



**Before and After School
Enrichment Program
Kansas City, Kansas Public Schools**

**Childcare Services * Tutoring/Homework Assistance *
Social Development * Fine Arts
Recreational Activities * Career Exploration**

USD 500 KIDZONE SITES 2022-2023

AM/PM

				<u>Start Date</u>	<u>End Date</u>
Emerson	1429 S 29 th	KCK	627-5913	08/15/22	05/19/23
Hazel Grove	2401 N 67 th St.	KCK	627-7000/749-9661	08/15/22	05/19/23
West Park	2600 N 43 rd Terr.	KCK	627-6260/627-6263	08/15/22	05/19/23
Whittier	295 S 10 th	KCK	627-6425	08/15/22	05/19/23

PM ONLY

Banneker	2026 N 4 th st	KCK	627-4700	08/15/22	05/19/23
Frank Rushton	2605 W 43 rd	KCK	375-5840	08/15/22	05/19/23
New Chelsea	2500 Wood	KCK	627-5000/5009	08/15/22	05/19/23

****Please refer to page 2 for the list of sites that each school will attend****

**Main Offices at District Central Office * 2010 N. 59th St.
913-627-4390 * 913-669-0235 * 913-627-4356**



Por favor, devuelva este paquete al Director del Programa Kidzone en el sitio Kidzone donde asistirá su hijo. Una vez que el paquete se entrega al Director del Programa, los estudiantes se inscriben automáticamente.

Kidzone services available to the elementary schools:

<i>School Name</i>	<i>AM Kidzone site</i>	<i>PM Kidzone site</i>
Banneker	Whittier	Banneker
Claude Huyck	Hazel Grove	Hazel Grove
Douglass	Whittier	Banneker
Emerson	Emerson	Emerson
Eugene Ware	West Park	West Park
Frances Willard	Whittier	Whittier
Frank Rushton	Emerson	Frank Rushton
Grant	Whittier	Banneker
B. Caruthers	Whittier	Banneker
Hazel Grove	Hazel Grove	Hazel Grove
John Fiske	Whittier	Whittier
John F Kennedy	Hazel Grove	Hazel Grove
Lindbergh	West Park	West Park
Lowell Brune	Hazel Grove	Hazel Grove
Mark Twain	Whittier	Whittier
McKinley	Whittier	Whittier
ME Pearson	Whittier	Whittier
New Chelsea	West Park	West Park
New Stanley	Emerson	Emerson
Noble Prentis	Emerson	Emerson
Quindaro	West Park	West Park
Silver City	Emerson	Emerson
Stony Point North	Hazel Grove	Hazel Grove
Stony Point South	Hazel Grove	Hazel Grove
T.A. Edison	Emerson	Frank Rushton
Welborn	West Park	West Park
West Park	West Park	West Park
Whittier	Whittier	Whittier



**BEFORE AND AFTER SCHOOL
Enrichment Program
Kansas City Kansas Public Schools**

**Childcare Services
Academics - Tutoring/Homework Assistance
Social Development
Fine Arts - Recreational Activities**

Kidzone ofrece
programación de calidad
en un ambiente seguro y
divertido para los
estudiantes en áreas de:

1. Apoyo Académico
2. Tutoría
3. desarrollo social
4. recreación
5. Actividades de Bellas Artes
6. Tecnología

Kidzone también
proporciona:

1. Bocadillos diarios
2. Los servicios se abren durante el servicio de los maestros, las vacaciones de primavera y *verano

Las horas de servicios varían según las Escuelas

ANTES DE ESCUELA: 7:00 am until 8:00 or 8:30 am

(Estudiantes llegarán a su Escuela de Origen antes del desayuno)

DESPUES DE ESCUELA: 3:15, 3:30 or 4:00 pm until 5:30 pm

Miércoles Salida Temprana: 1:15, 1:30 or 2:30 p.m. until 5:30 pm

Escuelas que proporcionan Servicios 2022-2023 (Comenzarán 08/15/22)

Mañana y Tarde- Emerson, Hazel Grove, West Park, Whittier

Sólo por la tarde- Banneker, Frank Rushton, New Chelsea

Costo de los Servicios de Cuidado Infantil:

\$40 (per week) for both A.M. & P.M. sessions

\$20 (per week) for A.M.

\$30 (per week) for P.M.

