

Padres, Su Hijo/a No Estará Oficialmente Admitido En La Escuela Hasta Que La Directora/Secretaria De La Escuela Reciba Este Paquete.

Oficina Central de Servicios al Estudiante

Forma para ser entregada por los padres a los edificios escolares

El paquete de inscripción que usted lleva contiene: (Por favor cheque todo lo que ha sido enviado con los padres)

- Certificado de Nacimiento
- Prueba de Residencia
- Cartilla de Vacunación
- Examen de la vista (Kindergarten)
- Transcritos/Calificaciones
- IEP o Colocación temporal (Educación Especial)
- Cuestionario de salud
- Solicitud de informes estudiantiles (firmado por los padres)
- Aplicación de Almuerzo (Debe ser enviada a Servicios de Alimentos)
- Extensión de 30 días para inscripción (Si todo lo anterior requerido no ha sido marcado, por favor marque esta línea y firme la forma)

Entiendo que debo de entregar este paquete al edificio correspondiente. Si alguna información no está completa, la debo de entregar en los próximos 30 días. Si el edificio no recibe la información en ese tiempo, mi hijo/a no podrá asistir a la escuela hasta que se entregue dicha información.

Nombre del Estudiante _____

Escuela _____

Firma del Padre/Guardián Legal _____

Teléfono del Padre/Guardián Legal _____ Fecha _____



School District of the City of Pontiac

60 Parkhurst St • Pontiac, MI 48342
Phone: (248) 451-6800 • Fax: 248-451-6890
Kelley Williams, Superintendent
"Remembering Your Purpose"

"A World Class School District – We Put Students First"

DISTRITO ESCOLAR DE LA CIUDAD DE PONTIAC

FORMA PARA PODER DAR INFORMACION A LOS MEDIOS DE COMUNICACION

Escuela : _____

Año escolar: _____

Nombre del Estudiante: _____

Grado: _____

ID del estudiante: _____

Ocasionalmente, los medios comerciales u otras compañías de videos o fotografía o miembros de producciones aprobadas, pueden estar presente en algunas de las actividades sancionadas del Distrito Escolar de la Ciudad de Pontiac. Sí usted aprueba que su hijo sea fotografiado o sea parte del video de alguna producción, o pueda ser entrevistado durante cualquier actividad que se lleve a cabo, por favor imprima su nombre y firme en la parte de abajo después de leer lo siguiente.

Yo, _____, soy el padre/guardián legal
(Nombre del padre/guardián legal)

del estudiante mencionado arriba. Por el interés de la educación pública, doy autorización al Distrito Escolar de Pontiac, los miembros de la Mesa Directiva, las producciones de medios comerciales y no comerciales, actuando a través de los empleados autorizados o sus agentes y a su discreción del uso, re-uso, publicar, re-publicar, poner en el internet, y audios con derechos reservados o con reproducciones visuales de la voz y la imagen de sus trabajos (arte o materiales escritos) con el nombre del estudiante o sin el nombre del estudiante del estudiantes mencionado arriba. También permito que mi estudiante mencionado arriba participe con supervisión de todas las actividades estructuradas para promover o entrenar a los estudiantes del Distrito Escolar de Pontiac.

También libero al distrito escolar, a sus agentes y empleados de cual quejas, demandas y cualquier responsabilidad en conexión con lo anterior y retiro cualquier requerimiento de remuneración.

Firma del padre/guardián: _____

Fecha: _____





School District of the City of Pontiac

Cuestionario para registro

Fecha de registro: _____ Nombre de la escuela anterior: _____

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____ Grado escolar _____
Nombre y apellido

Nombre de los padres/guardianes legales: _____

Nombre M.I. Apellido

Dirección: _____

Ciudad Estado Código

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Firma del padre/guardián legal: _____

¿Su dirección es temporal? Si _____ No _____

Si contesto sí, ¿perdió usted su casa por no tener dinero para renta? Si _____ No _____

Escoja las mejores opciones:

Con quien radica el estudiante:	Situación de vivienda:
<input type="checkbox"/> padres/guardianes legales	<input type="checkbox"/> refugio o con otras familias
<input type="checkbox"/> con un adulto que NO es padre/guardián legal	<input type="checkbox"/> pariente por perdida del hogar o cuestiones financieras
<input type="checkbox"/> sin adulto; soy estudiante sin acompañamiento de adulto	<input type="checkbox"/> motel, auto o campamento
<input type="checkbox"/> otro – por favor especifique (en la parte de abajo):	<input type="checkbox"/> Pariente o amigo que no se guardián legal

Office Use Only:

<input type="checkbox"/> Student eligible under McKinney Vento Act	Additional Notes:
<input type="checkbox"/> Student not eligible under McKinney Vento Act	
<input type="checkbox"/> Follow Up Required	

Distrito Escolar de la Ciudad de Pontiac

Doy consentimiento de dar información personal y de vacunas pertinentes a los Departamentos de Salud locales y Estales.

