

Distrito Escolar de Dallas No. 2 Información Para Inscribir

Fecha _____ ¿Nuevo en el Distrito? Y N Año Escolar _____ Grado en que entran _____

INFORMACION DEL ESTUDIANTE

Apellido *Nombre* *Segundo Nombre*

- Nombre Legal del Estudiante: _____ • Teléfono de casa _____
- Dirección: _____ • Ciudad _____ • Zip _____
- Envío de Dirección (si es diferente del arriba) _____ • Condado _____
- Sexo (circulo) M F • Fecha de Nacimiento ____/____/____ • Lugar de Nacimiento: (Ciudad, estado) _____
- ¿Que es el primer idioma del estudiante? Inglés Otro. ¿Otros idiomas hablado en casa? (¿Cuál?) _____
- Seguro Social del estudiante: ____-____-____ • Ultimo Escuela Asistida _____ • Ciudad/Estado _____
- Dirección _____ • Teléfono _____ • Fax _____

¿Ha sido Suspendido el estudiante o Expulsado de una escuela previa? Por favor de marcar uno S N

OAR 581-21-250(1)(Yo) autoricé distritos escolares para pedirle proporcionar su SSN. El SSN será usado por el distrito para reportaje, investigación y cuidado de registro. También su SSN será proporcionado al Departamento de Oregon de la Educación.

Étnico

¿Este estudiante (o Ud.) es Hispano/Latino? No Si (una persona

de Cuba, México, Puerto Rico, Sur o Centro América, u otra cultura hispana o origen, no importa cual raza).

RAZA *(Tiene que marcar uno o mas de las siguientes grupos)*

- Nativo Americano/Nativo de Alaska/Hispano/Latino** (una persona con originas de la gente de norte o sur América (incluyendo Centro América), y que tiene afiliaciones tribales o de la comunidad.)
- Asiático** (una persona con originas de la gente de oeste, sureste Asia, o el subcontinente de India incluyendo, por ejemplo, Camboya, China, India, Japón, Corea, Malaysia, Pakistán, las islas de Pilipinas, Tailandia, y Vietnam).
- Negro o Americano Africano** (una persona con originas de cuales grupos negros raciales de África).
- Nativo de Hawái o Otros Islas Pacifico** (una persona con originas de las gentes originales de Hawái, Guam, Samoa, o otros Islas Pacifico).
- Blanco** (una persona con originas de las gentes originales de Europa, Medio Oriente, o Norte de África).

ADULTOS QUE VIVEN EN LA CASA

Madre Padre Madrastra Padrastro

Tutor Padre o madre de crianza

Apellido _____ Nombre _____

Lugar de Trabajo _____

Teléfono del día _____ Celular/ paginador _____

Coreo electrónico _____

Madre Padre Madrastra Padrastro

Tutor Padre o madre de crianza

Apellido _____ Nombre _____

Lugar de Trabajo _____

Teléfono del día _____ Celular/ paginador _____

Coreo electrónico _____

- El padre o la madre son empleados por alguno Departamento Federal de la Silvicultura, Servicio Militar Marca uno: S N
- Mi Familia se ha movido, para cualquier período del tiempo, en los seis (6) meses pasados para trabajar en la agricultura como trastos viejos, fábricas de conservas, trabajo de granja, cosecha, pescando etc. Marca uno: S N

Padre sin custodia _____

Interdicto: por favor de marca: S N

ADULTOS QUE VIVEN AFUERA DE LA CASA

Madre Padre Madrastra Padrastro
 Guarda Padre o madre de crianza

Apellido _____ Nombre _____

Lugar de Trabajo _____

Teléfono del día _____ Celular/ paginador _____

Correo electrónico _____ ¿Interdicto?

Si No

Madre Padre Madrastra Padrastro
 Guarda Padre o madre de crianza

Apellido _____

Nombre _____

Lugar de Trabajo _____

Teléfono del día _____ Celular/ paginador _____

Correo electrónico _____

¿Interdicto? Si No

Si debe enviarse un segundo envío (non-custodial padre), por favor indique el nombre paternal, a dirección, la ciudad y la cremallera en el impreso abajo

POR FAVOR NOTE: La ley de Oregon requiere que los archivos educativos sean compartidos con padres non-custodial sobre su petición a menos que presenten a la escuela una orden judicial al contrario. Los Interdictos también requerirán una copia de la orden judicial en el archivo acumulativo de los niños. Los padres de Non-custodial deben proporcionar un sellado, sobre con dirección propia a la escuela.