\$15 (per week) for Wednesday only

El costo es por semana /por niño



**For more information call:
(913)627-4390, (913)627-4356 or (913)669-0235**

Programa antes y después de la escuela

Kidzone ofrece tutoría y asistencia con la tarea, programas de desarrollo social, steam y actividades recreativas, y servicios de cuidado infantil. Además, Kidzone ofrece una amplia variedad de actividades de enriquecimiento dirigidas por profesores y proveedores comunitarios en un entorno seguro.

Los refrigerios diarios están incluidos.

Para inscribirse, póngase en contacto con el personal de Kidz one en uno de los sitios anfitriones.

Horario del programa

7:00 a.m. hasta las 7:45, 8:00 o 8:30 a.m.

3:15, 3:30 o 4:00 p.m. hasta las 5:30 p.m.

Miércoles 1:15, 1:30 o 2:30 p.m. hasta las 5:30 p.m.

Otras fechas y horas del programa para el año escolar:

*La programación de verano se determinará en función de la financiación 2022-2023

ABIERTO de 7:00 am a 5:30 pm durante las sesiones de Summer y en las fechas que se enumeran a continuación: Días de defensa de la familia y sin servicio para maestros 16 de Septiembre de 2022 (Solo abierto de Hazel Grove) 14 de Octubre de 2022 (Solo abierto de Hazel Grove) 31 de Octubre de 2022 (Solo abierto de Hazel Grove) 11 de Noviembre de 2022 (Solo abierto de Hazel Grove) 19-20 de Diciembre de 2022 (Solo abierto de Hazel Grove) 4 de Enero de 2023 (Solo abierto en Hazel Grove) 3 de Febrero de 2023 (Solo abierto de Hazel Grove) 10 de Marzo de 2023 (Solo abierto en Hazel Grove) 21 de Abril de 2023 (Solo abierto de Hazel Grove) Vacaciones de Primavera 13-17 de marzo de 2023 (Solo Hazel Grove)	CERRADO en las fechas que se enumeran a continuación: Día del Trabajo 5 de septiembre de 2022 Día de Acción de Gracias 21-25 de noviembre de 2022 Vacaciones de invierno 21-31 de diciembre de 2022 y 1-4 de Enero de 2023 Vacaciones 2023 16 de enero de 2023 Dr. King Holiday February 20, 2023 President's Day
--	--

Último día de Kidzuno para el año escolar: 19 de mayo^{de}2023

Costo por estudiante

\$40 (por semana) para la sesión de A.M. y P.M.

\$20 (por semana) para A.M.

\$30 (por semana) para P.M.

\$ 15 (por semana) solo para el servicio de los miércoles

Las tarifas diarias no están disponibles

Las familias son responsables de recoger a sus hijos antes de las 5:30 pm en el sitio de Kidzone. Kidzone puede comunicarse con Campus Security para transportar a su(s) hijo(s) a otro lugar para recoger después de las 6:00 p.m.

Kidzone es financiado en parte por: 21st Century Learning Centers; Departamento de Servicios para la Infancia y la Familia; y las Escuelas Públicas de Kansas City, Kansas

KIDZONE / INFORMACIÓN DE RECOGIDA Y LIBERACIÓN

Los padres/tutores deben:

1. Proporcione a **Kidzone**/ Nombres del personal de la Escuela de **Verano** de aquellas personas que pueden recoger a su hijo a continuación.
2. **El personal de Kidzone / Summer School** no liberará a su hijo a ninguna otra persona (s) que no sean las que se enumeran a continuación.

(3) Es responsabilidad de los padres mantener esta información actualizada en todo momento.

AUTORIZADO PARA RECOGER A MI HIJO (POR FAVOR IMPRIMA): (Notifique al Director del Programa de cualquier cambio.)

<i>Nombre</i>	<i>Relación</i>	<i>Teléfono</i>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

***NO PERMITA QUE** MI HIJO SE VAYA CON ESTAS PERSONAS:

¿Hay alguna información especial que ayude a la persona que cuida a su hijo? Sí/No En caso afirmativo, sírvanse explicar:(por ejemplo, medicamentos/problemas de salud)_____

TRANSPORTACION

Es responsabilidad del padre/tutor proporcionar u organizar el transporte de su(s) hijo(s) hacia y desde el programa Kidzone. Sin embargo, puede haber ocasiones en que el transporte puede ser proporcionado por las Escuelas Públicas de Kansas City, Kansas solo para excursiones. Habrá una boleta de permiso por separado que los padres deben completar para cada viaje de campo.

Entiendo que es mi responsabilidad mantener actualizada la información de recogida y liberación. Estoy de acuerdo en que seguiré las políticas y procedimientos del programa Kidzone.

