

# School District 197

## Enrollment Checklist

Use this checklist to ensure you have completed all the steps to register your child in School District 197.

**Birth Verification**

A birth certificate or passport must be presented at registration to verify your child's date of birth.

**Address Verification Required**

Please provide a document that shows the name and address of the parent/guardian or other person having legal custody of the student.

➔ **Documents may include one of the following:**

- major utility bill such as electric, gas, or water dated within 30 days of enrollment
- current purchase/lease agreement
- current property tax statement
- current payroll, bank statement, or a current federal/state/county benefits statement dated within 30 days of enrollment

**Enrollment Form**

**Student Health Form**

**Transportation Form**

**Emergency Record**

**Minnesota Language Survey**

**Student Acceptable Use Agreement**

**Ethnic and Racial Designation Form**

**Immunization Record**

**Enrollment Survey**

## **Distrito escolar 197**

### **Lista de Verificación de Inscripción**

Use esta lista de verificación para asegurarse de haber completado todos los pasos para inscribir a su hijo en el Distrito escolar 197.

**Verificación de nacimiento**

Se debe presentar un certificado de nacimiento o pasaporte en el registro para verificar la fecha de nacimiento de su hijo.

**Verificación de dirección**

Proporcione un documento que muestre el nombre y la dirección del padre/tutor u otra persona que tenga la custodia legal del estudiante.

→ **Los documentos pueden incluir uno de los siguientes:**

- una factura de servicios públicos importantes como electricidad, gas o agua con fecha dentro de los 30 días posteriores a la inscripción
- un contrato de compra/arrendamiento actual
- declaración de impuestos sobre la propiedad actual
- nómina actual, estado de cuenta bancario o declaración de beneficios federales/estatales/del condado con fecha dentro de los 30 días posteriores a la inscripción

**Formulario de inscripción**

**Formulario de salud del estudiante**

**Formulario de inscripción en el autobús**

**Registro de emergencia**

**Encuesta de idiomas de Minnesota**

**Acuerdo de uso aceptable para estudiantes**

**Formulario de designación étnica y racial**

**Record de vacunación**

**Encuesta de inscripción**



# Formulario de inscripción de estudiantes - Escuelas del área de West St. Paul-Mendota Heights-Eagan (ISD #197)

**PARA USO DE LA OFICINA ÚNICAMENTE**

Student ID: \_\_\_\_\_ Begin Enrollment Date: \_\_\_\_\_ Resident District: \_\_\_\_\_  
 School #: \_\_\_\_\_ Teacher/Counselor: \_\_\_\_\_ Previous Enrollment District: \_\_\_\_\_  
 Grade: \_\_\_\_\_ Walk or Bus #: \_\_\_\_\_ Home Language: \_\_\_\_\_  
 Address Verification:  Major Utility Bill  Lease Agreement  Birth Verification  Other

**POR FAVOR COMPLETE TODA LA INFORMACIÓN SOLICITADA ABAJO**

*Nombre legal completo requerido para la inscripción*

<b>Grado de inscripción:</b>	<b>APELLIDO(s) del estudiante (todos):</b>	<b>PRIMER nombre del estudiante:</b>	<b>SEGUNDO nombre del estudiante:</b>
<b>Apodo (opcional):</b>	<b>Fecha de nacimiento del estudiante:</b>	<b>Lugar de nacimiento (estado/país):</b>	<b>Género del estudiante:</b> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>
			<b>Escuelas 197 a las que asistió anteriormente</b> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> (¿Que escuela? _____)

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono principal/residencial: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Calle \_\_\_\_\_ Apt # \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_ Condado \_\_\_\_\_ Fecha en que el estudiante se mudó a esta dirección \_\_\_\_\_

¿Vive otra familia en esta dirección? No  Si  En caso afirmativo, indique el(los) apellido(s) de otra familia o familias: \_\_\_\_\_  
 Dirección de recogida/guardería (si no es su casa): \_\_\_\_\_

**A continuación, enumere todas las escuelas a las que ha asistido el estudiante (primero las escuelas más recientes)**

Nombre de Escuela	Ciudad y estado	Grados atendidos	Fechas en las que asistió

El estudiante vive con (marque todo lo que corresponda): Madre  Padre  Padrastro/Madrastras  Padre adoptivo  Otro  \_\_\_\_\_  
 ¿Existen órdenes judiciales que se apliquen a la custodia del estudiante? No  Si  (En caso afirmativo, proporcione copias)

