

ESCUELA: _____

_____ Maestro

GRADO: _____

_____ Autobús

(A). Información del alumno

Primer nombre:	Sobrenombre:	Fecha de nacimiento:
Segundo nombre:	Ciudad de nacimiento:	Edad:
Apellido legal:	Estado natal:	Sexo:

(B). Direcciones

Domicilio:	Teléfono de casa: ()
Correspondencia:	Teléfono celular del alumno: ()

(C). Padres/Tutores

Orden	Nombre / Correo electrónico	Parentesco	Vive con él/ella	Autoridad parental	Domicilio particular/ trabajo	Tipo de teléfono	Número de teléfono	*
1	Nombre del padre/tutor:					Primario		
	Correo electrónico del padre/tutor:					Otro		
2	Nombre del padre/tutor:				Lugar de trabajo:	Trabajo		
						Primario		
						Otro		
	Correo electrónico del padre/tutor:				Lugar de trabajo:	Trabajo		

*Compruebe al usuario para llamadas automáticas.

(D). Información de contactos en caso de emergencia

Orden	Nombre	Parentesco	Teléfono primario/casa	Teléfono del trabajo	Teléfono celular / otro teléfono
3					
4					
5					

(E.) ¿Su hijo(a) tiene alguna condición médica/enfermedad de la que debemos estar enterados? **Sí** _____ **No** (En caso afirmativo, por favor especifique)

Asma Alergias Alergias que pongan en riesgo su vida: _____
 Diabetes Problema auditivo Trastornos convulsivos
 Impedimento visual / Anteojos / Lentes de contacto Prescripciones médicas: _____
 Otro (especifique): _____

Si existe alguna situación médica específica, sírvase llamar a un enfermero de la escuela al 541--883--5000 ext. 8745, 8746 ó 8747.

F.) Cualquier persona mencionada en el área de información de contactos en caso de emergencia de este formulario puede ser contactada para asumir el cuidado temporal de mi hijo(a) en caso de que yo no pueda ser localizado(a). En caso de algún accidente o emergencia en la escuela, el personal llamará al servicio médico de emergencia para solicitar traslado y atención médica en caso de ser necesario. El personal procurará avisarles a los padres del alumno cuando haya sido trasladado para recibir tratamiento.

****Declaro que he leído y comprendido las Secciones E y F. INICIALES DEL PADRE** _____

(G). La última escuela que asistió (incluyendo Head Start, OCDC, guardería, iglesia, la escuela preescolar, ectétera.):

_____ Año/Grado _____

(H). ¿Alguna vez se ha hablado en casa otro idioma QUE NO SEA EL INGLÉS? **Sí** _____ **No** _____

Si respondió sí, por favor llene la encuesta de uso de lenguaje.

(I). ¿Se ha mudado en los últimos tres años? **Sí** _____ **No** _____

En caso afirmativo, ¿el cambio de domicilio se debió a la busca de trabajo temporal relacionado con la agricultura, aserraderos, granjas ganaderas, o pesca? **Sí** _____ **No** _____

(J). ¿Su hijo(a) está inscrito en algún programa especial? (por ejemplo: TAG, IEP, Título I, ELL, etc.) **Sí** _____ **No** _____

En caso afirmativo, especifique: _____

(K). Mi hijo(a) tiene mi permiso para asistir a PASEOS y EXCURSIONES DE LA ESCUELA. **Sí** _____ **No** _____

(L). Mi hijo(a) tiene mi permiso para participar en actividades extraescolares después de clases. **Sí** _____ **No** _____

Raza/Grupo étnico**Ambas preguntas, 1 y 2, deben ser contestadas****Pregunta 1 GRUPO ÉTNICO (requerida) — ¿Es usted hispano o latino? ___ Sí ___ No**

Todas las personas de origen latino, hispano o español (descendientes de centroamericanos o sudamericanos, mexicanos, cubanos, puertorriqueños, dominicanos u originarios de cualquier otro país hispanohablante, sin importar la raza o idioma original) deberán contestar "Sí". Toda persona que conteste SÍ a la primera pregunta será registrada como estudiante latino, sin importar su respuesta a la pregunta sobre raza que se da a continuación.

Pregunta 2 RAZA (requerida)

Marque todas las categorías que correspondan. . .