Además, entiendo que la hora de recogida de Kidzone es no más tarde de las 5:30 p.m. Los padres serán contactados a las 6:00 p.m. con respecto a cualquier estudiante (s) dejado en el sitio. Kidzone puede comunicarse con La Seguridad del Campus o el Departamento de Policía de KCK con respecto a cualquier estudiante que quede en el lugar después de las 6:00 p.m.

Firma de padre/tutor _____ *fecha* _____

Firma del proveedor de cuidado infantil

Fecha

Kidzone

Acuerdo de programación antes y después de la escuela y de verano

El siguiente acuerdo especifica claramente las responsabilidades del estudiante, los padres y el personal para la participación en el programa **Kidzone / Escuela de Verano**, ya sea verano o antes y después de la escuela. Este acuerdo debe ser firmado por el padre/tutor antes de participar en el programa. El programa servirá a todos los estudiantes, a menos que las necesidades de los estudiantes excedan las capacidades de personal de las pautas del programa. Las familias serán notificadas de cualquier preocupación o problema potencial de inmediato, y los estudiantes no serán liberados del programa sin conferencias de padres y / o notificación. **Kidzone / Summer School no discrimina a ninguna persona por raza, color, religión o sexo, discapacidad, estado familiar u origen nacional.**

Expectativas de los estudiantes:

1. *Respetarse a sí mismo y a los demás*
2. *Demstrar una actitud positiva*
3. *Asistir al programa regularmente. Para mantener la asistencia regular, ya que los espacios de inscripción pueden ser limitados.*
4. *Cumplir con todas las expectativas de comportamiento como se describe en el Manual del Código de Conducta de USD 500.*
5. *Para cumplir con el código de vestimenta de USD 500 / Kidzone.*
6. **USAR SU MASCARILLA EN TODO MOMENTO Y SEGUIR LAS PAUTAS DE SEGURIDAD COVID-19**
Esta información se publica para la revisión del estudiante en cada área del programa.

Expectativas de los padres:

1. *Para completar todos los documentos requeridos antes de participar en KIDZONE*
2. *Para cumplir con el acuerdo de recogida y liberación kidzone para su hijo*
3. *Para proporcionar información médica o de salud actualizada sobre su hijo al Director del Programa para su uso en caso de una emergencia médica*
4. *Alentar y apoyar a sus hijos a respetarse a sí mismos y a los demás*
5. *Apoyar al personal en el establecimiento de un ambiente cómodo, seguro y positivo para todos los estudiantes*
6. **PARA RECOGER A SU ESTUDIANTE SI EL PERSONAL DE KIDZONE SE LO PIDE DEBIDO A SÍNTOMAS DE COVID**

INFORMACIÓN GENERAL Y PERMISO

Entiendo que se me notificará con anticipación para solicitar mi permiso para que mi hijo asista a una excursión. Le doy permiso al personal de Summer School / Kidzone, sus Socios de Servicio Comunitario y el Programa de Nutrición Familiar / Healthy Kids in Kansas para fotografiar, encuestar a los padres / estudiantes para obtener comentarios del programa y / o entrevistar a mi hijo solo con fines promocionales. Le doy permiso al personal de la Escuela de Verano / KIDZONE para buscar tratamiento médico o atención quirúrgica para mi hijo en caso de que surja una emergencia. En caso de emergencia, entiendo que se hará un esfuerzo concienzudo para localizar a mi cónyuge, un tutor, un contacto de emergencia o yo mismo. También entiendo y acepto que soy responsable del pago de todos los gastos médicos, y llevo un seguro de accidentes primario en mi hijo.

Doy permiso para que mi hijo se una a boy scouts (Por favor Círculo) SÍ NO

Doy permiso para que mi hija se una a girl scouts (Por favor, círculo) SÍ NO

Doy permiso para que mi hijo / hija se una a 4H (Por favor, círculo) SÍ NO

Doy permiso para que mi hijo / hija participe en Tendou Martial Arts (Please Circle) SÍ NO

Entiendo las pautas del programa para Kidzone. Mantendré actualizada toda la información contenida en este paquete de inscripción.

