DISTRITO ESCOLAR DE SUTHERLIN

FORMULARIO DE REGISTRO DEL ESTUDIANTE

El formulario de registro de su estudiante: Importante para usted y para nuestro distrito

Los formularios de registro del estudiante son **muy importantes** – para su familia y para el distrito escolar. La información que usted provee nos permite:

* Distribuir información importante de la escuela o del distrito escolar a usted, incluyendo el progreso académico de su estudiante (reportes de calificaciones) e información de asistencia.
* Responder apropiadamente en el evento de una situación médica que tenga que ver con su estudiante.
* Comunicarnos con usted y otros si hay una emergencia escolar.

La información de los formularios de registro también apoyan el éxito académico del estudiante permitiendo que el distrito escolar:

* Ayude a su estudiante a recibir apoyo tal como servicios del idioma.
* Busque subvenciones para fortalecer instrucción dentro de la clase.
* Evalúe nuestro trabajo en representación de grupos de estudiantes (racial, étnico, socioeconómico, etc.).
* Asegure de que estemos en cumplimiento con las leyes de los derechos civiles en relación con los estudiantes y el personal.

INSTRUCCIONES: El formulario de registro es un documento oficial requerido. Las preguntas en este formulario preguntan acerca de información importante que ayudará a proveer servicios para su hijo/a. Si necesita ayuda completando este formulario, por favor comuníquese con su escuela. **Por favor de escribir usando una pluma negra, complete todas las páginas y firme la última página**. Si cualquier información debe cambiar durante el año escolar, informe a su escuela inmediatamente.

ÁREA SOMBREADA PARA USO DE OFICINA SOLAMENTE: ENTRY DATE: _____ SCHOOL: _____ STUDENT ID #_____

STUDENT NAME: _____ GRADE: _____ HOMEROOM: _____

BUS # _____ BUS STOP : _____ PICK UP TIME: _____ FTE: _____

PROOF OF AGE: _____ PROOF OF RESIDENCE: _____ IMMUNIZATION: _____

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

APELLIDO LEGAL _____ PRIMER NOMBRE LEGAL _____

SEGUNDO NOMBRE LEGAL _____ GRADO _____ GÉNERO ❑Femenino ❑Masculino

IDIOMA EN EL HOGAR _____

PRIMER NOMBRE PREFERIDO _____ APELLIDO PREFERIDO _____

ID DEL ESTADO (no *SSN*) _____ CORREO ELECTRÓNICO DEL ESTUDIANTE _____

FECHA DE NACIMIENTO _____ LUGAR DE NACIMIENTO: CIUDAD _____ ESTADO _____ PAÍS _____

Las Leyes Federales y Estatales requieren que escuelas obtengan información para reportes de estadísticas. Para más información, su escuela puede ayudar.

ETNICIDAD—HISPANO/LATINO? Sí ❑ No ❑ (**Nota: ambas Etnicidad & Raza deben ser seleccionadas**)

RAZA *seleccione por lo menos una* ❑Nativo americano/Nativo de Alaska ❑Asiático ❑Negro ❑Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico ❑Blanco

DIRECCIÓN DE CASA _____ CIUDAD _____ ESTADO_____ CÓDIGO POSTAL _____

DIRECCIÓN DE CORREO (si es diferente) _____ CIUDAD _____ ESTADO_____ CÓDIGO POSTAL _____

TELÉFONO PRIMARIO FAMILIAR (cel. Si ❑ No ❑) _____ TELÉFONO CELULAR DE ESTUDIANTE _____

Nota: Número de teléfono primario familiar será usado para avisos de asistencia y emergencia.

INFORMACIÓN ESCOLAR ANTERIOR

	Escuela (más reciente primero)	Ciudad y estado	Años asistidos (ej. 2007-09)
1.			
2.			

¿Está el estudiante actualmente expulsado? S ❑ N ❑

PARENTS

INFORMACIÓN DEL PADRE/TUTOR—Números telefónicos de contacto y correos electrónicos serán usados para distribuir información importante.

PADRE/ADULTO RESPONSABLE #1: VIVIENDO CON ESTUDIANTE: SÍ ❑ NO ❑ (Si marco NO, escriba dirección de correo en #35; marque si quiere una copia de la correspondencia ❑)

❑ **MADRE** ❑ **PADRE** ❑ **TUTOR** ❑ **OTRO:** _____

APELLIDO _____ PRIMER NOMBRE _____

IDIOMA PRIMARIO _____ CORREO ELECTRÓNICO _____

EMPLEADOR _____ PUESTO _____

DIRECCIÓN DE CORREO _____ CIUDAD _____ ESTADO _____ CÓDIGO POSTAL _____

TELÉFONO PRIMARIO _____ ¿Teléfono celular? SÍ o NO

TELÉFONO SECUNDARIO _____ TELÉFONO DE TRABAJO _____ INTERÉS EN SER VOLUNTARIO Sí ❑ No ❑

ÁREA SOMBREADA PARA USO DE OFICINA SOLAMENTE:

Contact allowed with student Yes ❑ No ❑ Has Custody of student Yes ❑ No ❑ Permission to pick up? Yes ❑ No ❑