	<b>Padre/tutor #1</b> (custodia/reside con el estudiante)	<b>Padre/tutor #2</b> (custodia/reside con el estudiante)	<b>Padre/tutor #3</b> (envío sin custodia/segundo correo)
<b>Nombre (Nombre, Segundo nombre, Apellido)</b>			
<b>Genero (femenino/masculino)</b>			
<b>Fecha de nacimiento (MM/DD/AA)</b>			
<b>Relación con el estudiante</b>			
<b>Dirección postal/ciudad /código postal</b>			
<b>Dirección de correo electrónico</b>			
<b>Número de teléfono celular/residencial</b>			
<b>Número de teléfono del trabajo</b>			

**A continuación, enumere todos los niños que residen en el hogar (incluidos los que no asisten actualmente a la escuela)**

Nombre (Nombre, Segundo nombre, Apellido)	Escuela a la que asiste	Grado	Género	Fecha de nacimiento	Relación con el padre/tutor #1	Relación con el padre/tutor #2	Relación con el padre/tutor #3

¿Es este estudiante un joven militar conectado? Relación \_\_\_\_\_ SI  No   
 ¿Se ha mudado en los últimos tres años para buscar trabajo como jornalero remunerado en algún tipo de agricultura o pesca? SI  No   
 ¿Tiene este estudiante servicios de educación especial (un PEI)? SI  No   
 ¿Tiene este estudiante un plan de adaptación 504? SI  No   
 ¿Es la dirección actual del estudiante un arreglo de vivienda temporal? SI  No   
 ¿Este arreglo de vivienda temporal se debe a la pérdida de vivienda o dificultades económicas? SI  No   
 ¿Carece el estudiante de una residencia nocturna fija, regular y adecuada? SI  No

Firma del Padre/Tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

# School District 197

# Bus Registration

Registration Form Due August 1, 2024

## Who Needs to Register for the Bus?

- All students new to the district
- All high school students (grades 9-12)
- All previously registered students who have had an address change
- All non-public school students

## BUS TRANSPORTATION IS AVAILABLE TO:

- Elementary school students (grades K-4) who live more than 0.75 mile from school
- Middle school students (grades 5-8) who live more than 1 mile from school
- High school students (grades 9-12) who live more than 2 miles from school

## REGISTRATION PROCESS:

- Students will not be listed for bus service in the fall unless the Transportation Office receives a completed registration form on or before August 1.
- Forms received after August 1 will be put on hold. Students may not have bus service for the first two weeks of school or may be transported home by van (elementary) or asked to use the Academic/Activity Bus (middle and high school) until they are assigned a route. Transportation requests received after the first two weeks of school will be processed within 2-3 business days.
- Please only register for service when you are sure your child will be riding a bus.
- Complete one form per child.
- By registering for transportation services you are agreeing to comply with our policies and procedures, which can be found on the district website at [www.isd197.org/schoolboard/policies](http://www.isd197.org/schoolboard/policies).
- All students (grades K-12) are dropped off at their stop location regardless of whether a parent/guardian is present.
- Return this form to your school's main office. If school is not in session, mail form to District Transportation, 1145 Medallion Drive, Mendota Heights, MN 55120, or email form to [transportation@isd197.org](mailto:transportation@isd197.org). Do not mail it to your school during the summer. This form can be found at [isd197.org/district/departments/transportation/registration](http://isd197.org/district/departments/transportation/registration).
- Postcards with bus information are mailed to homes in late August. If you have questions, please call 651-403-8320.

Student Name: \_\_\_\_\_

Student ID#: \_\_\_\_\_

Street Address: \_\_\_\_\_

Home Phone: \_\_\_\_\_

City/State/Zip Code: \_\_\_\_\_

Cell Phone: \_\_\_\_\_

Date of Birth: \_\_\_\_\_

Student's School in 2024-25: \_\_\_\_\_

Grade in 2024-25: \_\_\_\_\_

Parent/Guardian Name: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Secondary/Emergency Contact: \_\_\_\_\_ Contact Phone: \_\_\_\_\_

When will the student ride? (Check one or both)  AM  PM

Does your child have any special health needs or concerns? If so, please describe. \_\_\_\_\_

Daycare Information (Complete if applicable. Pickup and drop off must be five days each week at the same location. AM and PM may be different locations.)

