

Formulario de inscripción para los grados K-12 del Distrito Escolar de Forest Grove (español)

INFORMACIÓN DEL ALUMNO

Apellido (APELLIDO LEGAL SOLAMENTE) Nombre Segundo nombre Sufijo (Jr., II,III)
Nombre Preferido

Grado Otro nombre(s) usado con anterioridad Fecha de nacimiento Lugar de nacimiento: Género:
ciudad, estado, país M F X

El Distrito Escolar de Forest Grove les permite a los estudiantes y padres identificarse como hombres, mujeres o sexo X. Género X es para personas no binarias, incluyendo personas intersexuales y de género fluido.

ORIGEN ÉTNICO: ¿El alumno es hispano/latino? (Elija sólo uno)
No, no es hispano / latino
Sí, hispano / latino (Una persona de origen latino, hispano o español (descendiente de origen centro o sudamericano, mexicano, cubano, puertorriqueño, dominicano o de cualquier otro país de habla hispana, sin importar la raza o su idioma natal).

La parte que trata sobre hispano/latino en la pregunta anterior se refiere al origen étnico, no a la raza. Sin importar lo que haya seleccionado previamente, por favor responda la siguiente pregunta la cual se refiere a la raza. Marque una o más casillas para indicar la raza a la que considera que su hijo(a) pertenece.

RAZA: ¿Cuál es la raza del alumno? (Elija una o más)
Indígena Norteamericano/Indígena de Alaska (Una persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos de Centro o Sur América y que mantiene afiliación tribal o relación con la comunidad) Afiliación tribal, si se conoce:
Asiático (Una persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos originarios del Extremo Oriente, del Sudeste Asiático o del Subcontinente Indio, incluyendo, por ejemplo, Camboya, China, India, Japón, Corea, Malasia, Pakistán, las islas Filipinas, Tailandia y Vietnam).
Negro / Afroamericano (Una persona que tiene orígenes en cualquiera de los grupos raciales negros de África).
Hawaiano nativo/ de otras Islas del Pacífico (Una persona con 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).

Domicilio Ciudad, estado Código postal Núm. De contacto primario (Si el número no figura en la guía, marque la casilla "no enlistado") () No enlistado

Dirección Postal (solo en caso que sea diferente al domicilio) Ciudad, estado Código postal Correo electrónico del alumno (opcional)

Última escuela a la que asistió Dirección Fecha Distrito Escolar Primera inscripción en escuela de E.U.(K-12) / /

Escriba los nombres de todos los hermanos desde nacimiento a grado 12. (Si hay más de 3 hermanos, por favor escriba hermanos adicionales en otro papel)

Table with 4 columns: Nombre de hermano(a), edad, Grado, Escuela. Three rows for listing siblings.

INFORMACIÓN DEL PADRE O TUTOR

¿Quién tiene la custodia legal del niño? Ambos padres Madre Padre Abuelo(a) Padre adoptivo Otro

¿Existe alguna orden de restricción o judicial vigente relacionada con el alumno? *Sí No
*En caso de que exista alguna orden judicial (court order) vigente que limite el acceso paterno del padre que no tiene la custodia, usted deberá presentar una copia de dicha orden a la escuela para que ésta pueda limitar el contacto de ese padre con el alumno.
He presentado la orden judicial vigente. Firma: Fecha:

Table with 2 columns: PADRE/TUTOR #1, PADRE/TUTOR #2. Rows include: Nombre completo, Relación con el alumno, ¿Vive con el alumno?, ¿Militar Activo?, Casa/telefono primario de contacto, Teléfono del trabajo, Teléfono celular, Dirección de correo electrónico (opcional), Patrón/empleador, Idioma principal, Requiére intérprete, Acceso en línea para padres, correo permitido, Dispuesto a participar como voluntario.