	Indígena Norteamericano/Indígena de Alaska (Una persona que tiene sus orígenes en cualquiera de los pueblos originarios del Norte, Centro o Sudamérica, incluyendo México, y que mantiene identificación cultural a través de afiliación tribal o reconocimiento de la comunidad).
	Asiático (Una persona que tiene sus orígenes en cualquiera de los pueblos originarios del Lejano Oriente, Sudeste de Asia, o de la India).
	Negro o Afroamericano (Una persona que tiene sus orígenes en cualquiera de los pueblos originarios de grupos raciales negros de África).
	Hawaiano nativo o de otras Islas del Pacífico (Una persona que tiene sus orígenes en cualquiera de los pueblos originarios de Hawái, Guam, Samoa u otras Islas del Pacífico).
	Blanco (una persona que tiene sus orígenes en cualquiera de los pueblos originarios de Europa, Medio Oriente, o África del Norte).

Al escribir mis iniciales en los siguientes 3 cuadros, declaro que he leído y comprendido la información.

SEGURO ESTUDIANTIL: El Distrito, a través de cada escuela y por medio de instituciones privadas, le brinda la oportunidad de adquirir diferentes planes de seguro médico estudiantil para su hijo. Como padre/tutor le corresponde saber que usted es el único responsable de los gastos médicos en los que su hijo incurra, incluyendo gastos de asistencia y/o transportación médica de emergencia.

Iniciales del padre _____

ACCESO DE ALUMNOS A COMPUTADORAS/INTERNET: En concordancia con el Sistema de Comunicaciones Electrónicas y las Normas Administrativas, los alumnos tendrán acceso a las computadoras y al Internet de la escuela durante el periodo de enseñanza del día escolar. Si usted prefiere que su hijo(a) no goce de este acceso, deberá entregar a la escuela una nota escrita que esté fechada y firmada por usted. Iniciales del padre _____

MANUAL DE DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DE ESTUDIANTE

Estoy de acuerdo de que el Distrito publica un Manual de Derechos y Responsabilidades de Estudiantes que describe el comportamiento esperado de los estudiantes. La información del directorio (pág. 3) describe qué es la información estudiantil que está disponible para información pública. El Manual de Derechos y Responsabilidades de Estudiantes se puede encontrar en el sitio web del Distrito Escolar del Condado de Kalamata www.kcsd.k12.or. Iniciales de padres _____

TÍTULO X PROGRAMA MCKINNEY-VENTO: (Opcional)

Garantiza a todos los niños y jóvenes el derecho a la educación, sin importar la situación actual en la que viven. Los recursos del programa pueden incluir dotación de útiles escolares, ropa y otros servicios para ayudar a asegurar el éxito del alumno.

POR FAVOR MARQUE UNO DE LOS ESPACIOS DE ABAJO SI ALGUNA DE LAS SIGUIENTES SITUACIONES CORRESPONDE A LA CONDICIÓN ACTUAL EN LA QUE VIVE:

____ Viviendo temporalmente con amigos o parientes debido a dificultades económicas.

____ Viviendo en un motel/hotel o un campamento.

____ Viviendo en un refugio.

____ Sin un techo para vivir (coche, parque, en la calle, el etc).

____ En constante cambio de domicilio sin un hogar permanente.

____ **LAS DESCRIPCIONES DEL PROGRAMA MCKINNEY-VENTO TÍTULO X NO CORRESPONDEN A MI HIJO(A)**

Título VII -- Programa de Educación Indígena: (Opcional)

Los servicios del Título VII comprenden servicios de apoyo escolar para los estudiantes nativos norteamericanos tales como oportunidades de patrimonio cultural, ayuda en el trabajo de clases, recursos para padres y planeamiento de preparación para la universidad/carrera profesional.

POR FAVOR MARQUE EL ESPACIO DE ABAJO SI LA SIGUIENTE INFORMACIÓN CORRESPONDE A SU FAMILIA.

____ Mi hijo(a)/familia se identifica como indígena norteamericano/nativo de Alaska, incluso si no está inscrito como miembro tribal.

____ Me gustaría llenar un formulario de elegibilidad del estudiante (proporcionado por la escuela).

Firma: _____

Fecha: _____