

Nombre _____
(Apellido, Primer Nombre)

Maestro/Consejero _____

Apellido _____	Primer Nombre _____
Segundo Nombre _____	Nombre Preferido _____
Año Escolar _____	Fecha de Nacimiento _____
Genero V _____ H _____ X _____	Lugar de Nacimiento _____
Etnicidad Hispano/Latino? Sí _____ No _____	
Raza (marque todos los correspondientes –debe elegir al menos uno) _____ Nativo Hawaiano/Pac Isleño	
_____ Indígena Americano/Nativo de Alaska _____ Negro o Afroamericano _____ Asiático _____ Blanco	

Otros Contactos de Emergencia: Las partes (incluya guarderías, en su caso) a continuación enumerados están autorizados para recoger a este niño de la escuela y tomar decisiones con respecto a casos de emergencia, enfermedades, lesiones graves o accidentes.

Nombre	Teléfono Casa	Teléfono Trabajo	Teléfono Otro	Relación
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Número Celular del estudiante/Mensajes de texto: Las escuelas pueden comenzar a contactar a los estudiantes a través del teléfono celular o enviar mensajes de texto. Por favor proporcione la siguiente información si su hijo tiene un dispositivo para mensajes o teléfono celular.

Número Celular _____ Número del Proveedor del Servicio. _____

No apruebo que la escuela contacte a mi hijo a través de mensajes de texto o teléfono celular.

Hermanos: Provea una lista de los nombres, edades, grados y escuelas de cualquier hermano:

Nombre	Edad	Grado	Escuela
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Información de los Padres/Tutores: La dirección debe ser la residencia principal del estudiante.

Relación Madre Padre Otro (Especifique) _____

Apellido _____ Primer Nombre _____

Dirección Casa _____ Ciudad/Código Postal _____

Dirección Correo _____ Condado _____

Email _____

Coloque sus Iniciales para Confirmar que la Dirección es la Residencia del Estudiante: _____

Teléfono Casa _____ Teléfono Trabajo _____

Teléfono Casa Privado? Sí _____ No _____ Empleador _____

Teléfono Celular _____ Profesión _____

Información Adicional de los Padres/Tutores (en la misma dirección):

Relación Madre Padre Otro (Especifique) _____

Apellido _____ Primer Nombre _____

Teléfono Trabajo _____ Empleador _____

Teléfono Celular _____ Profesión _____

Email _____

Escuelas Anteriores: Nombre, Ubicación, Fechas:

Condiciones Médicas:
Por favor revise todas condiciones que apliquen y explique abajo

Condiciones Médicas: marque todos los correspondientes y agregue detalles

Vida – Alergias Amenazadoras Enfermedad Cardíaca Problemas Ortopédicos

Asma Enfermedad Renal Problemas Auditivos

Convulsiones Diabetes Problemas de Visión

Detalles/Otras Preocupaciones con la Salud _____

Medicamentos Actuales/Dosis _____

El personal de Enfermería del Distrito se pondrá en contacto con UD en referencia a estas situaciones específicas.

Información de correo adicional: Bajo ciertas circunstancias, el distrito está dispuesto a enviar correo por segunda vez, por ejemplo, a los padres sin custodia. Si se desea un segundo envío, por favor proporcione la siguiente información:

Apellido _____ Primer Nombre _____

Relación _____ Email _____

Dirección Casa _____ Ciudad/Código _____

Dirección Correo _____

Teléfono Casa _____ Teléfono Trabajo _____

Teléfono Casa Privado? Sí _____ No _____ Empleador _____

Teléfono Otro _____ Profesión _____

Describe las circunstancias por la cuales cree que requiere un segundo envío _____

Denegación de Permisos:
Requiere sus iniciales en cada sección en que niega el permiso.

Yo **no apruebo** que mi hijo sea fotografiado o grabado en vídeo para propósitos educativos, incluyendo el uso de tales en la página web de la escuela o distrito.