Daycare Provider's Name: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

Daycare Address: \_\_\_\_\_

To School: (Choose only one):  Pick up from home  Pickup from daycare  Extended Day (School Age Care)

From School:  Drop at home  Drop at daycare  Extended Day (School Age Care)

# Distrito 197

# Inscripción para el transporte

La forma de inscripción vence el 1° de agosto del 2024

## ¿QUIÉN NECESITA REGISTRARSE PARA EL AUTOBÚS?

- Todos los estudiantes nuevos en el distrito
- Todos los estudiantes de secundaria (grados 9-12)
- Todos los estudiantes previamente registrados que han tenido un cambio de dirección
- Todos los estudiantes de escuelas no públicas.

## EL TRANSPORTE ESCOLAR ESTÁ DISPONIBLE PARA:

- Grados K-4 que viven a más de 0.75 milla de la escuela
- Grados 5-8 que viven a más de 1 milla de la escuela
- Grados 9-12 que viven a más de 2 millas de la escuela

## PROCESO DE INSCRIPCIÓN:

- Los estudiantes no estarán en las listas para usar el transporte en el otoño a no ser que la oficina de transporte reciba una solicitud antes del 1° de agosto.
- Aquellas solicitudes que se reciban después del 1° de agosto será puestas en espera. Los estudiantes tal vez no tengan transporte las primeras dos semanas de clases o puede que sean transportados a casa en una van (para primaria) o se les pedirá utilizar el autobús de Actividades Académicas (para la intermedia y secundaria) hasta que se le asigne una ruta. Las solicitudes de transporte que se reciban después de las primeras dos semanas de clases serán procesadas dentro de 2-3 días hábiles.
- Por favor inscriban a su niño únicamente si está seguro de que él/ella usará el autobús escolar.
- Completen una forma por cada niño.
- Al completar las solicitudes para el transporte, ustedes están de acuerdo con cumplir con nuestras normas y procedimientos. Estas normas se encuentran en la página web del Distrito 197 bajo "District – School Board – Policy Manual".
- Todos los estudiantes (grados K-12) serán dejados en sus paradas estén o no sus padres/madres presentes.
- Envíen esta solicitud a la oficina de la escuela de su niño. Si la escuela está cerrada durante el verano, envíen por correo a: District Transportation, 1145 Medallion Drive, Mendota Heights, MN 55120, o envíen la forma por correo electrónico a [transportation@isd197.org](mailto:transportation@isd197.org). No envíen esta forma a la escuela de su niño por correo durante el verano. Esta forma se puede encontrar en [isd197.org/district/departments/transportation/registration](http://isd197.org/district/departments/transportation/registration).
- La oficina de transporte enviará las tarjetas con la información sobre los autobuses a finales de agosto. Si tienen preguntas sobre esta inscripción, por favor contacte nuestras oficinas al teléfono 651-403-8324.

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ ID#: \_\_\_\_\_  
Dirección de la casa: \_\_\_\_\_ Teléfono de la casa: \_\_\_\_\_  
Ciudad/Estado/Código Postal: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Escuela en 2024-25: \_\_\_\_\_ Grado en 2024-25: \_\_\_\_\_  
Nombre de los Padres: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
¿Cuándo su niño usará el transporte? (Marque uno o ambos)  AM  PM  
¿Su niño tiene alguna necesidad de salud especial o preocupaciones? \_\_\_\_\_

Información sobre el cuidado infantil/guardería (Completar si es necesario. La parada del bus debe ser la misma los cinco días a la semana. La parada de la mañana y de la tarde puede ser diferente.)

Nombre de la guardería: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección de la guardería: \_\_\_\_\_

Hacia la escuela: (solo escoja una):  Recoger en casa  Recoger en guardería  SAC

Desde la escuela:  Dejar en casa  Dejar en guardería  SAC

## Minnesota Language Survey

Minnesota is home to speakers of more than 100 different languages. The ability to speak and understand multiple languages is valued. The information you provide will be used by the school district to see if your student is multilingual. In Minnesota, students who are multilingual may qualify for a Multilingual Seal upon further assessment. Additionally, the information you provide will determine if your student should take an English proficiency test. Based upon the results of the test, your student may be entitled to English language development instruction. **Access to instruction is required by federal and state law. As a parent or guardian, you have the right to decline English Learner instruction at any time.** Every enrolling student must be provided with the Minnesota Language Survey during enrollment. Information requested on this form is important to us to be able to serve your student. Your assistance in completing the Minnesota Language Survey is greatly appreciated.