PADRE/ADULTO RESPONSABLE #2: VIVIENDO CON ESTUDIANTE: SÍ ❑ NO ❑ (Si marco NO, escriba la dirección de correo en #54; marque si quiere una copia de la correspondencia ❑)

❑ **MADRE** ❑ **PADRE** ❑ **TUTOR** ❑ **OTRO:** _____

APELLIDO _____ PRIMER NOMBRE _____

IDIOMA PRIMARIO _____ CORREO ELECTRÓNICO _____

EMPLEADOR _____ PUESTO _____

DIRECCIÓN DE CORREO _____ CIUDAD _____ ESTADO _____ CÓDIGO POSTAL _____

TELÉFONO PRIMARIO _____ ¿Teléfono celular? SÍ o NO

TELÉFONO SECUNDARIO _____ TELÉFONO DE TRABAJO _____ INTERÉS EN SER VOLUNTARIO Sí ❑ No ❑

ÁREA SOMBREADA PARA USO DE OFICINA SOLAMENTE:

Contact allowed with student Yes ❑ No ❑ Has Custody of student Yes ❑ No ❑ Permission to pick up? Yes ❑ No ❑

CUSTODIA DE PADRES

Orden de Restricción Actual **Si** ❑ **No** ❑ Notas: _____

Papeleo Legal Proporcionado **Si** ❑ **No** ❑ Notas: _____

EMERGENCY

CONTACTOS ADICIONALES DE EMERGENCIA—En una emergencia, padre/tutor(es) de la lista en la sección anterior serán llamados primero. Al poner el nombre o nombres en esta sección de contactos de emergencia, usted está autorizando que otra persona o personas recoja(n) a su hijo/a de la escuela en caso de que usted no pueda ser localizado.

RELACIÓN CON ESTUDIANTE _____ PRIMER NOMBRE Y APELLIDO _____

TELÉFONO PRIMARIO _____ TELÉFONO DE TRABAJO _____ TELÉFONO ADICIONAL _____

RELACIÓN CON ESTUDIANTE _____ PRIMER NOMBRE Y APELLIDO _____

TELÉFONO PRIMARIO _____ TELÉFONO DE TRABAJO _____ TELÉFONO ADICIONAL _____

RELACIÓN CON ESTUDIANTE _____ PRIMER NOMBRE Y APELLIDO _____

TELÉFONO PRIMARIO _____ TELÉFONO DE TRABAJO _____ TELÉFONO ADICIONAL _____

EMERGENCIA /SALUD

INFORMACION MEDICA DEL ESTUDIANTE: Personal de la escuela necesita saber si su hijo tiene una condición médica que él o ella pueden necesitar asistencia durante el día escolar. Recuerda informar a la escuela de cualquier cambio a la información.

MARQUE cualquier condición médica actual: ❑ALERGIAS GRAVES: _____ ¿QUE AMENAZAN LA VIDA? SÍ❑ NO❑

❑ ASMA ❑ ENFERMAEDAD DEL CORANZON ❑ TRASTORNO CONVULSIVO ❑ DIABETES ❑ TIPO I ❑ TIPO II

OTRAS NECESIDADES DE SALUD ESPECIALES EN LA ESCUELA:_____

MEDICAMENTOS QUE DEBEN TOMARSE EN LA ESCUELA (por favor indique y también complete el formulario de autorización para medicamentos):

TRATAMENTO MEDICAL de ESTUDIANTE: EMS (Sistema de Emergencia Médico) toma la decisión final para el sitio de la mejor atención disponible cuando una enfermedad grave, accidente u otro evento emergencia dirige la necesidad de transportar a un hospital. Usted es financieramente responsable de tratamiento médico a su niño. Si es possible, la escuela le aconsejará EMS de su preferencia de hospital.

HOSPITAL PREFERIDO:_____

FIRMA DEL PADRE/ADULTO RESPONSABLE (OBLIGATORIO) _____

INSCRIPCIÓN

SOLAMENTE PARA ESTUDIANTES DEL JARDÍN DE NIÑOS

¿En el año antes del jardín de niños, en general su hijo/a pasado 5 horas o más por semana **en una escuela preescolar o clase preescolar** (tales como una escuela, *Head Start* o centro de cuidado infantil)? ❑ Sí ❑ No

Nombre de la escuela preescolar_____

ADICIONAL

PERMISOS/AUTORIZACIONES — Para avisos anuales sobre la información del directorio, los expedientes del estudiante, reclutamiento militar y protección de derechos de los estudiantes, por favor vea *el manual del Distrito para padres y estudiante.*

* Bajo la ley federal y póliza de la escuela, el distrito escolar puede divulgar la siguiente información sin consentimiento previo de los padres: nombre del estudiante, participación en actividades y deportes oficialmente reconocidos, peso y estatura de miembros de equipos atléticos, grados, honores y premios recibidos, mayor campo de estudio, fechas de asistencia y la escuela más reciente asistida. **Si desea que esta información no sea divulgada, póngase en contacto con su escuela para presentar una solicitud escrita. Esta solicitud debe realizarse cada año.**