HERMANOS

Por favor ponga a todos los hermanos en una lista y hermanas que viven en misma casa que asiste Escuelas del Distrito

Nombre _____ Escuela _____ Nombre _____ Escuela _____

Nombre _____ Escuela _____ Nombre _____ Escuela _____

CONTACTO DE EMERGENCIA – DIFERENTE DE PADRES

La información siguiente es necesaria de modo que podamos reaccionar a muchos y situaciones variadas que ocurren durante un año escolar. Hay tiempos cuando somos incapaces de ponernos en contacto con usted y debemos visitar a una persona de Contacto de Emergencia a quien usted ha dado las autoridades a: 1) Autorice la escuela para liberar a su estudiante tal como resultó después somos incapaces de alcanzarle, y/o 2) dirigirnos en el manejo de una emergencia que implica a su niño. Por favor ponga en una lista en la orden de vocación preferida, de ser posible. * Contactos Locales Preferidos *

Nombre Impreso: _____ Teléfono del día : _____ Relación _____

Nombre Impreso: _____ Teléfono del día : _____ Relación _____

Nombre Impreso: _____ Teléfono del día : _____ Relación _____

POR FAVOR NOTE: Durante una emergencia médica, si ningún contacto puede ser hecho en los números puestos en una lista encima, la escuela puede buscar la ayuda de médicos, EMT's y/o un servicio de ambulancia.

INFORMACIÓN MÉDICA

Doctor de familia _____ Teléfono _____

Estudiante está cubierta por:

• **MEDICAL ¿Seguro MÉDICO?** Si No • **¿Seguro de VISIÓN?** Si No • **Seguro DENTAL** Si No

Cuestiones Médicas: Por favor indique (✓) si su estudiante tiene cualquiera de las condiciones de salud siguientes. Una historia medico – la hoja de información que solicita la información adicional será requerida para condiciones a cuadros que tienen un *

___*Asma/Inhalador ___*Asimientos

___* Medicaciones diarias ___* Alergias Severo (i.e. comidas picaduras de abeja, – por favor especifique) _____

___*Diabetes ___* Otra condición de Salud en Curso ___Oír ___Hablar ___Visión

¿Hace el estudiante necesita alojamientos de ayuda / alojamientos especiales en la escuela por motivos de salud? Si No

PROGRAMAS ESPECIALES

Tiene al estudiante sido recibiendo cualquiera de los servicios especiales siguientes (✓)

- Educación Especial _____ • Título I _____ • Plano 504 _____ • Ingles como un Segundo Idioma _____ • Talento y Dotado _____ • Otro _____
- El estudiante es una sala del tribunal? _____ SCF Asistente social: _____ Teléfono _____

Permiso Concedido

La escuela liberará los tipos siguientes de la información que son pensados ser la información de directorio: nombre de estudiante, nombres paternos, dirección, y número de teléfono; fotografía o participación de videocinta en deportes oficialmente reconocidos y actividades; fechas de asistencia; grados o premios recibidos; y la escuela anterior más reciente o el programa asistieron. Un estudiante paternal o elegible que desea negar la liberación de cualquiera de estos artículos debe presentar su objeción por escrito al principal 15 días después de recibir este aviso.

Doy mi permiso:

- Sí No: para mi niño para participar en la escuela viajes de estudios organizados y supervisados dentro de la distancia que anda de la escuela.
- Sí No: para mi niño para ver a la Enfermera de Salud de Distrito para enfermedad, herida o proyección de salud rutinaria.

Estudiante Registra Revisión – NOTICIA: Los padres y los estudiantes elegibles tienen derecho a inspeccionar y examinar archivos de educación del estudiante y enmiendas de petición para asegurar la exactitud de los archivos en cuanto a leyes estatales y federales aplicables y reglas administrativas. Las copias de la política del distrito contra archivos de educación de estudiante están disponibles en cada escuela y en el Sitio Web de Distrito de Escuela de Dallas: el [http:// www.dallas.k12.or.us](http://www.dallas.k12.or.us) puede ser obtenido gratis haciendo una petición al principal de edificio.

CERTIFICO QUE LA SUSODICHA INFORMACIÓN ES CORRECTA

Firma de Padre _____ Fecha _____

Para uso de oficina sólo:

School	Entry Date	ERW Code	Grad Year	Grade	Teacher or Counselor	Room	Birth Proof	Immunizations	Records Requested	Records Received	
Ethnic		FTE 1.0 or .5	Notes						POA		