Student Information	
Student's Full Name: (Last, First, Middle)	Birthdate or Student ID:

	Check the phrase that best describes your student:	Indicate the language(s) other than English in space provided:
1. My student first learned:	<input type="checkbox"/> language(s) other than English. <input type="checkbox"/> English and language(s) other than English. <input type="radio"/> only English.	
2. My student speaks:	<input type="checkbox"/> language(s) other than English. <input type="checkbox"/> English and language(s) other than English. <input type="radio"/> only English.	
3. My student understands:	<input type="checkbox"/> language(s) other than English. <input type="checkbox"/> English and language(s) other than English. <input type="radio"/> only English.	
4. My student has consistent interaction in:	<input type="checkbox"/> language(s) other than English. <input type="checkbox"/> English and language(s) other than English. <input type="radio"/> only English.	

**Language use alone does not identify your student as an English learner. If a language other than English is indicated, your student will be screened for English language proficiency.**

Parent/ Guardian Information	
Parent/Guardian Name (printed):	
Parent/Guardian Signature:	Date:

\* All data on this form is private. It will only be shared with district staff who need the information to best serve your student and for legally required reporting about home language and service eligibility to the Minnesota Department of Education. At the district and at the Minnesota Department of Education, this information will not be shared with other individuals or entities, except if they are authorized by state or federal law to access the information. Compliance with this request for information is voluntary.

## Encuesta sobre el Idioma en Minnesota

Minnesota es el hogar de hablantes de más de 100 diferentes idiomas. La habilidad para hablar y entender múltiples idiomas es valorado. La información que provee será usada por la escuela del distrito para ver si su estudiante es multilingüe. En Minnesota, los estudiantes que son multilingües podrían calificar para un Sello Multilingüe luego de una evaluación adicional. Adicionalmente, la información provista determinará si su estudiante debería tomar la prueba de proeficiencia de Inglés. Basado en los resultados de la prueba, su estudiante puede tener derecho a la instrucción de desarrollo del idioma inglés. **El acceso para la enseñanza es requerida por la ley estatal y federal. Como padre o representante, usted tiene el derecho de declinar la enseñanza del aprendiz de Inglés en cualquier momento.** Cada estudiante registrado debe ser provisto con la Encuesta sobre el Idioma en Minnesota durante el proceso de inscripción. La información requerida en esta forma es importante para nosotros para poder mejor servir al estudiante. Su asistencia completando la Encuesta sobre el Idioma en Minnesota es altamente apreciada.

Información del Distrito	
Nombre Completo del Estudiante: (Apellido, Nombre, Segundo Nombre)	Fecha de Nacimiento o ID del Estudiante:

	Marque la frase que mejor describe a su estudiante:	Indique el/los idioma(s) aparte del Inglés en el espacio provisto:
1. Mi estudiante primero aprendió:	Otro(s) Idioma(s) que Inglés. Inglés e idioma(s) aparte de Inglés. Sólo Inglés.	
2. Mi estudiante habla:	Otro(s) Idioma(s) que Inglés. Inglés e idioma(s) aparte de Inglés. Sólo Inglés.	
3. Mi estudiante entiende:	Otro(s) Idioma(s) que Inglés. Inglés e idioma(s) aparte de Inglés. Sólo Inglés.	
4. Mi estudiante tiene una interacción consistente en:	Otro(s) Idioma(s) que Inglés. Inglés e idioma(s) aparte de Inglés. Sólo Inglés.	

**El uso del lenguaje por sí solo no identifica a su estudiante como un estudiante de Inglés. Si se indica un idioma que no sea Inglés, su estudiante será evaluado en el dominio del idioma Inglés.**

Información de los Padres/Representante	
Nombre de los Padres/Representante (letra de imprenta):	
Firma de los Padres/Representantes:	Fecha:

\* Todos los datos en este formulario son privados. Solo se compartirá con el personal del distrito que necesite la información para atender mejor a su estudiante y para los informes requeridos legalmente sobre el idioma del hogar y la elegibilidad del servicio al Departamento de Educación de Minnesota. En el distrito y en el Departamento de Educación de Minnesota, esta información no se compartirá con otras personas o entidades, excepto si están autorizadas por ley estatal o federal para acceder a la información. El cumplimiento de esta solicitud de información es voluntaria.



# District 197 Enrollment Survey

Welcome to West St. Paul-Mendota Heights-Eagan Area Schools! We're honored you have chosen us to support your child's/children's education. We want to make sure your child's transition to school is as smooth as possible. Please help us get to know your child and any supports needed by answering the questions below to the best of your ability. Thank you!

