

(8100 F1)

**DISTRITO ESCOLAR DE SNAKE RIVER #52
FORMULARIO DE REGISTRACIÓN**

Para uso de la oficina
Partida de Nacimiento _____
Inmunización Terminada _____
Forma de Exención _____
Fecha de Matrícula _____
Grado de Matrícula _____

(Hay que llenarlo completamente)

Información del estudiante

Nombre del estudiante _____
(Tiene que ser idéntico con el nombre en la partida de nacimiento) (Apellido) (Nombre) (Segundo nombre)

Dirección de correo _____
(Calle) (Ciudad) (Estado) (Código postal)

Dirección de calle _____ **Correo electrónico** _____

Teléfono de casa () _____ **Teléfono celular de la madre** () _____

Teléfono celular del padre () _____ **Padre con derechos de custodia** _____

Fecha de nacimiento del estudiante _____ **Lugar de nacimiento** _____
Mes/Día/Año Ciudad/Estado/País

La oficina de derechos civiles del gobierno estadounidense requiere que el distrito colectione la información seguida. Las nuevas reglas separan entre la raza y la etnicidad, de modo que es necesario llenar ambas Parte A y Parte B. Las nuevas reglas son parte de los informes federales de educación que los distritos y estados entregan para recibir fondos como los proveídos por el Acto de Educación Primaria y Secundaria (ESEA).

Parte A – Sexo y etnicidad

Sexo	Es este estudiante (o es usted) Hispano/Latino? (Se puede elegir solamente uno)
(Marque con un círculo)	<input type="checkbox"/> No, no es Hispano/Latino
M o F	<input type="checkbox"/> Si, es Hispano/Latino (Una persona de origen Cubano, Mexicano, Puertorriqueño, Sudamericano, Centroamericano, u otra de cultura o origen Española, irrespectiva de raza.)

Parte A es acerca de la etnicidad, no la raza. No importa que usted seleccione arriba, favor de continuar a contestar la seguida por marcar una o más cajas para indicar lo que usted considera ser la raza de su estudiante.

Parte B – Raza ¿Cuál es la raza del estudiante? Favor de elegir una o más.

<input type="checkbox"/>	Indígena Americana o Nativo de Alaska (Una persona con origen en cualquier de las gentes originales de Norteamérica o Sudamérica [incluso Centroamérica] y quien mantiene afiliación comunitaria o tribal.)
<input type="checkbox"/>	Asiano (Una persona con origen en cualquier de las gentes originales del Oriente, el sudeste de Asia, o el subcontinente Indio inclusivo, por ejemplo, de Cambodia, China, India, Japón, Corea, Malasia, Pakistán, las islas Filipinas, Tailandia, y Vietnam.)
<input type="checkbox"/>	Negro o Afro Americano (Una persona con origen en cualquier de los negros grupos raciales de África.)
<input type="checkbox"/>	Hawaiano Nativo u otro isleño Pacífico (Una persona con origen en cualquier de las gentes originales de Hawai, Guam, Samoa, u otras islas Pacíficas).
<input type="checkbox"/>	Blanco (Una persona con origen en cualquier de las gentes originales de Europa, el Medio Este, o África Norte.)

Información de custodia parental (Marque con un círculo):

Residencia estudiantil (Si necesitan servicios especiales):

Vive con: Ambos Padres La madre El Padre Otro:	<input type="checkbox"/> En una casa propia o alquilada <input type="checkbox"/> Provisionalmente con otra familia en una casa, trailer, RV, o apartamento <input type="checkbox"/> Otra (favor de especificar):
Custodia: Ambos Padres Custodia conjunta Solamente la madre / Solamente el padre	
Hay una copia de los papeles de custodia parental archivada: Sí / No	

Nombre del Padre _____ Celular o teléfono durante el día _____
(Apellido) (Nombre)

Dirección de correo del padre _____

Empleador _____ **Teléfono de trabajo** _____ **Teléfono de casa** _____

Nombre de la Madre _____ Celular o teléfono durante el día _____
(Apellido) (Nombre)

Dirección de correo de la madre _____

Empleador _____ **Teléfono de trabajo** _____ **Teléfono de casa** _____

Nombre del guardián _____ **Teléfono de casa** _____ **Celular** _____

Dirección de correo del guardián _____ **Dirección de calle** _____

Empleador _____ **Teléfono de trabajo** _____

Tres parientes o amigos para llamar si los padres no son disponibles. La escuela siempre tratará de llamar a los padres primero.