FIRMA DE PADRES/TUTORES

Firma del proveedor de cuidado infantil

Fecha

Fecha

Before and After School Programming
Disciplinary Guide in Accordance with
USD 500 School District Code of Conduct

CLASS 1 OFFENSES: (LISTED IN NO PARTICULAR ORDER): Excessive Tardiness Improper Display of Affection Non-Conformity to Dress Code Obscene Behavior/Use of Profanity Possession of Educational Nuisance Skipping Class Unauthorized Sale or Distribution of Items Not Otherwise Specified Violating Hall Rules Violating Lunchroom Rules Violating Playground Rules Violating Assembly Rules	CONSEQUENCES/INTERVENTIONS: (LISTED IN NO PARTICULAR ORDER): Time-owed-After School detentions Counseling/social work services Peer Mediation Parent Conference Student Conference and/or Temporary Removal from Class Denial of participation/attendance at extracurricular activities Community Service Denial of School privileges (i.e. field trips) In-School Suspension/Saturday School Restitution/Short Term Suspension
CLASS 2 OFFENSES: (LISTED IN NO PARTICULAR ORDER): Academic Dishonesty/Cheating/Forgery Tobacco Possession/Use Trespassing Inciting to Fight/Contributing to or inciting a disruptive situation/Fighting Vandalism/Personal/School Property Stealing/Theft/Gambling Inappropriate Computer/Internet Misuse/Technology Leaving the school/program area without permission Defiance of Authority/Gross Disruptive Behavior Misbehavior on Bus Setting off alarm Trespassing Truancy/Skipping School	CONSEQUENCES/INTERVENTIONS (LISTED IN NO PARTICULAR ORDER): In addition to the consequences above Denial of School privileges (i.e. field trips) In-program suspension Parent Conference Student Behavior Contract Denial of participation/attendance at extracurricular activities Restitution (where applicable) Short Term Suspension Long Term Suspension Expulsion
CLASS 3 OFFENSES: (LISTED IN NO PARTICULAR ORDER): Illicit Drug Possession/Drug Use/Drug Solicitation or Sale/Marijuana/Tobacco Aggravated or Physical abuse of school/program employees/Robbery Possession of Dangerous Device Possession-Intent to sell,give,deliver,distribute,alcohol, Drugs,inhalants,paraphernalia,look-alikes Threatening another student or school personnel Gross disrespect/Verbal abuse of the teacher/staff Harassment,Bullying,Cyber Bullying Indecent exposure/Non-violent sexual offenses Fireworks/Explosives Use of Threat Assault/Sexual Misconduct/Stalking Hate related conduct	CONSEQUENCES/INTERVENTIONS: (LISTED IN NO PARTICULAR ORDER): In addition to the consequences above In-school suspension Extended suspension Short term suspension Police Contact/Student Arrested Referral to state and federal law enforcement Restitution
CLASS 4 OFFENSES: (No particular order) Arson/Fire Kidnapping Murder/Homicide Possession of Firearm/Weapon/Sale/Use Sexual Assault	Expulsion

I have reviewed this page which lists some of the prohibited activities and the consequences and interventions for students who engage in them. I agree to support the USD 500 Code of Conduct procedures that are outlined in the USD 500 Code of Conduct Book that is posted in the school site.

Parent Signature

Date

AUTHORIZATION FOR EMERGENCY MEDICAL CARE

Written permission for emergency medical treatment must be on file at the facility. Consult with the local emergency medical facility to be sure this form is acceptable. Reference K.A.R. 28-4-127(b)(1)(A). School Age Programs reference K.A.R. 28-4-582(e)(2).

Name of facility exactly as stated on the license.	License #
--	-----------

I authorize USD 500 KCK Public Schools (caregiver/staff) who
is (are) representative(s) of the above-named facility to give consent for any and all necessary emergency medical care for my child or
youth Kidzone Director (child's first and last name) while child or youth is in the facility's custody
between August 15, 2022 and May 19, 2023
MM/DD/YYYY MM/DD/YYYY

Is child covered by health insurance? ☐ Yes ☐ No

If yes, complete the following:

Health Insurance Policy Name _____ Policy Number _____
Medical Assistance Program _____ Card Number _____
Military Medical Care I.D. Number _____

If known, date of last Tetanus inoculation: _____
MM/DD/YYYY

List any known allergies or other information about the medical conditions of this child or youth pertinent in case of emergency:

Signature of Parent or Guardian	Date Signed
---------------------------------	-------------

Witness to Parent's or Guardian's signature if required by the local hospital or clinic.	Date Signed
--	-------------

Notarization of Parent's or Guardian's signature if required by local hospital or clinic.

State of <u>Kansas</u>	
County of _____	
Signed or attested before me on _____ by _____	
MM/DD/YYYY	Name of Person
(Seal, if any.)	
Signature of notarial officer _____	
Title (and Rank) _____	
My appointment expires: _____	

The Medical Record/Assessment Form (Or Health Status History form for School Age Programs) and the authorization for Emergency Medical Care must be taken to the emergency room. Both forms must also be in a vehicle when the child or youth is transported by the facility.

