

DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN DEL ESTADO DE ALABAMA
SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN ESTUDIANTIL
(DEBE SER COMPLETADA POR EL PADRE / TUTOR LEGAL)

POR FAVOR LLENAR EN IMPRENTA

FECHA: _____ ESCUELA _____ GRADO _____

APELLIDOS _____ PRIMER NOMBRE: _____ SEGUNDO NOMBRE: _____

FECHA DE NACIMIENTO _____ (Marque uno) HOMBRE / MUJER TEL: _____

DIRECCION _____ CIUDAD _____ CODIGO POSTAL: _____

DIRECCION DE CORREO _____ CIUDAD _____ CODIGO POSTAL: _____

Niño vive con: PADRES MADRE PADRE

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL _____ - _____ - _____

INFORMACIÓN DE LOS PADRES / TUTOR (LA VERIFICACIÓN SERÁ DE ACUERDO CON LA POLÍTICA LOCAL DE LA JUNTA ESCOLAR)

MADRE / TUTOR _____ TELÉFONO CELULAR _____

DIRECCIÓN _____ CIUDAD _____ CODIGO POSTAL _____

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO _____ TELÉFONO CELULAR _____

EMPLEADOR _____ TELEFONO DEL EMPLEO _____

PADRE / TUTOR _____ TELEFONO CELULAR _____

DIRECCIÓN _____ CIUDAD _____ CODIGO POSTAL _____

CORREO ELECTRÓNICO _____ TELEFONO CELULAR _____

EMPLEADOR _____ TELEFONO DEL EMPLEO _____

Información especial sobre CUSTODIA:

CONTACTOS DE EMERGENCIA (POR FAVOR lista de números distintos al suyo ... muy importante!)

EMERGENCIA # 1

2 DE EMERGENCIA

CONTACTO _____

CONTACTO _____

RELACION _____ TELÉFONO _____

RELACION _____ TELÉFONO _____

LAS SIGUIENTES PERSONAS TIENEN PERMISO PARA RETIRAR A MI HIJO

NOMBRE: _____ RELACIÓN _____ TELÉFONO _____

NOMBRE: _____ RELATION _____ TELÉFONO _____

NOMBRE: _____ RELATION _____ TELÉFONO _____

NOMBRE DE LA ESCUELA asistió por última vez _____

NOMBRE DE LA ESCUELA asistió por última vez DIRECCIÓN _____

FIRMA DEL PADRE _____

* LA DIVULGACIÓN DEL NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (SSN) DE SU HIJO ES VOLUNTARIO. SI USTED ELIGE NO PROPORCIONAR UN SSN, SE GENERARÁ Y UTILIZARÁ UNA IDENTIFICACIÓN TEMPORAL. SE REQUIERE EL SSN DE SU HIJO PARA SU USO EN CONJUNTO CON LA INSCRIPCIÓN EN LA ESCUELA, COMO SE ESTABLECE EN EL CÓDIGO DE ADMINISTRACIÓN DE ALABAMA 290-3-1-02- (2) (B) (2). SERÁ UTILIZADO COMO MEDIO DE IDENTIFICACIÓN EN EL SISTEMA ESTATAL DE GESTIÓN DE ESTUDIANTES.

Etnicidad y Raza

NOMBRE DEL ESTUDIANTE _____ Grado _____

Firma del Padre / Guardian _____ Fecha _____

Por favor, **conteste** las preguntas 1 y 2

Pregunta 1: ¿Es este estudiante Hispano / latino? (Elija solo uno):

_____ No, no hispano / latino

_____ Sí, hispano / latino (una persona de origen u origen cubano, mexicano, puertorriqueño, centroamericano o del sur, u otra cultura española, independientemente de su raza)

*** Lo anterior la pregunta es sobre etnicidad, no raza. No importa lo que haya seleccionado anteriormente, **continúe respondiendo la siguiente pregunta 2** marcando una o más casillas para indicar cuál considera que es la raza de su estudiante.

Pregunta 2: ¿Cuál es la raza del estudiante? ELIJA UNO O MÁS:

_____ **Indio americano o nativo de Alaska.** Una persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos originales de América del Norte y del Sur (incluida América Central) y que mantiene afiliación tribal o apego comunitario.

_____ **Asiático.** Una persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos originales del Lejano Oriente, el sudeste de Asia o el subcontinente indio, incluidos, por ejemplo, Camboya, China, India, Japón, Corea, Malasia, Pakistán, la Isla de Filipinas, Tailandia y Vietnam.

_____ **NEGRO o AFROAMERICANO.** Una persona que tiene orígenes en cualquiera de los grupos raciales negros de África.

_____ **NATIVO HAWAIANO u OTRA ISLA DEL PACÍFICO.** Una persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos originales de Hawai, Guam, Samoa u otras islas del Pacífico.

