



# Distrito Escolar de Emmett - Formulario de Registración del Estudiante

Primer Día de Registración: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_  
 Nombre **LEGAL** del Estudiante: \_\_\_\_\_  
Nombre Segundo Nombre Apellido

También se conoce como: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Hombre  Mujer

Etnicidad (Opcional) Marque uno o más

- Indígena Americano/de Alaska
- Asiático
- Negro/Afro-Americano
- de Islas del Pacífico
- Blanco
- Hispano

Información de Custodia (si se aplica)

Custodia:  Madre  Padre  Ambos  
 Padre sin custodia:  Permiso para ver  Buscar  
 Copia de custodia en archivo  Sí  No

Última Escuela Atendida \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

¿El estudiante ha atendido a una escuela de Emmett antes?  Sí  No  
 Si "Sí", ¿qué Escuela, Grado, y Año?

¿Tuvo servicios especiales en la escuela anterior?  Sí  No

Programa: \_\_\_\_\_

Lenguaje en el hogar: \_\_\_\_\_

Información Médica:

Fecha del último refuerzo de vacuna: \_\_\_\_\_

Alergias: \_\_\_\_\_

Medicinas: \_\_\_\_\_

## Residencia Primaria

Teléfono (Hogar): \_\_\_\_\_  Privado Fecha: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  Privado

Número Calle Apart./Lote  
 \_\_\_\_\_  
Ciudad Estado Zip

Para Correo (Si es diferente): \_\_\_\_\_  Privado

Número Calle Apart./Lote  
 \_\_\_\_\_  
Ciudad Estado Zip

## Padre/Tutor/Encargado (Que vive en el hogar)

Nombre: \_\_\_\_\_  
Primer Nombre Inicial Apellido Relación con el estudiante

Lugar de empleo: \_\_\_\_\_ Teléfono (Trabajo): \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Teléfono (celular): \_\_\_\_\_

- Infinite Campus
- Parent Access
- Mailing

## Padre/Tutor/Encargado (Que vive en el hogar)

Nombre: \_\_\_\_\_  
Primer Nombre Inicial Apellido Relación con el estudiante

Lugar de empleo: \_\_\_\_\_ Teléfono (Trabajo): \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Teléfono (celular): \_\_\_\_\_

- Infinite Campus
- Parent Access
- Mailing

For Office Use Only

- Certified Birth Certificate
- Immunization Records
- Immunization Exempt Form
- Health History
- Proof of Residency
- Home Language Survey
- Check-out from previous school
- Physical Form

En general, un estudiante es candidato a recibir servicio de bus escolar si su residencia está a 1.5 millas o más de la escuela, o dentro del area de seguridad aprobada por el directorio. Si usted piensa que su estudiante puede ser candidato para usar el bus escolar, marque aquí para iniciar los trámites correspondientes por el transporte. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Firma del Padre/Tutor/Encargado

\_\_\_\_\_  
 Fecha



# Autorizaciones de padres/tutores del distrito escolar de Emmett

Marque todo lo que corresponda:

## Comunicado de prensa:

- Doy permiso para que mi hijo sea entrevistado/fotografiado/grabado en video por los medios de comunicación que puedan resultar en publicación.
- Doy permiso para que entrevisten, fotografien o graben en video a la escuela, lo que puede resultar en una publicación.
- Doy permiso para que la escuela o el distrito escolar presenten el trabajo de mi hijo .

## Uso aceptable de la red:

- Recibí una copia y leeré la aceptable Política de uso.
- Doy mi permiso para que mi hijo tenga acceso a todos los componentes de la red del distrito y libero al distrito de cualquier reclamo de daño que surja del uso de esta red.

## Manual del estudiante:

- Recibí una copia y leeré el Código de Conducta .

## Excursiones:

- Doy permiso para que mi hijo/ a asista a cualquier viaje o excursiones planificadas por la escuela. Los estudiantes viajarán en autobús del distrito escolar, una camioneta conducida por un conductor designado por el distrito chárter autobús con acompañantes del personal escolar. Escribiré una nota informando al personal si mi hijo no participará.

## Lesiones de los Estudiantes:

Incluso con las mayores precauciones y la supervisión más cercana, los accidentes pueden ocurrir y ocurren en la escuela. Son un hecho de la vida y una parte del proceso de crecimiento por el que pasan nuestros hijos.

Los padres deben ser conscientes de esto y estar preparados para los posibles gastos médicos puedan surgir si su hijo se lesiona en la escuela. El distrito escolar no proporciona seguro médico para los gastos médicos cuando los estudiantes se lesionan en la escuela. Esta es responsabilidad de los padres o tutores legales. El distrito tiene seguro de responsabilidad. El distrito tiene seguro médico a disposición de las familias para la compra. Los folletos que describen la cobertura y las primas se entregan al comienzo del año y están disponibles en la oficina de la escuela durante todo el año. Padres, por favor estén preparados para pagar gastos médicos.