Las vacunas son parte importante para mantener la salud de los niños. Las escuelas y los departamentos de salud deben monitorear las vacunas para asegurar que todas las comunidades estén protegidas de enfermedades que puedan causar la muerte, y si fuese necesario responder prontamente a cualquier amenaza de salud pública que pudiera surgir. Es importante que las amenazas de enfermedades sean mínimas a través del monitoreo de estudiantes que están siendo inmunizados por las vacunas.

Compartir información personal y de vacunación con los departamentos de salud locales y estatales podrá incluir el nombre del estudiante, la fecha de nacimiento, el género, y su dirección lo que ayudará a mantener a su hijo seguro al evitar enfermedades prevenibles. El acta de los Derechos de la familia a recibir una educación, y el acta de privacidad (FERPA) No., 20 U.S.C. & 1232gm, requiere el consentimiento por escrito de los padres antes de poder proveer la información personal y de vacunas de sus hijos a cualquier departamento de salud. En caso de que su hijo tenga 18 años o más, también será un "estudiante elegible" y deberá dar consentimiento para poder divulgar la información de sus records académicos.

Se puede revocar el consentimiento por escrito en cualquier momento.

Doy autorización al Distrito Escolar de la Ciudad de Pontiac para compartir la información personal junto con el record de vacunas al departamento de salud y servicios humanitarios del Estado de Michigan, y al departamento de salud local. Entiendo que esta información será utilizada para mejorar la calidad y los horarios de servicios de vacunas y ayudar a las escuelas de Michigan a cumplir la Ley. Esto incluye cualquier información personal limitada y de vacunas que tienen las escuelas.

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Firma del padre o

Del estudiante elegible: _____ Fecha: ____/____/____

Nombre del padre/guardián legal: _____

Nombre del distrito escolar: Pontiac School District
 Dirección 1: Oficina Binnacle
 Dirección 2: WHRC, 6D Parkhurst
 Ciudad, Estado, Código Postal: Pontiac, MI 48342
 Teléfono: 248-451-7525
 Dirección de correo electrónico: 248-451-6975

Encuesta Familiar

Sólo para uso de la escuela
 Aprobado por:
 1 2

The Pontiac School District participa de la Opción de Elegibilidad para la Comunidad (OEC), disposición que se encuentra regulada en el programa nacional de almuerzos escolares. En virtud de esta disposición, todos los niños que asistan a la escuela, recibirán el desayuno/almuerzo en forma gratuita, aún cuando esta forma no fuera completada. Sin embargo, a fin de determinar si sus hijos califican o no para recibir beneficios federales o estatales adicionales, por favor complete, firme y regrese esta aplicación a Oficina Binnacle, escuela o a la oficina de servicios de alimentación.

Si algún miembro de su casa recibe ayuda del Programa de Asistencia de Comida (FAP), Programa de Independencia Familiar (FIP) o FOPIR, por favor coloque el nombre y el número de caso de la persona que recibe los beneficios. El número de la tarjeta de Medicaid o de Bridge no será aceptado como número de caso.

Nombre: _____ Número de caso: _____

INSTRUCCIONES: Complete la encuesta y regrésela a la escuela de su hijo o por correo a la dirección que aparece arriba.

Esta sección debe ser completada por la cabeza de familia o asignado.

1. TAMAÑO DE LA FAMILIA - Indique el número total de personas que viven en la casa, incluyendo todos los adultos y los niños..

2. INFORMACION ACERCA DE LOS ESTUDIANTES – Anote el nombre de los estudiantes desde Pre-Kinder hasta 12 grado

Apellido	Primer nombre	Fecha de nacimiento Mes-día-año	Escuela	Identificación H si no tiene hogar M si es inmigrante R si es fugitivo F temporal
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				

Si necesita espacio adicional, agregue una segunda hoja marcando claramente que es la hoja número 2.