Debe firmarse al reverso

INFORMACIÓN DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA

CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA (Alguien que no sean los padres)	CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA (Alguien que no sean los padres)
Nombre completo:	Nombre completo:
Relación con el alumno:	Relación con el alumno:
Casa/telefono primario de contacto: ()	Casa/telefono primario de contacto: ()
Teléfono del trabajo: ()	Teléfono del trabajo: ()
Teléfono celular: ()	Teléfono celular: ()
<input type="checkbox"/> Tiene permiso para recoger al estudiante <input type="checkbox"/> Idioma primario	<input type="checkbox"/> Tiene permiso para recoger al estudiante <input type="checkbox"/> Idioma primario

PREGUNTAS/PERMISOS/AUTORIZACIONES para PADRES/TUTORES

¿Cual es el nombre de la pre-escolar que su hijo/a asistio? (Complete si su hijo va entrar al kinder.)

Por favor indique si su hijo(a) es elegible para cualquiera de las siguientes áreas Educación especial (IEP) Plan 504 TAG (alumnos talentosos y dotados) ELL

¿Trabaja actualmente como empleado migrante o ha trabajado como empleado migrante (se ha mudado y trabajado de forma temporal en empleos relacionados con la agricultura, aserraderos, o pesca) en los últimos 3 años? Sí No

(Sólo para alumnos de preparatoria) La ley federal requiere que se proporcione información del alumno a reclutadores militares. Si usted no desea que se facilite esta información, deberá seleccionar la casilla de "Rehusar". Rehusar
<http://www2.ed.gov/policy/gen/guid/fpco/hottopics/ht-10-09-02a.html>

Cierre de la escuela/salida anticipada

Por favor indique su elección de las siguientes opciones en caso de que la escuela tenga que cerrar anticipadamente (elija sólo una).

- Que mi hijo(a) vaya a casa en la forma regular y manera de costumbre.
- Que mi hijo(a) permanezca en la escuela. Nombre de contacto primario: _____ Núm. de contacto primario ()

Sólo para alumnos de primaria

Los alumnos de kinder a 3^{er} grado reciben exámenes anuales para detectar la pérdida auditiva o visión. Por favor firme aquí si usted autoriza que su hijo(a) reciba un nuevo examen individual en caso de que haya obtenido resultados negativos en el examen inicial (solo si el examen es necesario).

Firma: _____ Fecha: _____

Traslado médico de emergencia

Doy permiso para que el personal de la escuela haga los trámites necesarios para traslado en ambulancia y, si fuera necesario, doy permiso para que el personal de emergencias y del hospital de mi elección, bajo la supervisión del médico presente, brinden atención médica a mi hijo(a) en una situación de emergencia cuando yo no pueda ser localizado/a.

Firma: _____ Fecha: _____

Hospital de preferencia: _____

Información médica

El personal de la escuela necesita saber cuando un niño tiene algún problema de salud actual para el cual él/ella pudiera requerir ayuda durante el día escolar. Recuerde informar a la escuela de cualquier cambio en esta información.

Nombre del doctor: _____ Número de teléfono: _____

Nombre del dentista: _____ Número de teléfono: _____

Seguro médico/número Medicaid: _____ ¿Su hijo requiere tomar alguna medicina durante las horas de escuela? Sí No Si respondió Sí, por favor solicite el formulario de permiso para medicamentos.

¿Existe alguna alergia/ condición de salud o medicamentos para alergias de los que usted cree que debiéramos estar enterados? Sí No

Escriba cualquier medicamento especial del que debamos tener conocimiento.

Compartir información médica

Doy permiso al distrito escolar para que proporcione la información sobre el seguro médico de mi hijo(a) al Centro de Salud Escolar (SBHC) de Forest Grove. Entiendo que mi seguro no recibirá ninguna factura sin mi consentimiento previo.

Firma: _____ Fecha: _____

La información proporcionada en este formulario es verdadera y precisa a la fecha. Entiendo que la falsificación de una dirección o el uso de cualquier otro medio fraudulento con el propósito de obtener una inscripción o asignación, causará que se revoque la inscripción del alumno y su asignación a la escuela que brinda servicio en el área local del alumno.