

REGISTRO DE ESTUDIANTES DEL DISTRITO ESCOLAR 509J DEL CONDADO JEFFERSON

SÓLO PARA USO OFICIAL

FECHA DE ENTRADA _____ CLAVE _____ AUTOBÚS # _____ GENERACIÓN _____ GRADO _____

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Mujer
 Hombre

_____ APELLIDO _____ PRIMER NOMBRE _____ SEGUNDO NOMBRE _____ NOMBRE DE PREFERENCIA _____

_____ DIRECCIÓN _____ CIUDAD _____ CÓDIGO POSTAL _____ TELÉFONO DE CASA _____

_____ DIRECCIÓN PARA RECIBIR CORREO (en caso de ser distinta) _____ CIUDAD _____ CÓDIGO POSTAL _____ NÚM. CELULAR DEL ESTUDIANTE _____

FecNac.: MES _____ DÍA _____ AÑO _____ Grado Escolar _____

Comprobante de naci mie Acta de nacimiento Acta de bautismo Pasaporte Otro: _____

RAZA & ORÍGEN ÉTNICO

ORÍGEN ÉTNICO - Los reportes federales y estatales requieren que se seleccione algún origen étnico. RAZA - Los reportes federales y estatales requieren que al menos una raza sea seleccionada. Si selecciona rígen étnico hispano, también debe seleccionar al menos una raza. Deberá seleccionar más de una raza.

No Hispano/Latino Blanco Afroamericano Nativo de Hawai/Islands del Pacífico Asiático
 Hispano/Latino Indio Americano/Nativo de Alaska (Se le pedirá llenar la forma 506 para los fondos del título VII)

Nota: Si no selecciona origen étnico /raza, el personal de la Escuela del Condado Jefferson por ley completará la información y el proceso de registro basados en la observación. Los datos del origen étnico y la raza serán completados basados en información como el lugar de nacimiento de los estudiantes, su familia, costumbres o lenguaje.

INFORMACIÓN DE LA ESCUELA ANTERIOR

¿Este estudiante ha estado inscrito anteriormente en ALGUNA escuela 509J? SI NO Si es SÍ, nombre de la escuela _____

Escuela más reciente (incluyendo Pre- escolar): _____ Teléfono: _____

Dirección de la escuela: _____

¿Su hijo ha sido expulsado alguna vez de la escuela?: SI NO _____ Nombre de la Escuela _____ Mes _____ Año _____

SERVICIOS ESPECIALES: Este niño recibe servicios especiales tales como:

IEP (Plan de Educación Individual) Discurso Plan 504 ESL (Desarrollo del lenguaje Inglés)

INFORMACIÓN DE LOS PADRES/TUTORES

CUSTODIA LEGAL DE: Ambos padres Madre Padre Adopción Abuelos Otros: _____ Parentesco

Vive con: _____

NOMBRE DEL PADRE: _____ ¿Vive con el estudiante? SI NO
APELLIDO _____ NOMBRE _____

¿Se le puede contactar en caso de emergencia? SI NO Teléfono de casa: _____ Teléfono celular: _____

Correo Electrónico: _____ Para Alertas/Anuncios prefiere: Llamada y/o Texto

Lugar de Trabajo: _____ Teléfono del trabajo: _____

NOMBRE DE LA MADRE: _____ ¿Vive con el estudiante? SI NO
APELLIDO _____ NOMBRE _____

¿Se le puede contactar en caso de emergencia? SI NO Teléfono de casa: _____ Teléfono celular: _____

Correo Electrónico: _____ Para Alertas/Anuncios prefiere: Llamada y/o Texto

Lugar de Trabajo: _____ Teléfono de trabajo: _____

Nombre del Tutor: _____ Parentesco: _____
 APELLIDO NOMBRE
 Teléfono de casa: _____ Teléfono celular: _____
 Lugar de trabajo: _____ Teléfono del trabajo: _____
 Correo electrónico: _____ Para Alertas/Avisos prefiere: Llamada y/o Texto

CONTACTOS DE EMERGENCIA (Aparte de los padres y tutores que ya hayan sido escritos en el registro)

Contacto 1 _____ Parentesco: _____
 Apellido Nombre
 Teléfono # _____ Celular Trabajo Casa Teléfono # _____ Celular Trabajo Casa
 Puede recoger al estudiante de la escuela: SI NO

Contacto 2 _____ Parentesco: _____
 APELLIDO NOMBRE
 Teléfono # _____ Celular Trabajo Casa Teléfono # _____ Celular Trabajo Casa
 Puede recoger al estudiante de la escuela: SI NO

Contacto 3 _____ Parentesco: _____
 APELLIDO NOMBRE
 Teléfono # _____ Celular Trabajo Casa Teléfono # _____ Celular Trabajo Casa
 Puede recoger al estudiante de la escuela: SI NO

Este estudiante tiene permiso para caminar a casa (Estudiantes de *Elementary & Middle School* solamente): SI NO

INFORMACIÓN DE EMERGENCIAS MÉDICAS

Nombre del Doctor _____ Número de teléfono: _____
 Alergias y condiciones de salud _____
 ¿Es un peligro de vida? SI NO ¿Este estudiante toma algún medicamento? SI NO Si es SI, por favor llene las formas de medicación.
 El Distrito Escolar 509J del Condado Jefferson tiene mi permiso para transportar a este estudiante a un centro médico en caso de emergencia: SI NO

INFORMACIÓN DE LOS HERMANOS

No hay otros hermanos que asistan al Distrito Escolar del Condado Jefferson Hermano o Hermana

Apellido _____ Nombre _____ Escuela _____
 Apellido _____ Nombre _____ Escuela _____
 Apellido _____ Nombre _____ Escuela _____
 Apellido _____ Nombre _____ Escuela _____

DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN DEL DIRECTORIO DE ESTUDIANTES

Directorio de Información: La Escuela del Condado de Jefferson Distrito 509J, en conformidad con ORS 326.565, tiene una política que permite la publicación del nombre, dirección, teléfono y fotografía de los estudiantes como un directorio de información. El directorio de Información de los estudiantes se incluye regularmente en publicaciones como anuarios, directorio de estudiantes, carteles de eventos, programas deportivos, cuadro de honor y listas de reconocimientos, fotografías de grupo y en los comunicados de prensa. Si usted no quiere que la información de este estudiante sea publicada, por favor indique su decisión en la forma de publicación del directorio de información de los estudiantes que se incluye en el paquete de registro.

_____ Firma del padre/tutor

_____ Fecha