* Fotografías de estudiantes se utilizan comúnmente en los anuarios, boletines, sitios de web y otras publicaciones relacionadas con la escuela. **Si no desea que la fotografía de su estudiante se utilice o divulgue para estos propósitos o los medios de comunicación, póngase en contacto con su escuela para presentar una solicitud escrita**

* Todos los estudiantes tienen acceso a utilizar el correo electrónico proporcionado por el distrito. **Si no desea que su estudiante tenga acceso al correo electrónico proporcionado por el distrito, por favor póngase en contacto con su escuela para presentar una denegación escrita.**

He leído y entiendo los permisos / información de las autorizaciones de arriba _____ (Iniciales del padre o adulto responsable)

SOLAMENTE PARA LOS ESTUDIANTES DE LA PREPARATORIA

No quiero que el nombre de mi hijo/a, dirección y número de teléfono sea divulgado a:

❑Los reclutadores militares ❑ Los reclutadores universitarios

La ley Que Ningún Niño Se Quede Atrás del 2001, requiere que los distritos escolares proporcionen, a petición, los nombres, direcciones y números de teléfono de los estudiantes de la preparatoria de los grados 11 y 12 a los reclutadores militares, colegios y universidades. Si no desea que el distrito escolar proporcione información sobre su hijo/a al militar o colegios e universidades, tiene la oportunidad de "no participar". Para hacer esto, debe marcar una o las dos categorías de arriba.

Uso de oficina solamente:
STUDENT ID#_____ SCHOOL: _____ STUDENT NAME: _____
(Note to Office Staff: Please fill out the above fields and scan this page to Student Services)

PROGRAMS

INFORMACIÓN DEL PROGRAMA

¿Su estudiante tiene un Plan de educación individualizado (IEP) actual? Sí ❑ No ❑

¿Su estudiante tiene un Plan sección 504 actual? Sí ❑ No ❑

¿Su estudiante está en un programa de talentosos y dotados (*TAG*)? Sí ❑ No ❑

LANGUAGE

INFORMACIÓN DEL IDIOMA

¿Cuál fue el primer idioma que su hijo/a aprendió a hablar? _____

¿En qué idioma habla el estudiante en casa la mayoría del tiempo?_____

Si un idioma distinto del inglés es anotado para cualquiera de las preguntas anteriores, su niño/a será referido para la evaluación del idioma de inglés para determinar si califica para servicios de *ESL* (Inglés como segundo idioma).

¿Está el estudiante en, o ha estado el estudiante en, un programa de inglés como segundo idioma? Sí ❑ No ❑

¿En un programa bilingüe/Dual? Sí ❑ No ❑

Si sí a, ¿Cuál fue el primer día del estudiante en una escuela de los Estados Unidos?_____

Su familia tiene derecho a recibir información en su lengua materna.

¿Su familia necesita un intérprete para las reuniones de la escuela? Sí ❑ No ❑

PREGUNTAS PARA EL PROGRAMA DEL TÍTULO FEDERAL

Título VII-un programa de educación indígena — *Esta información establece la elegibilidad del distrito para una subvención federal bajo el título VII-A* del acto Que Ningún Niño Se Quede Atrás*. Puede recibir más información si usted marca "Sí."*
¿Es el estudiante, un padre, o un abuelo, un miembro de una tribu de indios americanos federalmente reconocida por los Estados Unidos? Sí ❑ No ❑
Si **Sí**, por favor, escriba el nombre de la tribu: _____

El programa de Educación Migrante título I – C de Oregon *— Este programa ayuda a niños y jóvenes adultos edades 3-21 que se mueven con frecuencia (por su propia cuenta o con sus padres) para buscar o conseguir un trabajo temporal o estacional en agricultura, silvicultura y/o pesca.*
Una persona en mi familia ha trabajado en, o tiene previsto trabajar en agricultura, silvicultura y/o pesca. Esto puede incluir trabajo en granjas, ranchos, fábricas de conservas, viveros, árboles o pesca. Sí ❑No ❑ si **SI**, tipo de trabajo _____

Programa de Título X McKinney-Vento *— Este programa garantiza que los estudiantes, sin importar su situación de vivienda, tengan acceso a la educación pública, incluyendo el transporte a y desde la escuela. Un representante del distrito escolar puede ponerse en contacto si marca una cajita.*
Por favor marque la cajita correspondiente si le aplica:
❑ Usted se hospeda en un hotel, coche o sitio de campamento hasta que usted pueda encontrar vivienda razonable.
❑ Usted está compartiendo vivienda con otra familia debido a las dificultades económicas.
❑ Su hijo está viviendo con un familiar/amigo/o cualquier persona que no sean sus padres con la custodia.
❑ Usted vive en un refugio temporal de vivienda o moviéndose de un lugar a otro sin vivienda permanente.

AL FIRMAR ESTE FORMULARIO, ACEPTO QUE TODA LA INFORMACIÓN ES VERDADERA.

FIRMA DEL PADRE/ADULTO RESPONSABLE (OBLIGATORIO) _____FECHA_____

FIRMA DEL PADRE/ADULTO RESPONSABLE_____FECHA _____