3. Total de ingresos mensuales del hogar – Informe los ingresos de todos los miembros de la familia excluyendo los niños que viven temporalmente con Ud. Si Ud. ha reportado un número de caso en la parte de arriba, no necesita completar esta sección. Simplemente firme y coloque la fecha en la forma.

Tipo de ingreso	Ingreso	Circule si no hay ingresos
1. Ingresos brutos mensuales: Salarios, Sueldos, Comisiones	\$	<input type="checkbox"/>
2. Pagos de asistencia mensuales, sustento de menores, pensión alimenticia	\$	<input type="checkbox"/>
3. Pagos mensuales por pensión, jubilación, seguro social	\$	<input type="checkbox"/>
4. Dividendos mensuales o pago de intereses en los ahorros	\$	<input type="checkbox"/>
5. Compensación mensual del trabajador, desempleo, beneficios por huelga	\$	<input type="checkbox"/>
6. Otros ingresos mensuales (SSI, VA, discapacidad, granjas, otros)	\$	<input type="checkbox"/>
Total de ingresos mensuales del hogar (Sume las líneas 1-6)	\$	

4. FIRMA - Si la sección de ingresos fue completada, el adulto que firme la hoja deberá incluir los cuatro (4) últimos dígitos de su seguro social o marcar donde dice "No tengo número de seguro social".

Prometo que toda la información provista en esta aplicación es cierta y que todos los ingresos han sido declarados. Entiendo que el estudiante será elegible para ciertos fondos federales y/o estatales de acuerdo a la información que yo provea. Entiendo que los oficiales patrocinadores pueden verificar (revisar) la información. Asimismo entiendo que si deliberadamente doy información falsa, mi hijo podrá perder los beneficios y yo podría ser legalmente procesado.

Firme aquí: X _____ Nombre impreso: _____ Fecha: _____

Ultimos cuatro (4) dígitos del seguro social r: XXX-XX- _____ No tengo seguro social

Dirección _____ Ciudad _____ Código postal _____

Teléfono de la casa _____ Teléfono del trabajo _____ Dirección de correo electrónico _____

Al proveer su dirección de correo electrónico, Ud. podrá ser contactado por el distrito vía e-mail



Spanish
Acceptance/Waiver/Refusal of ESL/Bilingual Program

School District of the City of Pontiac
Acceptance or Waiver/Refusal of
English as a Second Language/Bilingual Program

Aceptación o Renuncia/Rechazo del programa bilingüe/
Ingles como Segundo idioma

Fecha: _____

Estimado padre/madre de familia o apoderado:

Su hijo(a), _____, ha sido identificado como elegible para un programa bilingüe / "Ingles como segundo idioma". Esta determinación se basa en una evaluación acerca de la capacidad de su hijo(a) para comprender, hablar, leer y escribir en el idioma Ingles.

Por favor firme la nota de Aceptación o Renuncia/Rechazo del programa y regrésela a la escuela. Si tiene alguna pregunta, por favor llámeme al: _____.

Atentamente,

Director o encargado del programa

School District of the City of Pontiac

Aceptación o Renuncia/Rechazo del programa bilingüe/
Ingles como Segundo idioma

Estimado director o encargado del programa:

- Quiero que mi hijo(a), _____, participe en este programa.
- No quiero que mi hijo(a), _____, participe en este programa.

Nombre del padre / madre de familia / apoderado:

Fecha: _____

Firma: _____

Teléfono: _____

SCHOOLS MUST COMPLETE THIS SECTION

School District of the City of Pontiac
Office of Bilingual and ESL Education

STATE BOARD OF EDUCATION APPROVED
HOME LANGUAGE SURVEY

<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
SCHOOL CODE	LAST NAME, FIRST NAME	ID# IF NO ID# IS AVAILABLE GIVE BIRTH DATE

El Distrito Escolar de la ciudad de Pontiac necesita información acerca de los idiomas que sus estudiantes hablan o entienden; y del lenguaje que aprendieron al nacer, aunque no lo hablen o entiendan. Esta información será usada por el distrito escolar para determinar el número de estudiantes que pueden calificar para recibir educación bilingüe de acuerdo a las Secciones 380.1151-380.1158 del Código Escolar de 1995, Ley sobre Educación Bilingüe de Michigan. Por favor responda a las preguntas que se hacen abajo.

Muchas gracias por su colaboración.

Nombre del Estudiante _____ Grado _____ Edad _____ Escuela _____

1. ¿El primer idioma de su hijo/hija es otro que no sea el inglés?

