



SCHOOL BOARD OF POLK COUNTY

P.O. BOX 391
BARTOW, FLORIDA 33831

(863) 534-0500

1915 SOUTH FLORAL AVENUE
BARTOW, FLORIDA 33830

Contrato de Seguridad de Ciencia del Condado de Polk

Board Members

BOARD CHAIR
KAY FIELDS
DISTRICT 5

FRANK J. O'REILLY
DISTRICT 1

LORI CUNNINGHAM
DISTRICT 2

HAZEL SELLERS
DISTRICT 3

DICK MULLENAX
DISTRICT 4

DEBRA S. WRIGHT
DISTRICT 6

TIM HARRIS
DISTRICT 7

C. WESLEY BRIDGES, II
General Counsel

Administration

SHERRIE B. NICKELL, Ed.D.
Superintendent

Yo, _____, he sido instruido/a en las técnicas de seguridad y emergencia necesarias para mi clase de ciencia. Entiendo y estoy de acuerdo en seguir las regulaciones de seguridad establecidas en las Reglas de Seguridad de Ciencia del Condado de Polk recibidas de mi maestro/a. Estoy consciente de que mi seguridad y la seguridad de mis compañeros dependen de mi comportamiento en el laboratorio. Con esto en mente, seguiré las instrucciones orales y escritas provistas por mi maestro/a y/o la administración de la escuela. También entiendo que cualquier violación a este contrato puede tener como resultado que se me remueva del laboratorio de ciencias, reciba una nota de fracaso y/o acción disciplinaria según está descrita en el Código de Conducta Estudiantil. Mi firma en este contrato indica que he leído las reglas de seguridad y el contrato y cooperaré lo más que pueda.

Fecha

Firma del Estudiante

Estimado padre y/o tutor,

Agradecemos su apoyo y su disposición de ayudarnos mientras proveemos a su hijo/a con una experiencia de laboratorio de ciencias segura y adecuada. Favor de tomar un momento para contestar las siguientes preguntas a nombre de su hijo/a.

¿Padece su hijo/a de daltonismo (ciego/a al color)? Sí No

¿Usa su hijo/a lentes de contacto o espejuelos? Sí No

Si es así, favor de especificar que tipo (contacto o espejuelos) _____

¿Tiene su hijo/a alguna alergia? Sí No

Sí es así, favor de anotar las alergias específicas _____

Su firma en este contrato indica que usted ha leído este contrato y ha revisado las reglas de seguridad del laboratorio provistas por el/la maestro/a de ciencias de su hijo/a. No se le permitirá a los estudiantes llevar a cabo experimentos y/o investigaciones de laboratorio hasta que este formulario esté firmado y haya sido devuelto al/ a la maestro/a de su hijo/a.

Fecha

Nombre del Padre/Tutor en Letra de Molde

Firma del Padre/Tutor

Si usted tiene alguna pregunta concerniente a las Reglas de Seguridad de Ciencias del Condado de Polk o al Contrato de Seguridad de Ciencias, favor de comunicarse con el/la maestro/a de su hijo/a _____ en _____.

Nombre del/de la Maestro/a

Información de Contacto

También puede comunicarse con Milton Huling, Coordinador “Senior” de Ciencias de Escuela Secundaria al 863 647 4769 ó milton.huling@polk-fl.net . Gracias por su ayuda con este asunto importante.

Sinceramente,



Milton Huling
Coordinador “Senior” de Ciencias
Escuela Secundaria