Student Name: \_\_\_\_\_

Has the student ever been identified by a school as "Gifted and Talented" and participated in a special program?	No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>	
Has the student skipped a grade level?	No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>	If yes, which grade?
Has the student been grade accelerated in a specific class/subject?	No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>	If yes, which class?
Has this student participated in an Advancement Via Individual Determination (AVID) program previously? Which grades?	No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>	If yes, which grades?
Has the student ever participated in an English as a Second Language (ESL) or English Learner (EL) program?	No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>	If yes, which grades?
In what language would you prefer written communication from the school?			
Has the student participated in any individual testing at the school for which you had to give your permission?	No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>	
Has the student ever received help or support at school from any of the following?	Please check all that apply: <input type="checkbox"/> Special Education teacher <input type="checkbox"/> Speech teacher <input type="checkbox"/> Occupational therapist (OT) <input type="checkbox"/> Adaptive PE (DAPE) teacher <input type="checkbox"/> Other: _____		

<p>Has this student received any other special academic help for any subject?</p>	<p>No <input type="checkbox"/>      Yes <input type="checkbox"/></p> <p>If yes, check all supports and subjects that apply:  <input type="checkbox"/> Intervention or support class during the school day  <input type="checkbox"/> Summer school  <input type="checkbox"/> After-school class</p> <p>If yes, in what academic areas?  <input type="checkbox"/> Reading  <input type="checkbox"/> Writing  <input type="checkbox"/> Math  <input type="checkbox"/> Science  <input type="checkbox"/> Other: _____</p>
<p>Has the student ever received support or help from a school counselor or school social worker related to social or emotional needs?</p>	<p>No <input type="checkbox"/>      Yes <input type="checkbox"/></p> <p>If yes, please explain: _____  _____</p>
<p>Has the student ever received support from a counselor, therapist or psychologist outside of school?</p>	<p>No <input type="checkbox"/>      Yes <input type="checkbox"/></p> <p>If yes, please explain: _____  _____</p>
<p>Are there any special family circumstances the school staff should be aware of (for example, court documents related to custody, living situations, etc.)?</p>	<p>No <input type="checkbox"/>      Yes <input type="checkbox"/></p> <p>If yes, please explain: _____  _____</p>
<p>Has the student received any special support at school for behavior?</p>	<p>No <input type="checkbox"/>      Yes <input type="checkbox"/></p> <p>If yes, please describe: _____  _____</p>
<p>Has the student had discipline issues (suspension, expulsion)?</p>	<p>No <input type="checkbox"/>      Yes <input type="checkbox"/></p> <p>If yes, please describe: _____  _____</p>
<p>Does the student have a probation officer?</p>	<p>No <input type="checkbox"/>      Yes <input type="checkbox"/></p> <p>If yes, please provide contact information: _____  _____</p>

Is there any other information you want the staff at the school to know about the student to make the transition as smooth as possible?

# District 197

# Encuesta de inscripción

¡Bienvenido a las escuelas del área de West St. Paul-Mendota Heights-Eagan! Nos sentimos honrados de que nos haya elegido para apoyar la educación de sus niños. Queremos asegurarnos de que la transición de su niño a la escuela sea lo más fácil posible. Por favor, ayúdenos a conocer a su niño y los apoyos que necesita respondiendo lo mejor que pueda a las preguntas a continuación. ¡Gracias!

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

¿Alguna vez el estudiante fue identificado por una escuela como “Dotado y Talentoso” y participó en un programa especial?	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	
¿Se ha saltado el estudiante un nivel de grado?	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	Si es así, ¿qué grado?
¿Se ha acelerado el grado en una clase/materia específica?	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	Si es así, que clase?
¿Ha participado anteriormente este estudiante en un programa de Avance Vía Determinación Individual (AVID)?	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	Si es así, ¿qué grados?
¿Ha participado el estudiante alguna vez en un programa de Inglés como Segundo Idioma (ESL) o Aprendices de Inglés (EL)?	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	Si es así, ¿qué grados?
¿En qué idioma prefiere la comunicación escrita de la escuela?			
¿Ha participado el estudiante en alguna prueba individual en la escuela para la cual tuvo que dar su permiso?	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	
¿Alguna vez el estudiante recibió ayuda o apoyo en la escuela de alguno de los siguientes?			Marque todas las que correspondan: <input type="checkbox"/> Maestro de educación especial <input type="checkbox"/> Maestro del habla <input type="checkbox"/> Terapeuta ocupacional <input type="checkbox"/> Maestro de educación física adaptativa (EFA) <input type="checkbox"/> Otra: _____