Contacto #1 Nombre (Apellido/Nombre) _____ Relación _____

Números de teléfono: Celular _____ Casa _____ Trabajo _____

Contacto #2 Nombre (Apellido/Nombre) _____ Relación _____

Números de teléfono: Celular _____ Casa _____ Trabajo _____

Contacto #3 Nombre (Apellido/Nombre) _____ Relación _____

Números de teléfono: Celular _____ Casa _____ Trabajo _____

Nombre de la escuela asistida antes _____ Grado _____ Nombre del distrito _____

Dirección de la escuela _____ Número de teléfono _____

Información familiar: Favor de indicar todos los hermanos aunque no asistan la escuela. Si están matriculados en otro distrito, favor de escribirlo y el grado.

1. Nombre _____ Edad _____ Grado _____

2. Nombre _____ Edad _____ Grado _____

3. Nombre _____ Edad _____ Grado _____

4. Nombre _____ Edad _____ Grado _____

5. Nombre _____ Edad _____ Grado _____

6. Nombre _____ Edad _____ Grado _____

¿Ha estado inscrito este niño en unas clases remedias o de Educación Especial? Sí No

Si "Sí," favor de encerrar uno: **Educación Migrante** **Título 1** **Lectura/Matemáticas** **Salón de Recursos** **Comunicación/Lenguaje**

¿Hay alguien viviendo en su dirección quien tiene que registrarse con el registro de ofensores sexuales? Sí No

Si "Sí," explique completamente. _____

Información Medica

La Ley de Vacunaciones Escolares de Idaho requiere que los niños estén al día con sus vacunas para asistir a las escuelas. Los padres/guardianes deben de presentar los récords de vacunas de sus niños antes de asistencia, o llenar una forma de exención. Todos los estudiantes están obligados a tener un mínimo de: **5 inyecciones de DPT; 3 inyecciones de antipolio; 2 inyecciones de MMR (vacuna contra la sarampión, las paperas y la rubéola); 3 inyecciones de Hepatitis B.** Niños no en conformidad con esta ley estarán excluidos.

Este niño ha recibido: **DPT** **Antipolio** **Hepatitis B** **MMR**

El estado recomienda vacunaciones contra Hepatitis A (una o dos inyecciones) y Varicela. Quieren saber si su hijo ha sufrido la enfermedad, ha sufrido la enfermedad y ha recibido la vacuna, o solamente ha recibido la vacuna. **Hepatitis A** **Varicela** **Sufrido la enfermedad** **Ambos**

Con efecto en el año 2011 – 2012, estudiantes del séptimo (7º) grado están requeridos a recibir una (1) vacuna contra la tos ferina (**Tdap**) y una (1) vacuna contra el meningococo

Favor de marcar con un círculo cada condición médica que sufre su niño:

Alergias Asma Diabetes Trastorno del habla Infección de los oídos Pérdida auditiva Epilepsia Herida seria Operación
Defectos congénitos Condición del corazón Fibrosis quística Fiebre reumático Parálisis cerebral Infección respiratoria (con frecuencia)

¿Tiene su niño otro deterioro de salud o condición médica especial? Sí No

Si "Sí," indique el deterioro de salud o condición médica especial. _____

Favor de indicar cualquier alergia que tiene su niño: _____

¿Requiere su niño medicación para alguna condición médica? Sí No

Si "Sí," indique su condición y medicación aquí: _____

Mi niño puede participar completamente en todas las actividades de la escuela. Sí No (Si "No," hay que proveer una noticia escrita a la escuela.)

