TRABAJO
NOMBRE DEL PADRE DE FAMILIA #2	# DE TELÉFONO CELULAR	# DE TELÉFONO DEL HOGAR	# DE TELÉFONO DEL TRABAJO
CONTACTO DE EMERGENCIA #1	# DE TELÉFONO CELULAR	# DE TELÉFONO DEL HOGAR	# DE TELÉFONO DEL TRABAJO
CONTACTO DE EMERGENCIA #2	# DE TELÉFONO CELULAR	# DE TELÉFONO DEL HOGAR	# DE TELÉFONO DEL TRABAJO
CONTACTO DE EMERGENCIA #3	# DE TELÉFONO CELULAR	# DE TELÉFONO DEL HOGAR	# DE TELÉFONO DEL TRABAJO
¿EXPERIENCIA ALGUNA EN PREESCOLAR? SÍ NO SI RESPONDE CON UN "SÍ", NOMBRE LA ESCUELA ¿POR CUÁNTO TIEMPO?	ALERGIAS OTRA INFORMACIÓN REFERENTE A LA SALUD:		MI ESTUDIANTE TIENE UN: IEP ___ 504___

OTRA INFORMACIÓN QUE NOS AYUDARÁ A MANTENER A SU HIJO(A) SEGURO(A) Y CONTENTO(A) y/u OTRAS CONDICIONES QUE PUEDEN CALIFICAR A SU HIJO(A) COMO ELEGIBLE PARA EL PROGRAMA

ESCUELA QUE EL ESTUDIANTE ASISTIRÁ EN EL OTOÑO	POR FAVOR CLASIFIQUE (DEL 1 AL 2) SU ESCUELA DE PREFERENCIA PARA KINDEREADY	
	DAVID A WEIR ___	FAIRVIEW ___

POR FAVOR REVISE LAS SIGUIENTES DECLARACIONES Y ESCRIBA SUS INICIALES COMO COMPROBANTE QUE LAS HA LEÍDO CUIDADOSAMENTE:

_____ ENTIENDO QUE MI HIJO(A) SERÁ SACADO DEL PROGRAMA KINDEREADY DESPUÉS DE 2 DÍAS DE AUSENCIA.

_____ ENTIENDO QUE LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN PUEDEN ENTREVISTAR/FOTOGRAFIAR A LOS ESTUDIANTES ___ MI HIJO(A) PUEDE PARTICIPAR. ___ MI HIJO(A) NO PUEDE PARTICIPAR.

_____ AUTORIZACIÓN EN CASO DE EMERGENCIA MÉDICA Código educativo 49407/49408: En caso de una enfermedad seria o accidente, las autoridades del Distrito Escolar Unificado de Fairfield-Suisun tienen mi permiso para utilizar su mejor juicio en el interés de la salud del estudiante nombrado en este formulario, si el padre de familia/tutor/contactos de emergencia no pueden ser contactados.

DOCTOR DE PREFERENCIA	NÚMERO TELEFÓNICO	No. DE SEGURO MÉDICO	HOSPITAL DE PREFERENCIA	OTRO
FIRMA DEL PADRE DE FAMILIA/TUTOR		FECHA	OFFICE USE	

El Distrito Escolar Unificado de Fairfield-Suisun le ofrece a todas las personas, independientemente de sus discapacidades, género, identidad de género, expresión de género, nacionalidad, raza u origen étnico, religión, orientación sexual, o cualquier otra característica que es contenida en la definición de crímenes de odio establecidos en la Sección 422.55 del Código Penal, derechos y oportunidades iguales en las instituciones educativas del distrito.

Para más información, comuníquese con Corie Barloggi a CorieB@fsusd.org or (707) 399-5041