_____ **Blanco.** Una persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos originales de Europa, Medio Oriente o África del Norte.

Información Adicional

Militar: Estudiante conectado a un servicio activo de Padres Militares Marque uno: Sí No

Preescolar

Servicio Escolar de Temprana edad	Sí	No	Primeros Servicios financiados por preescolar	Sí	No
Centro basado en Cuidado de Niños	Sí	No	Cuidado de niños en el Hogar	Sí	No
Programa de Visita en casa	Sí	No	Otro preescolar	Sí	No
No Preescolar (circule si es así)	Sí	No	Educación especial financiada	Sí	No

Servicios de educación especial

Estudiante que actualmente recibe servicios de educación especial Marque uno: Sí No

Junta de educación del condado de DeKalb

Hoja de información del estudiante

Padre (s) o tutor de _____ (Nombre del estudiante)

Responda las preguntas a continuación con precisión y por completo. Esta información es necesaria para proporcionar información e instrucción apropiadas para su hijo y no se utilizará para ningún otro propósito. Gracias por su cooperación.

Transporte

¿Su hijo se irá en el autobús escolar?: Sí No
Número del Autobús en la mañana _____ Número del Autobús en la tarde _____
Dirección de recogida en la mañana _____
Dirección para dejarlo en la tarde _____

Información del idioma del hogar

¿Nació su hijo en los Estados Unidos? Sí No
En caso afirmativo, ¿En qué estado? _____

Si no, ¿En qué otro país? _____

El primer año inscrito en la escuela de EE. UU. Fecha: _____

¿Fue el inglés el primer idioma hablado por el estudiante? Sí No

En caso negativo, ¿cuál fue el primer idioma hablado por el estudiante?

Idioma: _____ Dialecto: _____

¿Qué idioma habla el estudiante con más frecuencia en casa?

Idioma: _____ Dialecto: _____

¿Es el inglés el único idioma que hablan los padres? Sí No

En caso negativo, ¿qué idioma hablan los padres con más frecuencia en el hogar?

Idioma: _____ Dialecto: _____

¿Qué idioma (si no es inglés) ha sido utilizado por las personas al cuidado de los estudiantes, incluidos los abuelos, otros parientes y
niños?

Idioma: _____ Dialecto: _____

¿Ha recibido el estudiante instrucción ESL (inglés como segundo idioma) anteriormente? Sí No

En caso afirmativo, ¿cuándo? _____ (meses / año)

Información adicional

¿Ha asistido alguna vez el estudiante al sistema del condado de DeKalb? Sí No

En caso afirmativo, cuándo: _____

¿Está el estudiante actualmente bajo expulsión? Sí No

¿Se retiró el estudiante de la escuela anterior debido a una posible expulsión? Sí No

¿Tiene el alumno alguna necesidad especial de aprendizaje? Sí No

¿Tiene el estudiante un Plan de Educación Individualizado IEP? Sí No

¿Ha sido inscrito alguna vez en un programa de necesidades especiales? Sí No

¿Se ha matriculado alguna vez el estudiante en un programa 504? Sí No

Condado de DeKalb

Cuestionario de residencia estudiantil / familiar

Su hijo puede ser elegible para servicios educativos adicionales a través del Título I Parte A, o la Asistencia Federal McKinney-Vento.

La elegibilidad se puede determinar completando este cuestionario.

Nombre del estudiante

Primer Nombre _____ Segundo Nombre _____ Apellido _____

Género: Niño Niña

Fecha de nacimiento _____ Grado _____ Escuela _____

1. Por favor indique la residencia nocturna del estudiante. (Marque una casilla)

- a. Se queda en un refugio o en un remolque de FEMA.
- b. Compartido. Comparte la vivienda de otros debido a la pérdida de su vivienda, por dificultades económicas o una razón similar.
 - i. Si es compartida: Nombre de la persona con la que reside: _____
 - ii. Relación con esa persona: _____
- c. Vive en un automóvil, parque, campamento, espacio público, edificio abandonado, vivienda deficiente o similar.
- d. Vive temporalmente en un motel u hotel debido a la pérdida de la vivienda, dificultades económicas o una razón similar.
- e. Residencia nocturna desconocida
- f. Vive en una vivienda permanente (ya sea alquilada o de su propiedad) con un padre / tutor.

2. Jóvenes no acompañados: no bajo la custodia física de un padre o tutor. (Marque uno)

Está el estudiante(s) con un adulto que no es un padre o tutor legal, o solo sin un adulto.