<p>¿Ha recibido este estudiante alguna otra ayuda académica especial para alguna materia?</p>	<p>No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/></p> <p>Si es así, marque todos los apoyos y asignaturas que correspondan:</p> <p><input type="checkbox"/> Intervención o clase de apoyo durante el día escolar</p> <p><input type="checkbox"/> Escuela de verano</p> <p><input type="checkbox"/> Clases después del horario escolar</p> <p>Si es así, ¿en que áreas académicas?</p> <p><input type="checkbox"/> Lectura</p> <p><input type="checkbox"/> Escritura</p> <p><input type="checkbox"/> Matemáticas</p> <p><input type="checkbox"/> Ciencias</p> <p><input type="checkbox"/> Otra: _____</p>
<p>¿El estudiante ha recibido alguna vez apoyo o ayuda de un consejero escolar o trabajador social de la escuela relacionado con necesidades sociales o emocionales?</p>	<p>No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/></p> <p>Si es así, explique: _____</p> <p>_____</p>
<p>¿Alguna vez el estudiante recibió el apoyo de un consejero, terapeuta o psicólogo fuera de la escuela?</p>	<p>No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/></p> <p>Si es así, explique: _____</p> <p>_____</p>
<p>¿Hay alguna circunstancia familiar especial que el personal de la escuela deba conocer (por ejemplo, documentos judiciales relacionados con custodia, situaciones de vivienda, etc.)?</p>	<p>No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/></p> <p>Si es así, explique: _____</p> <p>_____</p>
<p>¿Ha recibido el estudiante algún apoyo especial en la escuela por comportamiento?</p>	<p>No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/></p> <p>Si es así, explique: _____</p> <p>_____</p>
<p>¿Ha tenido el estudiante problemas de disciplina (suspensión, expulsión)?</p>	<p>No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/></p> <p>Si es así, describa: _____</p> <p>_____</p>
<p>¿Tiene el estudiante un oficial de libertad condicional?</p>	<p>No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/></p> <p>Si es así, provea la información de contacto: _____</p> <p>_____</p>

¿Hay alguna otra información que desee que el personal de la escuela sepa sobre el estudiante para que la transición sea lo más fácil posible?

# School District 197

## Student Health Information Form

Student's Name: (last) \_\_\_\_\_ (first) \_\_\_\_\_ (M.I.) \_\_\_\_\_  
 Birth Date: \_\_\_\_\_ Grade: \_\_\_\_\_  
 Parent/Guardian: \_\_\_\_\_ Mobile #: \_\_\_\_\_ Work #: \_\_\_\_\_  
 Parent/Guardian: \_\_\_\_\_ Mobile #: \_\_\_\_\_ Work #: \_\_\_\_\_  
 Doctor: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_ Dentist: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_  
 Hospital Choice: \_\_\_\_\_

Dear Parent: Please describe your child's health concerns in detail below. It is important that you keep the school informed of ANY changes in health or medication that would affect your child's performance. If your child needs to take medication at school, please notify the school nurse. Please make sure the school has a copy of your child's most recent immunization record. If your child has an Asthma Action Plan, Allergy/ Anaphylactic Action Plan, Seizure Action Plan or Diabetes Action Plan, please make sure the health office has the most recent copy from the healthcare provider.

No health problems to my knowledge.

### Current Health History

Please answer by checking	No	Yes	
Does your child have vision problems?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Type _____ <input type="checkbox"/> Contacts <input type="checkbox"/> Glasses
Does your child have hearing problems?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Type _____ Hearing aid ( <input type="checkbox"/> Right / <input type="checkbox"/> Left)
Does your child have an IEP?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Does your child have a 504?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Food Allergy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Type _____ Dietary restriction:s _____
Insect Allergy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Type _____
Other Allergy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Type _____
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	List triggers: _____
Attention Deficit/Hyperactivity Disorder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Celiac Disease	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Digestive Disorder(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Type _____
Diabetes <input type="checkbox"/> Type 1 <input type="checkbox"/> Type 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Managed by: <input type="checkbox"/> Diet only <input type="checkbox"/> Oral meds <input type="checkbox"/> Insulin injections <input type="checkbox"/> Insulin pump
Genetic Disorder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Type _____
Headaches/Migraines	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Heart problem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Type _____ Activity restriction:s _____
Mental Health Disorder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Type _____
Seizures	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Type _____ Date of last seizure: _____
Skin condition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Type _____