Sí No Si la respuesta es Sí. ¿Cual es el? _____

2. ¿En su hogar se habla otro idioma que no sea el inglés?

Sí No Si la respuesta es Sí ¿Que otro idioma se habla? _____

Firma del Padre/Madre o Apoderado

Domicilio

Fecha

POR FAVOR REGRESE ESTA FORMA A LA ESCUELA DE SU HIJO(A) LO MAS PRONTO POSIBLE.



Centro de salud escolar de Honor Community Health
Formulario de consentimiento para recibir servicios médicos y dentales

Información del estudiante

Apellido		Nombre		Inicial del segundo nombre	
Fecha de nac.		Número del Seguro Social			
Edad		N.º de teléfono celular del estudiante:			
Grado		Escuela			
Dirección		Ciudad		Estado:	
				Código postal	

Información sobre el padre/la madre/el tutor legal

Apellido		Nombre			
Fecha de nac.		Número del Seguro Social			
N.º de teléfono		Idioma preferido			

Información de contacto para casos de emergencia (completar solo si el contacto no es el padre/la madre/el tutor legal)

Apellido		Nombre			
N.º de teléfono		Relación con el estudiante			

Servicios que se proporcionan en el Centro de salud escolar

Se requiere el consentimiento de los padres para proporcionar los siguientes servicios a pacientes menores de 18 años:

- Exámenes de mantenimiento de la salud
- Tratamiento de enfermedades y lesiones agudas y crónicas
- Evaluaciones bucales/dentales y seguimiento
- Pruebas y servicios de laboratorio básicos
- Educación individual, grupal, familiar y comunitaria
- Exámenes físicos para la escuela, deportes, campamentos y trabajo
- Evaluaciones de la vista/de la audición y seguimiento
- Vacunas
- Administración de medicamentos
- Derivaciones para servicios de especialidad

La ley vigente de Michigan permite brindar servicios confidenciales a menores de edad que sean mayores de 12 años. No se requiere el consentimiento de los padres para lo siguiente:

- Pruebas de embarazo
- Asesoramiento sobre VIH, análisis y derivaciones
- Educación sobre abuso de sustancias, asesoramiento y derivaciones
- Evaluación, asesoramiento y derivación de salud mental y psicosocial (el niño debe ser mayor de 14 años para dar su consentimiento)
- Exámenes de detección de infecciones de transmisión sexual, y tratamiento/asesoramiento
- Asesoramiento y derivaciones relacionados con abuso físico/sexual
- Intervención y atención de emergencia en casos de crisis

Servicios que no se proporcionan en el Centro de salud escolar

De conformidad con la ley de Michigan:

- No se entregan ni recetan píldoras ni dispositivos anticonceptivos en las instalaciones de la escuela
- No se proporcionan asesoramiento, derivaciones ni servicios relacionados con el aborto

Consentimiento del padre/de la madre/del tutor legal

Doy mi consentimiento para lo siguiente:

- El estudiante que se menciona arriba puede recibir todos los servicios que se indican arriba en el Centro de salud escolar
- El intercambio de información sobre atención médica entre el Centro de salud escolar y el médico de atención primaria del estudiante y otros proveedores de atención médica establecidos, para la continuidad y la coordinación de la atención de conformidad con las leyes estatales y federales
- La entrega de información sobre tratamiento a terceros pagadores u otras personas, a los efectos de recibir el pago por los servicios
- En determinadas situaciones, la provisión de atención podría incluir telemedicina:
 - Mi proveedor de atención médica me ha explicado cómo se usará la tecnología de videoconferencias para realizar una consulta. Comprendo que esta consulta no será igual que una visita directa entre el paciente y el proveedor de atención médica por el hecho de que no estaré en la misma sala que mi proveedor de atención médica.
 - Comprendo que esta tecnología conlleva posibles riesgos, que incluyen interrupciones, acceso no autorizado y dificultades técnicas. Comprendo que mi proveedor de atención médica o yo podemos interrumpir la consulta/visita de telemedicina si consideramos que las conexiones de videoconferencia no son adecuadas para la situación.
 - Comprendo que durante la consulta también podrían estar presentes otras personas que no sean mi proveedor de atención médica y el proveedor de atención médica a cargo de la consulta, con el fin de operar el equipo de video. También comprendo que se me informará sobre su presencia en la consulta y, en consecuencia, tendré derecho a solicitar lo siguiente: (1) omitir detalles específicos de mis antecedentes médicos/examen físico que sean delicados para mí en lo personal; (2) pedir que el personal no médico se retire de la sala de exámenes de telemedicina; o (3) finalizar la consulta en cualquier momento

Al firmar este formulario de consentimiento, confirmo que soy el padre, la madre o el tutor legal que tiene la tutela del estudiante que se menciona arriba, y que la información del seguro está actualizada y es correcta. Comprendo que puedo retirar mi consentimiento o negarme a recibir servicios proporcionando un aviso por escrito al centro de salud en cualquier momento.