**He leído y comprendo la anterior :**

Firma \_\_\_\_\_ Nombre impreso \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Información médica/ Divulgación de emergencia**

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Sexo:  Masculino  Femenino

Médico: \_\_\_\_\_ Número de teléfono del médico \_\_\_\_\_

**Autorización de medicamentos sin receta medica****Doy permiso a la enfermera de la escuela y/o al personal autorizado para que le den a mi hijo lo siguiente:**Acetaminofeno/Tylenol  Sí  No Ibuprofeno/Advil  Sí  No**Historial Medico****Condiciones Alérgicas que amenazan la vida (marque todo lo que corresponda)**Medicamentos requeridos  Epinefrina  Difenhidramina/Benadryl insectos/Insectos: Nueces \_\_\_\_\_ árbol/cacahuets: \_\_\_\_\_ Productos alimenticios: \_\_\_\_\_ Otras alergias graves: \_\_\_\_\_

Marque la casilla si su hijo tiene antecedentes de cualquiera de los siguientes. Más espacio al dorso para más detalles

<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> cabeza/migrañas Frecuencia	<input type="checkbox"/> Convulsiones Tipo de trastorno
<input type="checkbox"/> Atención Preocupación <input type="checkbox"/> ADD <input type="checkbox"/> TDAH	<input type="checkbox"/> Historial de lesiones en la cabeza	<input type="checkbox"/> piel Preocupación
<input type="checkbox"/> comportamiento Preocupación	<input type="checkbox"/> auditiva/audífonos	<input type="checkbox"/> Trastorno estomacal/intestinal
<input type="checkbox"/> Preocupación cardiovascular/del corazón Preocupación del	<input type="checkbox"/> riñón/vejiga Preocupación	<input type="checkbox"/> de la vista <input type="checkbox"/> Anteojos/lentes de contacto
<input type="checkbox"/> Retraso en el desarrollo	<input type="checkbox"/> Trastorno muscular/articular/óseo	<input type="checkbox"/> Actualmente bajo el cuidado de un médico por:
<input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Tipo 1 <input type="checkbox"/> Tipo 2 <input type="checkbox"/> Bomba <input type="checkbox"/> MCG	<input type="checkbox"/> Trastorno del sistema nervioso	<input type="checkbox"/> Enfermedad/lesión grave pasada
<input type="checkbox"/> Preocupación emocional Ansiedad	<input type="checkbox"/> Alergias	<input type="checkbox"/> Hospitalizaciones/cirugías anteriores

Describa cualquier condición física/discapacidad no mencionada anteriormente: \_\_\_\_\_

Medicamentos actuales que el estudiante está tomando: \_\_\_\_\_

**Doy permiso para compartir esta información con el personal que necesita saber:**\_\_\_\_\_  
Nombre Firma Fecha**Número de teléfono :** \_\_\_\_\_ **C:** \_\_\_\_\_ **Otro:** \_\_\_\_\_**Consentimiento médico (se requiere firma)**

Por la presente damos nuestro consentimiento para el tratamiento de nuestro hijo menor por parte de un médico o personal médico en cualquier hospital O tratamiento temporal por parte de una enfermera práctica registrada o con licencia o técnico médico de emergencia hasta que se pueda obtener un médico para cualquier enfermedad o lesiones a nuestro hijo menor de edad mientras se encuentre en o junto a cualquier terreno escolar del Distrito Escolar de Emmett. Este consentimiento incluirá, entre otros, cualquier cirugía que se considere necesaria o deseable para la salud y el tratamiento médico inmediatos de nuestro hijo. Este consentimiento será efectivo sólo si ninguno de los abajo firmantes puede ser contactado o encontrado con diligencia razonable en el momento del tratamiento médico necesario. Este consentimiento terminará tan pronto como se contacte a cualquiera de los abajo firmantes, en cuyo caso se puede realizar un tratamiento médico adicional solo con el consentimiento de la persona contactada. Este consentimiento será válido a menos y hasta que sea revocado por escrito por uno de los abajo firmantes.

**Firma del padre/tutor:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_**Nombre** \_\_\_\_\_

Utilice este espacio si es necesario para obtener más detalles.

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_



# Idaho Migrant Education Program

## Encuesta de Empleo para los Padres

English version on the other side



La información abajo es para identificar a estudiantes que puedan calificar para recibir servicios adicionales de educación. Es posible que un empleado del programa le contacte a usted para obtener más información. Toda la información es confidencial.

Nombre del niño: \_\_\_\_\_ Distrito: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

1. ¿En los últimos tres años, ha vivido su familia en otro distrito escolar? Esto incluye otros distritos escolares en Idaho, u otro estado o país.

Sí \_\_\_\_\_ (SIGA AL #2)

No \_\_\_\_\_ (PARE AQUÍ)

2. En los últimos tres años, ¿hubo alguien en su hogar un trabajando con alguno de estos productos o actividades (sin incluir su propiedad)?