Yo **no quiero** que la información de contacto de mi familia sea revelada por el distrito escolar. Esto significa que los directorios de la escuela no incluirán la dirección de mi familia, número de teléfono o correo electrónico.

Yo **no quiero** que ninguna otra información sobre mi hijo o mi familia a aparecer en cualquier publicación de la escuela. Entiendo que esto significa que mi hijo no se incluirá en los anuarios, listas deportivas, carteles, y otras publicaciones relacionadas con actividades.

(Para el estudiante de edad de HS) Yo **no apruebo** que datos sobre mi estudiante se remita a los militares con fines de reclutamiento.

Nombre _____

Maestro/Consejero _____

(Apellido, Primer Nombre)

Servicios Especiales (por favor marque las áreas en las que su hijo ha recibido servicios especiales en el último año:

Título I _____ Educación Dotados _____ Educación Especial (IEP) _____ ESL (Inglés Como Segundo Idioma) _____ Plan 504

Otros _____

Plan de Emergencia /Cierre Temprano (Para niños de la Primaria). Si la escuela se cierra temprano, ¿qué debe hacer a su hijo? Por favor, elija sólo dos:

___ Tomar el autobús a casa y puede entrar a casa ___ Tomar el autobús y quedarse con _____ Será recogido por _____

___ Puede caminar a casa y puede entrar a casa ___ Tomar el autobús a centro de cuidado _____

Plan Alternativo _____

Servicio militar: Es un padre o tutor de este estudiante en servicio activo en las Fuerzas Armadas o La Guardia Nacional? Yes _____ No _____

Encuesta Sobre el Idioma:

¿Qué idioma(s) oye(n) su hijo(a) con frecuencia en su casa (ej. hablado, medios de comunicación, música, literatura, etc.)? oye/n _____ use/n (ej. ASL) _____

Describe el idioma/los idiomas que su hijo(a) entiende. No inglés Un poco de inglés y sobre todo otro idioma Inglés y otro idioma utilizado equitativamente
 Sólo inglés Sobre todo inglés y un poco de otro idioma Lengua Nativa o Tribal

¿Qué idioma(s) utilizan los adultos con más frecuencia cuando hablan con su hijo(a)? Padre/Tutor _____ Madre/Tutora _____

Otros adultos del hogar _____ Proveedores de cuidado del niño(a) _____

¿Qué idioma(s) habló/expresó su hijo(a) con más frecuencia desde los años 0-4? _____

¿En qué idioma habla/expresa su hijo/a actualmente más frecuentemente fuera de la escuela? _____

¿Participa a su hijo/a frecuentemente en actividades culturales que son en un idioma más que inglés? Por favor, indique las actividades y la frecuencia con la que su hijo/a participa en la actividad. (por ejemplo: una vez/semana, dos veces/semana, una vez/mes, etc.) _____

¿Hay algo más que piensa que la escuela debería saber sobre el uso del idioma de su hijo(a)? _____

Pregunta para los Padres: ¿En qué idioma(s) quiere/n usted/es recibir información de la escuela (si está disponible)?

Padre/Tutor Oral _____ Escrito _____ Lenguaje de signos americano _____

Madre/Tutor Oral _____ Escrito _____ Lenguaje de signos americano _____

¿Se ha mudado durante los últimos tres años con el fin de obtener un empleo estacional o temporal en la agricultura, la silvicultura o la pesca? Sí _____ No _____

Este estudiante, ¿ha perdido más de 3 meses de la escuela? Sí _____ No _____

Si Sí, ¿cuando? _____

Toda la información en ambos lados de este formulario es fiel y de acuerdo a mis mejores conocimientos.

Firma de Padre/Tutor _____ Fecha _____

¿Cuál es su relación con el estudiante? _____ (ej. padre, madre, abuelo/a, etc.)

Sólo Para Uso de Oficina:

Prueba de residencia verificada Documento proveído/examinado _____ y verificado por (iniciales) _____ Fecha _____
(marque la caja) (tipo de documento)