Firma del padre/de la madre/del tutor legal		Fecha:	
---------------------------------------------	--	--------	--

Además, al marcar cada casillero a continuación, doy mi consentimiento para lo siguiente:

El estudiante que se menciona arriba puede recibir evaluación, pruebas y tratamiento de COVID-19 en el Centro de salud escolar. Los resultados de las pruebas de COVID-19 que se hayan realizado todos los estudiantes en el Centro de salud escolar se comunicarán al padre/a la madre/al tutor legal y a la administración de la escuela antes del regreso a escuela. Comprendo que los resultados positivos de estas pruebas se deben informar al Departamento de Salud del Condado de Oakland.

Vacunas: Comprendo que se revisarán los registros de vacunas de mi hijo del Registro de Vacunas Infantiles de Michigan (MCIR, por sus siglas en inglés). Si se determina que mi hijo debe recibir una vacuna, doy mi permiso para que se le dé dicha vacuna en el Centro de salud escolar y doy mi permiso para que la administración de la vacuna se registre en el MCIR. Comprendo que podré revisar una descripción de la vacuna por escrito o hablar con un administrador de vacunas antes de que se le dé la vacuna.

Información sobre el seguro principal

Compañía de seguros	Id. de la póliza	N.º de grupo/plan
Nombre del titular de la póliza	Relación con el estudiante	

Información sobre el seguro secundario

Compañía de seguros	Id. de la póliza	N.º de grupo/plan
Nombre del titular de la póliza	Relación con el estudiante	

Antecedentes de salud del paciente

Sexo de nacimiento	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	Sexo actual	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Transgénero masculino (femenino a masculino) <input type="checkbox"/> Transgénero femenino (femenino a masculino)	<input type="checkbox"/> Opta por no divulgarlo <input type="checkbox"/> Otro: _____
Orientación sexual	<input type="checkbox"/> Heterosexual	<input type="checkbox"/> Lesbiana u homosexual	<input type="checkbox"/> Bisexual	<input type="checkbox"/> Otra cosa	<input type="checkbox"/> No lo sé <input type="checkbox"/> Opta por no divulgarla
Raza	<input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Blanco o caucásico	<input type="checkbox"/> Asiático o isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Más de una raza	<input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Otra: _____		
Origen étnico	<input type="checkbox"/> Hispano/latino <input type="checkbox"/> No hispano/latino	<input type="checkbox"/> Árabe <input type="checkbox"/> Más de un origen étnico	Idioma preferido	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español	<input type="checkbox"/> Árabe <input type="checkbox"/> Otro: _____
Situación de vivienda	<input type="checkbox"/> No es indigente (la familia tiene o alquila una casa/un apartamento)	<input type="checkbox"/> Indigente	¿Le preocupa perder su vivienda?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Médico de atención primaria del estudiante		N.º de teléfono:			
Dentista del estudiante		N.º de teléfono:			
Fecha del último examen físico	____/____/____	<input type="checkbox"/> No me acuerdo			

Medicamentos que toma actualmente: (incluya la dosis y el motivo por el que los toma)

Nombre del medicamento: _____ Dosis: _____ Motivo: _____

Nombre del medicamento: _____ Dosis: _____ Motivo: _____

Alergias Medicamentos (enumere): _____ Alimentos (enumere): _____
 Estacionales (rinitis alérgica primaveral, polvo, polen) Picaduras de abeja Otra: _____

Indique con una marca si su hijo tiene alguna de las siguientes afecciones:

- | | | | |
|-----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Trastorno por déficit de atención (ADD, por sus siglas en inglés) | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la sangre |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Problemas dentales: _____ | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Limitación emocional o enfermedad mental |
| <input type="checkbox"/> Desmayos | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza/migrañas | <input type="checkbox"/> Lesión en la cabeza | <input type="checkbox"/> Soplo cardíaco |
| <input type="checkbox"/> Problemas cardíacos: _____ | <input type="checkbox"/> VIH/sida | <input type="checkbox"/> Hipertensión (presión arterial alta) | <input type="checkbox"/> Ictericia |
| <input type="checkbox"/> Problema renal o de vejiga/orina | <input type="checkbox"/> Enfermedad hepática | <input type="checkbox"/> Problemas menstruales: | <input type="checkbox"/> Embarazo: Fecha probable de parto: _____ |
| <input type="checkbox"/> Fiebre reumática | <input type="checkbox"/> Convulsiones (con o sin epilepsia) | <input type="checkbox"/> Rasgo de células falciformes | <input type="checkbox"/> Enfermedad de células falciformes |
| <input type="checkbox"/> Problemas sinusales | <input type="checkbox"/> Problemas cutáneos | <input type="checkbox"/> Problemas estomacales | <input type="checkbox"/> Enfermedad venérea |
| <input type="checkbox"/> Otros problemas de salud: _____ | | | |

Antecedentes médicos familiares: Indique con una marca si alguno de los familiares de su hijo tuvo alguna de las siguientes enfermedades y anote qué familiar las tuvo

- | | | | |
|-----------------------------------------------------------------------|--------------|--------------------------------------------------------|--------------|
| <input type="checkbox"/> Asma | Quién: _____ | <input type="checkbox"/> Hipertensión | Quién: _____ |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad, depresión u otra enfermedad mental | Quién: _____ | <input type="checkbox"/> Nivel alto de colesterol | Quién: _____ |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | Quién: _____ | <input type="checkbox"/> Problemas renales | Quién: _____ |
| <input type="checkbox"/> Muerte antes de los 50 años | Quién: _____ | <input type="checkbox"/> Convulsiones | Quién: _____ |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | Quién: _____ | <input type="checkbox"/> Anemia de células falciformes | Quién: _____ |
| <input type="checkbox"/> Problemas cardíacos | Quién: _____ | <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular | Quién: _____ |

NORMAS DE UNIFORME Y APARIENCIA

(Todas las Escuelas: Pre-Escolar – 12)

PERMITIDO

Pantalones de Vestir, Pantalones, Vestidos, Jumpers, Trajes y Faldas

- **COLORES: NEGRO SOLIDO, CAQUI o AZUL MARINO**
- Los cinturones deben ser usados con pantalones de vestir.
- Vestidos, las faldas y los jumpers deben ser no más de dos (2) pulgadas encima de la rodilla.

Camisas y Blusas con Cuello, Cuello Alto, Suéteres y Chalecos

- **COLORES: BLANCO SOLIDO, AZUL MARINO o AZUL CLARO**
- Camisas y blusas deben ser usadas con mangas largas o cortas.
- Camisas y blusas deben ser metidos dentro del pantalón/falda en todo momento.
- Camisas de cuello alto se puede usar en los mismos colores de las camisas y blusas.
- Suéteres y chalecos con los colores mencionados deben ser usados con una camisa de cuello por debajo.

Accesorios

- Los zapatos, botas, o zapatos tenis deben ser usados en todo momento. Los zapatos deben tener un respaldo o una correa alrededor del talón.
- Joyas están permitidas siempre que no sean excesivas, grandes, voluminosas o llamativas.

Otros

- A partir del segundo semestre del año escolar, las chaquetas (blazers) pueden ser necesarias para los estudiantes en los grados 7-12.

NO PERMITIDO

- Jeans o tejidos de mezclilla o de cualquier tipo o estilo (solamente que sea permitido por un día de eventos escolares/vestimenta informal).
- Ropa de tamaño inadecuado que quede apretada o demasiado grande.
- Jerseys del equipo (puede ser usado sólo cuando esté permitido), camisetas, sudaderas, camisetas de tirantes/tirantes finos, sin tirantes o blusas transparentes.
- Camisas y blusas que exponen el estómago.
- Sudaderas, ropa de jogging, pantalones cortos deportivos, de lana, batas o ropa de dormir.
- Las sudaderas con gorros de cualquier tipo.
- Artículos de sombrerería de cualquier tipo, incluyendo sombreros, gorros, diademas, bufandas, gorras, sombreros pañuelo y gorras de béisbol.
- Cualquier ropa, joyas, símbolo o cualquier otro objeto que pueden ser percibidos razonablemente por un empleado como evidencia de asociación en o en la afiliación con una pandilla.
- Las gafas de sol de marca de diseñador o lentes oscuros (la documentación médica debe ser presentada si fueran prescriptas).
- Chaquetas de marca de diseñadores de cuero cosido al exterior.
- Ropa de frío, guantes, chaquetas y abrigos no pueden ser usados en la escuela.
- Zapatos de casa, pantuflas, zapatillas, sandalias o zapatos de baño.
- Cualquier artículo de ropa que la administración crea inadecuado para un ambiente del aprendizaje