Si \_\_\_\_\_ (SIGA AL #3)

No \_\_\_\_\_ (PARE AQUÍ)

Por favor marque todos los que apliquen abajo:

	<input type="checkbox"/> <b>Cualquier Cultivos</b> Ejemplos: maíz, papas, frijoles, trigo, remolacha, frutas, lúpulo, alfalfa, etc.o preparación de campo		<input type="checkbox"/> <b>Cualquier ganado</b> Ejemplos: vacas, cerdos, ovejas, pollos, lechería
	<input type="checkbox"/> <b>Procesamiento de productos agrícolas.</b> Ejemplos: (Clasificación, empaque, corte, etc.) cebollas, papas, carne, frutas, árboles, etc.		<input type="checkbox"/> <b>Otra agricultura</b> Ejemplos: silvicultura, cuidado de plantas de vivero, pescar

3. Nombre de los padres: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Por favor liste a todos los niños menores de 22 años en la casa:

Nombre	Fecha de Nacimiento	Escuela	Grado

# Distrito Independiente de Emmett #221

## Encuesta Estatal del Idioma en el Hogar

Nuestro Distrito escolar juntamente con el Departamento de Educación Estatal de Idaho y la Oficina de los Derechos Civiles requiere que el idioma(s) de los estudiantes este identificado. El propósito de esta encuesta tiene por objeto determinar si los estudiantes son potencialmente elegibles para servicios de idiomas.

Información del Estudiante	Respuesta
Fecha [MM/DD/YYYY]	
Nombre del Estudiante	
Fecha de Nacimiento [MM/DD/YYYY]	
Escuela	
Género:	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Grado	

1. ¿Qué idioma(s) se habla en el hogar?

\_\_\_\_\_

2. ¿Qué idioma(s) habla más frecuentemente su hijo?

\_\_\_\_\_

3. ¿Qué idioma(s) aprendió su hijo primero?

\_\_\_\_\_

4. ¿Qué idioma habla su hijo con usted? \_\_\_\_\_

5. ¿Qué idioma utiliza usted cuando habla con su hijo? \_\_\_\_\_

6. ¿En qué idioma prefiere usted llamadas y cartas? \_\_\_\_\_

7. ¿Cuál es su relación con el niño?  Madre  Padre  Guardián  Otro (especificar)

\_\_\_\_\_

8. ¿Tiene alguna información adicional que usted desearía que la escuela conozca sobre su hijo? \_\_\_\_\_



**Preguntas sobre Residencia Estudiantil**

Por favor complete las siguientes preguntas con respecto a la vivienda del estudiante para ayudar a determinar los servicios que el estudiante puede ser elegible para recibir. (McKinney-Vento Act 42 U.S.C. 11435) La información que usted proporciona es confidencial. A si hijo no se le hará discriminación en base a la información proporcionada.

Nombre del estudiante		Escuela
¿Está el estudiante viviendo con un padre o tutor legal?    Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Si la respuesta es no, ¿con quien vive el estudiante?		¿Relación con el estudiante?
Marque (✓) una	<i>Por favor, identifique el arreglo de vivienda actual del estudiante</i>	Para uso Escolar
	<b>1 - Vivienda Permanente</b> - Renta/propietario de su casa/departamento o una residencia doble NO debido a dificultades económicas. <i>Por favor proporcione el domicilio</i> _____	P
	<b>2 - Compartiendo Vivienda</b> - Vive <i>temporalmente</i> con una familia o amigos debido a la falta de la pérdida de vivienda, dificultades económicas, o motivo similar <i>Por favor proporcione el domicilio(s)</i> _____	D
	<b>3 - Refugio</b> - Vive en refugio de emergencia o de transición <i>Por favor proporcione el nombre del refugio</i> _____	S
	<b>4 - Hotel/Motel - Temporalmente</b> debido a la falta de otras viviendas adecuadas <i>Por favor proporcione el nombre del hotel</i> _____	H
	<b>5 - Otra Situación de Vivienda Temporal</b> - En un vehículo de cualquier tipo, parque para casas móviles o un campamento que no tenga agua potable/electricidad, en un edificio abandonado o vivienda deteriorada .	U
¿Se ha mudado en los últimos 3 años para buscar trabajo como jornalero o en cualquier tipo de agricultura o pesca? (Marque una)    Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		

**Por favor, conteste las siguientes preguntas, si marcó cualquiera de las opciones 2, 3, 4 o 5**

¿Cuánto tiempo espera estar en este domicilio? \_\_\_\_\_

¿Esta buscando vivienda permanente? \_\_\_\_\_

Fecha en que el estudiante se mudó a esta domicilio \_\_\_\_\_

**Por favor escriba los nombres de los hermanos / hermanas a continuación:**

Apellido Paterno	Primer Nombre	Escuela

**El que suscribe certifica que la información proporcionada arriba es correcta.**

\_\_\_\_\_  
Nombre de la persona que llena el formulario (letra de imprenta)      Firma      Relación con el estudiante      Fecha

**Nota:** Los estudiantes que están protegidos bajo la Ley McKinney-Vento tienen derecho a la inscripción inmediata en la escuela aunque no tengan los documentos que normalmente se necesitan, como un comprobante de domicilio, registros escolares y de la inmunización. La Coordinadora del Distrito ayudará al estudiante a obtener los documentos necesarios o vacunas. Los estudiantes que están protegidos bajo la Ley McKinney-Vento también pueden tener derecho a otros apoyos.