HEALTH HISTORY FOR CHILDREN AND YOUTH ATTENDING SCHOOL AGE PROGRAMS

As required by K.A.R. 28-4-590(d) (1), each operator shall obtain a health history for each child or youth, on a form supplied by the department or approved by the secretary. Each health history is to be maintained in the child's or youth's file on the premises. As required by K.A.R. 28-4-590(d)(2), each operator shall require that each child or youth attending the program has current immunizations as specified in K.A.R. 28-1-20 or has an exemption for religious or medical reasons.

Complete one form for each child or youth attending the School Age Program.

First and Last Name of the Child or Youth	Gender (M or F)	Date of Birth (MM/DD/YYYY)	First day at this program: (MM/DD/YYYY)
---	--------------------	-------------------------------	--

First and Last Name of the Child's or Youth's Mother or Guardian
--

Mother/Guardian's Home Street Address	City	Zip Code	Home Phone # ()
---------------------------------------	------	----------	---------------------

Mother/Guardian's Work Place Name & Street Address	City	Zip Code	Work Phone # ()
--	------	----------	---------------------

First and Last Name of the Child's or Youth's Father or Guardian
--

Father/Guardian's Home Street Address	City	Zip Code	Home Phone # ()
---------------------------------------	------	----------	---------------------

Father/Guardian's Work Place Name & Street Address	City	Zip Code	Work Phone # ()
--	------	----------	---------------------

Names and ages of other children in the Child or Youth's Family (Attach additional page if needed.)

Person(s) authorized to pick up the Child or Youth in case of emergency. Include first and last name and Street Address. Attach additional page if needed.	City	Zip Code	Phone Number (during program hours):
1.			
2.			
3.			

First and Last Name of Physician & Street Address	City	Zip Code	Phone Number ()
---	------	----------	---------------------

Name of Hospital Preference in case of emergency.

Yes	No	N/A	Complete the following information about medications for this child or youth.
			Will this child or youth need to take any nonprescription or prescription medication during their time at the program?
			If yes above, is there signed permission on file?

Circle any of the following conditions or difficulties that affect this child or youth.			
Allergies	Frequent sore throats/ colds	Ear Infections or Aches	Heart or Lung Conditions
Skin Problems	Asthma	Headaches	Diabetes
Vision	Speech/Communication	Hearing	Emotion/Behavior
Other: Please describe.			

If you circled any of the above conditions, please provide additional information that will help the staff members meet the child's or youth's needs while attending the program. (Attach additional page, if needed.)

Provide additional information about your child or youth that might affect him/her while at the School Age Program including any special needs, restrictions to activities, major changes at home or special instructions. (Attach additional page, if needed.)

Complete the following information about this child's or youth's immunization status.

Yes	No	
		Did this child or youth attend a public or accredited non-public school in Kansas, Missouri or Oklahoma the previous year?
		If yes, are this child's or youth's immunizations current?
X	X	If yes to both of these questions, you do NOT need to complete the immunization history below. If no to either of the above questions, you must complete the immunization history below for this child or youth or attach a copy of the child's or youth's immunization history.

Please give dates in the space below for ALL immunization series completed by this child or youth. Record MM/DD/YYYY.

		1	2	3	4	5
	DPT, DT*, TD (*DT only if child is allergic to DTP)	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
	POLIO	/ /	/ /	/ /	/ /	
	MMR	/ /	/ /			
Single Dose Only	RUBEOLA (MEASLES)	/ /	/ /			
	MUMPS	/ /	/ /			
	RUBELLA (GERMAN MEASLES)	/ /	/ /			
	HIB (Hemophilus Infl. B) *RECOMMENDED	/ /	/ /	/ /	/ /	
	HBV (Hepatitis B Vaccine) *RECOMMENDED	/ /	/ /	/ /		
	VAR (Varicella-Chicken Pox) *RECOMMENDED	/ /				

Print the First and Last Name of the Person Completing this Health History form	Relationship to the Child/Youth	Date Completed
---	---------------------------------	----------------

If the Health History form was completed by a person other than a Parent/Guardian, who provided you with this information?	What is that person's relationship to the child/youth?
--	--

I attest, under penalty of perjury, that to the best of my knowledge, the information provided on this form is true and correct.	
Signature of person completing this form	Date Signed