Los uniformes se pueden comprar en las siguientes tiendas (la información se proporcionó a las tiendas más cercanas):

Amazon

(via website only)
www.amazon.com

JC Penney

www.jcpenney.com
Waterford: 248.682.2270

Kmart

www.kmart.com
Bloomfield Hills:
248.335.7844
Waterford: 248.682.7244

Mr. Alan's Shoes

www.mralans.com
Pontiac: 248.334.3917

Sears

www.sears.com
Waterford: 248.683.3600

Target

www.target.com
Bloomfield Hills:
248.409.1951
Waterford: 248.681.1818
Auburn Hills: 248.393.8106

Tri County Sports

www.tricountysportsus.com
Pontiac: 248.335.6600

Walmart

www.walmart.com
Rochester Hills:
248.853.0433

Formulario de Inscripción Oficial de las escuelas de Pontiac



Escuela y año

Grado/ año de graduación:

PADRE

Número de identificación del estudiante (ID):

Fecha de matrícula:

OFICINA

Use letra de molde. Escriba el nombre completo del estudiante *exactamente* como aparece en el certificado de nacimiento

apellido

primer nombre

segundo nombre

sufijo

fecha de nacimiento (mes/día/año)

sexo (F / M)
(femenino / masculino)

Grupo étnico: ¿Es el estudiante hispano/ latino? (elija sólo una opción)

- No, no es hispano/latino
- Sí, hispano/latino (cubano, mexicano, puertorriqueño, de América central o del sur, u otra cultura u origen sin importar su raza)

RAZA: la pregunta anterior fue con respecto al grupo étnico, no la raza. Por favor marque una o más de las opciones listadas debajo para indicar la raza del estudiante (o suya):

- indio americano asiático afro americano
- nativo de Hawái/ otra isla del pacífico blanco

IDIOMA QUE SE HABLA EN LA CASA

En su casa, ¿Hablan un idioma diferente del Inglés?

Sí No

Si su respuesta es sí, por favor escriba el idioma:

IDIOMA PRINCIPAL DEL ESTUDIANTE

El estudiante en su casa, ¿Habla un idioma diferente del Inglés?

Sí No

Si su respuesta es sí, por favor escriba el idioma:

ENLACES LEGALES: Por favor indique si tiene alguna circunstancia especial con respecto a su hijo/a (como por ejemplo de la custodia).

teléfono de la casa con código de área

hogar/celular/trabajo, etc.

no listado solamente mensaje

Comentario de entrada:

Indique el nombre del distrito, el nombre de la escuela y el estado en dónde estaba ubicada la última escuela a la que el estudiante asistió y si el estudiante tiene un IEP activo.

¿Tiene usted otros hijos/as matriculados en las escuelas de Pontiac? Si su respuesta es sí, por favor liste sus nombres debajo:

¿Ha asistido su hijo las escuelas de Pontiac? __ Sí

¿Su hijo tiene un IEP activo? __ Sí __ No

Como padre/tutor, mi firma, asegura que toda la información en este formulario es verdadera y exacta y que mi hijo/a y yo vivimos en la dirección mencionada. Entiendo que si doy información falsa estoy sujeto/a sanción legal por perjurio.

Firma del padre/madre

Fecha

LISTA DE VERIFICACION – SOLO PARA EL USO DE LA OFICINA

certificado de nacimiento _____
- otra prueba y
declaración jurada: _____

verificación de la custodia : _____
(si procede)

verificación de residencia _____
(determinante / corroborativos tipo)

número de la clase/maestra
o consejero (asesor) : _____

- declaración jurada de que el estudiante vive con un familiar: _____

- declaración jurada de que la familia vive con un amigo o familiar: _____

verificado / matriculado por: _____

registro de vacunas: _____

título del verificador: _____

sin casa: _____

Formulario de inscripción oficial de las escuelas de Pontiac

Información sobre el hogar actual/residencia de estudiantes

OFICINA **PADRE**

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
número de la casa	nombre de la calle	indique el número, suite, parcela, PO Box, o apartamento	código postal	código GEO