Treatment Program: Please check if your child has been in a treatment program for:  Mental Health  Chemical Use

If so, when and where: \_\_\_\_\_

Does your child take medications of any kind?  No  Yes, explain \_\_\_\_\_

Does your child need medication while at school or after-school functions?  No  Yes\*, explain \_\_\_\_\_

*\*Students requiring medication (prescription or non-prescription) at school MUST have a written order by a Licensed Health Care Professional and written parent consent.*

Has your child had any serious injuries/illness?  No  Yes, explain \_\_\_\_\_

Insurance: Please check if you have insurance:  Medical  Dental  None

The school nurse may share health information with school staff to ensure safe care. If you have concerns about sharing this information, please contact the school nurse.

Parent/Guardian Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

# Distrito Escolar 197

## Formulario de información de salud para estudiantes

Nombre del estudiante: (Apellido) \_\_\_\_\_ (Nombre) \_\_\_\_\_ (Segundo nombre) \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_  
Padres / guardián: \_\_\_\_\_ Celular #: \_\_\_\_\_ Trabaja #: \_\_\_\_\_  
Padres / guardián: \_\_\_\_\_ Celular #: \_\_\_\_\_ Trabaja #: \_\_\_\_\_  
Médico: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Dentista: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Hospital de elección: \_\_\_\_\_

Estimados padres: A continuación, describa los problemas de salud de su hijo en detalle. Es importante que mantenga informada a la escuela sobre CUALQUIER cambio en la salud o en la medicación que pueda afectar el desempeño de su hijo. Si su hijo necesita tomar medicamentos en la escuela, notifique a la enfermera de la escuela. Asegúrese de que la escuela tenga una copia del registro de vacunación más reciente de su hijo. Si su hijo tiene un plan de acción para el asma, un plan de acción para alergias / anafilácticas, un plan de acción para convulsiones o un plan de acción para la diabetes, asegúrese de que la oficina de salud tenga la copia más reciente del proveedor de atención médica.

No hay problemas de salud que yo sepa.

### Historial de salud actual

Responda marcando	No	Sí	
¿Su hijo tiene problemas de visión?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tipo _____ <input type="checkbox"/> Lentes de contacto <input type="checkbox"/> Grafas
¿Su hijo tiene problemas de audición?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tipo _____ Audifono ( <input type="checkbox"/> Derecha / <input type="checkbox"/> Izquierda)
¿Tiene su hijo un PEI?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Tiene su hijo un 504?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Alergia alimentaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tipo _____ Restricción dietética: _____
Alergia a insectos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tipo _____
Otras alergias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tipo _____
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lista de desencadenantes: _____
Trastorno por déficit de atención/hiperactividad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Enfermedad celíaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Trastorno(s) digestivo(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tipo _____
Diabetes <input type="checkbox"/> Tipo 1 <input type="checkbox"/> Tipo 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Solo dieta <input type="checkbox"/> Medicamentos orales <input type="checkbox"/> Inyecciones de insulina <input type="checkbox"/> Bomba de insulina
Trastorno genético	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tipo _____
Dolores de cabeza / migrañas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Problemas cardíacos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tipo _____ Restricción de actividad _____
Mental Health Disorder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tipo _____
Convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tipo _____ Fecha de la última convulsión: _____
Afección de la piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tipo _____

Programa de tratamiento: marque si su hijo ha estado en un programa de tratamiento para:  Salud mental  Uso de sustancias químicas

Si es así, ¿cuándo y dónde?: \_\_\_\_\_

¿Toma su hijo medicamentos de algún tipo?  No  Sí, explique \_\_\_\_\_

¿Su hijo necesita medicamentos mientras está en la escuela o en funciones después de la escuela?  No  Sí\*, explique \_\_\_\_\_

\*\* Los estudiantes que requieran medicamentos (recetados o sin receta) en la escuela DEBEN tener una orden por escrito de un profesional de atención médica con licencia y el consentimiento por escrito de los padres.

¿Su hijo ha tenido alguna enfermedad o lesión grave?  No  Sí, explique \_\_\_\_\_

Cobertura: Marque si tiene cobertura:  Médico  Dental  Ninguna

La enfermera de la escuela puede compartir información médica con el personal de la escuela para garantizar un cuidado prudente. Si tiene inquietudes acerca de compartir esta información, comuníquese con la enfermera de la escuela.