- 1. SÍ (si respondió sí: indique la persona con la que reside el estudiante o si el estudiante está solo:
- 2. NO

Nombre del padre / tutor: _____

Firma del padre / tutor _____ Fecha: _____

Número de teléfono: _____

Dirección: _____

Calle

Ciudad

Estado

Código postal

Uso escolar solamente

Defensor o administrador escolar: Basado en la información anterior y una breve entrevista con la familia, doy fe que conozco y entiendo que esta información es para los beneficios de la Ley McKinney-Vento.

Nombre del Director: _____ Título _____ Firma _____ Fecha _____

ALABAMA Departamento de estado de educación
ENCUESTA DE EMPLEO

Sistema escolar: DeKalb County

Año escolar: 2019-2020

Escuela: _____

Grado: _____

Estimados padres de familia o tutores:

Por favor, complete la siguiente encuesta. Los resultados de esta encuesta se utilizará para determinar si usted es posiblemente elegible para el programa de Educación Migrante.

Nombre del estudiante: _____

Nombre del padre o tutor: _____

Dirección: _____

No. teléfono casa: _____ No. teléfono celular: _____

¿1. has **movido** durante los últimos 3 años **para trabajar o buscar trabajo** aunque fuera por un período corto de tiempo? Sí No

En caso afirmativo, qué tipo de trabajo es usted o su cónyuge haciendo ahora:

2. si marcó "sí" en la pregunta 1, ¿qué ciudad, estado o país mueve de?

3. ¿usted o su cónyuge ha trabajado en una actividad relacionada con cualquiera de los siguientes? Por favor, marque todas las que aplican.

- La producción o el proceso de cosechas, productos lácteos, avícola, plantas de aves de corral, ganadería
- Granjas de la fruta
- El cultivo o la tala de árboles
- Trabajar en guarderías o granjas de cloruro de sodio
- Granjas de peces o camarones
- Granjas gusano
- Captura o procesamiento de pescados y mariscos (camarón, ostras, cangrejos)



DEPARTAMENTO DE EDUCACION DEL ESTADO DE ALABAMA



REGISTRO DE EVALUACION DE SALUD

Año Escolar: 2019 - 2020

Para el Padre o Tutor:

El propósito de este formulario es para proporcionar a la enfermera de la escuela información adicional acerca de las necesidades de salud de su hijo(a). Es posible que la enfermera lo contacte para obtener más información. La información solicitada es esencial para que la enfermera de la escuela pueda satisfacer las necesidades de salud de su hijo(a).

Esta información se mantendrá estrictamente confidencial.

Por favor complete ambos lados de este formulario (Entregue a la Enfermera de la Escuela)

Form fields: Nombre del Estudiante (Apellido, Primer Nombre, Segundo Nombre), Fecha de Nacimiento, Sexo, Escuela

Dirección (Calle)

Form fields: Número de Teléfono de la Casa, Numero del Celular, Número de Teléfono Adicional, Grado, Maestro(a)/Salón de Clase

Form fields: Nombre del Padre/Tutor (Apellido, Primer Nombre, Segundo Nombre), Número de Teléfono del Trabajo

Transportación

Transportation options: Pasajero de Autobús, Pasajero de Carro, Autobús de Necesidades Especiales, Programa después de Clases

Parte I – Información de Salud

Medical information section with three columns: Lugar donde su hijo(a) recibe atención médica, Información del Seguro Médico de su hijo(a), Lugar donde su hijo(a) recibe cuidado dental.

Hospital Preferido:

Parte II – Historial Médico/Equipo Médico /Procedimientos Requeridos en la Escuela

Form fields for medical history: Catéter, Tubo Gástrico, Tratamiento de Nebulizador, Suplemento de Oxígeno, Traqueotomía, Estimulador del Nervio Vago (VNS), Ventilador, Silla de Ruedas, Andador, Otro

Medicamentos y Procedimientos en la Escuela requieren de una Receta/Formulario de Autorización de Padres (uno por cada medicamento o procedimiento) por favor vea a la enfermera de la escuela.

Por favor complete la parte de atrás (Firma Requerida)





DEPARTAMENTO DE EDUCACION DEL ESTADO DE ALABAMA



REGISTRO DE EVALUACION DE SALUD

Año Escolar: 2019 - 2020

Part III – Historial Medico

Form with multiple rows for medical history, including sections for known health problems, ADD/ADHD, allergies, asthma, blood disorders, diabetes, emotional/psychological, gastrointestinal, genetic, headaches, hearing, heart conditions, hypertension, arthritis, urinary, scoliosis, seizures, anemia, shunt, spina bifida, special diet, vision, and other medical conditions.

Firmas Requeridas

Firma del Padre(s)/Tutor: _____ Fecha: _____
Firma de la Enfermera de la Escuela: _____ Fecha: _____