Nombre del doctor que las oficiales de la escuela están autorizadas a llamar para ayuda médica en una emergencia.

Nombre del doctor

Dirección de su oficina

Número de teléfono de su oficina

En caso de accidente o enfermedad seria, pido que las autoridades se pongan en contacto conmigo. Si no me pueden hablar, autorizo que la escuela llame al doctor indicado arriba. Si es imposible ponerse en contacto con el doctor, autorizo que el director de la escuela arregle por mi parte todos los servicios médicos necesarios para mi niño.

Firma de Padre o Guardián

Fecha



Snake River School District 52

David L. Kerns, B.S., M.Ed., Ed.S.
Superintendent

Encuesta Estatal del Idioma en el Hogar

Nuestro Distrito escolar juntamente con el Departamento de Educación Estatal de Idaho y la Oficina de los Derechos Civiles requiere que el idioma(s) de los estudiantes esté identificado. El propósito de esta encuesta tiene por objeto determinar si los estudiantes son potencialmente elegibles para servicios de idiomas.

<u>Nombre del Estudiante:</u>		<u>Fecha:</u>	
<u>Fecha Nacimiento:</u>		<u>Género:</u>	M F
<u>Escuela:</u>		<u>Grado:</u>	

1. ¿Qué idioma(s) se habla en el hogar? _____
2. ¿Qué idioma(s) habla más frecuentemente su hijo? _____
3. ¿Qué idioma(s) aprendió su hijo primero? _____
4. ¿Qué idioma habla su hijo con usted? _____
5. ¿Qué idioma utiliza usted cuando habla con su hijo? _____
6. ¿En qué idioma prefiere usted llamadas y cartas? _____
7. ¿Cuál es su relación con el niño? Madre Padre Guardián
 Otro (especificar) _____
8. ¿Tiene alguna información adicional que usted desearía que la escuela conozca sobre su hijo?



Idaho Migrant Education Program

Encuesta de Empleo de Padres

English version on the other side




La información abajo es para identificar a estudiantes que puedan calificar para recibir servicios adicionales de educación. Es posible que un empleado del programa le contacte a usted para más información. Toda la información es confidencial. El Programa de Educación para Migrantes de Idaho es un programa de Título I, Parte C del Departamento de Educación de Idaho.

Nombre del niño: _____ Distrito: _____ Fecha: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Escuela: _____ Nivel: _____

1. ¿En los últimos tres años, ha vivido su familia en otro distrito escolar en Idaho, en otro estado, ó en otro país?
Sí _____ (siga al #2) No _____ (pare aquí)

2. ¿En los últimos tres años, ha trabajado alguien en su familia en cualquiera de los trabajos dibujos abajo, en una granja, en el campo, en un invernadero, en un vivero, o en una fábrica? Por favor marque todos que se aplican:

 <input type="checkbox"/> Ganados, ovejas, cerdos, vaquerías, etc.	 <input type="checkbox"/> Lúpulo (hops)	 <input type="checkbox"/> Cultivos (maíz, papas, frijoles, trigo, remolacha, etc.)	 <input type="checkbox"/> Ordenando o embolsando (papas o cebollas, etc.)	 <input type="checkbox"/> Procesando (carne, frutas, arboles, etc.)
 <input type="checkbox"/> Árboles y madera	 <input type="checkbox"/> Frutas	 <input type="checkbox"/> Pasto seco	 <input type="checkbox"/> Semillero, césped, invernadero	 <input type="checkbox"/> Preparación de suelo

Si marco uno o más, siga al #3.

Si ninguno aplica: _____ (pare aquí)

3. Nombre de padres: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____

Por favor liste a todos los niños menores de 22 años en la casa:

Nombre	Fecha de Nacimiento	Escuela	Nivel