<input type="text"/>	<input type="text"/>
ciudad	Correo de preferencia: Si quiere que el correo le llegue a una dirección diferente a la suya, provea la dirección deseada

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
afiliación	distrito de residencia (no=63030) y código de residencia	Nacimiento como aparece en el certificado de nacimiento: Escriba la ciudad de nacimiento. **Si no conoce la ciudad – escriba el estado. **Si no conoce el estado – entre el país

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ciudadanía	año	estado (A/F/M/P)	fecha de entrada	introduce el código	grado	fecha de registraci3n (misc. tab)	FTE if < 1

Restricciones / Publicaci3n: ¿Qué datos pueden ser compartidos / usados por el Distrito?

todos los datos y fotos
 todos los datos/ no fotos
 no datos / todas las imágenes de datos
 no datos/ no fotos

¿Con quién vive el estudiante?

los dos padres
 sólo la madre
 sólo el padre
 madre/padrastro
 tutor
 padre/s de crianza
 padre/madrastra
 otros: _____

Dirección del Correo Electrónico del Estudiante

Contactos – Padre/Tutor del estudiante (sólo si vive en la misma casa)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
apellido	primer nombre	nombre del medio y sufijo (jr.sr. III, etc.)

¿Vive con el estudiante? Si mi direcci3n es la misma que la de mi hijo/a. Si no es la misma escribir la direcci3n abajo.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
calle número y nombre	departamento – casilla – número de la parcela	ciudad, estado	código postal	

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
código de área	teléfono	código de área	celular	código de área	teléfono del trabajo

<input type="text"/>	<input type="text"/>
dirección de correo electrónico del padre/ tutor	relaci3n con el estudiante (padre, padrastro, etc.)

Contactos – Madre/Tutor del estudiante (sólo si vive en la misma casa)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
apellido	primer nombre	nombre del medio y sufijo (jr.sr. III, etc.)

¿Vive con el estudiante? Si mi direcci3n es la misma que la de mi hijo/a. Si no es la misma hay que escribir la direcci3n abajo.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
calle número y nombre	departamento – casilla – número de la parcela	ciudad, estado	código postal	

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
código de área	teléfono	código de área	celular	código de área	teléfono del trabajo

<input type="text"/>	<input type="text"/>
dirección de correo electrónico de la madre/tutora	relaci3n con el estudiante (madre, madrastra, etc.)

Formulario de inscripción oficial de las escuelas de Pontiac

Padre viviendo en otro lugar:

PADRE **OFICINA**

Complete esta secci3n si la residencia compartida del padre es un hogar que no sea lo misma del estudiante.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
apellido	primer nombre	nombre del medio y sufijo (jr.sr. III, etc.)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
calle número y nombre	departamento – casilla – número de la parcela	ciudad, estado	código postal

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
código de área	teléfono	código de área	celular	código de área	teléfono del trabajo

<input type="text"/>	<input type="text"/>
padre viviendo en otro lugar/dirección del correo electrónico	relaci3n con el estudiante (padre, madre, etc.)

Contactos de otros adultos

1

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
apellido	primer nombre	relaci3n con el estudiante (familiar, vecino, etc.)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
calle número y nombre	departamento – casilla – número de la parcela	ciudad, estado	código postal

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
código de área	teléfono	código de área	celular	código de área	teléfono del trabajo

2

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
apellido	primer nombre	relaci3n con el estudiante (familiar, vecino, etc.)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
calle número y nombre	departamento – casilla – número de la parcela	ciudad, estado	código postal

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
código de área	teléfono	código de área	celular	código de área	teléfono del trabajo

Informaci3n de emergencia:

la informaci3n sobre el médico/seguro médico es opcional y sólomente será usada en casos de emergencia.

Informaci3n sobre las alertas de salud (modulo de salud)

Lista de condiciones médicas (alergias, problemas de salud, etc.) u otra informaci3n que quiera que los maestros y el personal de la oficina sepan. Cuando esta informaci3n se ingrese estará disponible para los maestros en su computadora en una aplicaci3n segura.

Este es un punto muy importante

Escribiendo esta informaci3n, estoy de acuerdo en compartirla con el personal de la escuela; Iniciales del padre/tutor: _____

<input type="text"/>

primer nombre y apellido del médico (incluya el número de teléfono)

<input type="text"/>

hospital de preferencia (incluya la ciudad donde el hospital está localizado)

<input type="text"/>

seguro de la salud

<input type="text"/>

otro seguro