Firma del padre/guardián \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

# District 197 Emergency Record

For Office Use

Student ID: \_\_\_\_\_

Family ID: \_\_\_\_\_

Please review the information below and make any changes necessary. Thank you.

Please check here if this information represents a change to the student's emergency record on file.

**Student:** \_\_\_\_\_ Home Phone: \_\_\_\_\_  
Grade: \_\_\_\_\_ Birth Date: \_\_\_\_\_ Gender: \_\_\_\_\_ Ethnicity: \_\_\_\_\_  
Home Address: \_\_\_\_\_ AM Bus: \_\_\_\_\_  
City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_ PM Bus: \_\_\_\_\_

Please use area code and identify phone number types: W=work C=cell P=page E= evening

**Parent or Guardian 1:** \_\_\_\_\_ Home Phone: \_\_\_\_\_  
Phone 1: \_\_\_\_\_ Phone 2: \_\_\_\_\_ Phone 3: \_\_\_\_\_ Child Lives With:   
Email: \_\_\_\_\_ Place of Employment: \_\_\_\_\_

**Parent or Guardian 2:** \_\_\_\_\_ Home Phone: \_\_\_\_\_  
Phone 1: \_\_\_\_\_ Phone 2: \_\_\_\_\_ Phone 3: \_\_\_\_\_ Child Lives With:   
Email: \_\_\_\_\_ Place of Employment: \_\_\_\_\_

If available, translations of communications to parent(s) requested in: \_\_\_\_\_

Brothers & Sisters (names, birth dates, and schools): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Immunizations within the last year (type and mo/day/yr): \_\_\_\_\_

Current health problem(s): \_\_\_\_\_

Medications: \_\_\_\_\_

**IN CASE OF AN EMERGENCY** (two contacts who would care for the child if a parent or guardian cannot be reached)

Contact 1: \_\_\_\_\_ Address: \_\_\_\_\_  
Phone 1: \_\_\_\_\_ Phone 2: \_\_\_\_\_ Relationship to Student: \_\_\_\_\_  
Contact 2: \_\_\_\_\_ Address: \_\_\_\_\_  
Phone 1: \_\_\_\_\_ Phone 2: \_\_\_\_\_ Relationship to Student: \_\_\_\_\_

Day Care Provider: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_  
Family Doctor: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_  
Family Dentist: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_  
Hospital Preference: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

Our procedure will be to contact the parent at home or at work. You will be asked to pick up the child and provide proper care. If we cannot reach you, we will call the friend, relative, or neighbor that you have listed above and ask them to care for your child. In extreme emergency, an ambulance will be called and your child will be taken to the nearest hospital. The cost of this will be covered by the parent.

Parent or Guardian 1 Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
Parent or Guardian 2 Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

# Distrito 197

# Registro de emergencia

Para uso  
de la oficina

Identificación del  
estudiante:

Identificación  
de la familia:

Revise la información a continuación y realice los cambios necesarios. Gracias.

Marque aquí si esta información representa un cambio en el registro de emergencia del estudiante en archivo.

**Estudiante:** \_\_\_\_\_ Teléfono de la casa: \_\_\_\_\_  
Grado: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Etnicidad: \_\_\_\_\_  
Dirección de la casa: \_\_\_\_\_ Autobús AM: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Autobús PM: \_\_\_\_\_

Utilice el código de área e identifique los tipos de números de teléfono: W = trabajo, C = celular, B = buscapersonas  
N = noche

**Padre o tutor 1:** \_\_\_\_\_ Teléfono de la casa: \_\_\_\_\_  
Teléfono 1: \_\_\_\_\_ Teléfono 2: \_\_\_\_\_ Teléfono 3: \_\_\_\_\_ El niño vive con:   
Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Lugar de empleo: \_\_\_\_\_

**Padre o tutor 1:** \_\_\_\_\_ Teléfono de la casa: \_\_\_\_\_  
Teléfono 1: \_\_\_\_\_ Teléfono 2: \_\_\_\_\_ Teléfono 3: \_\_\_\_\_ El niño vive con:   
Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Lugar de empleo: \_\_\_\_\_

Si están disponible, las traducciones de las comunicaciones para los padres se solicitan en: \_\_\_\_\_

Hermanos y hermanas (nombres, fechas de nacimiento, y escuelas): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Vacunas en el último año (tipo y mes / día / año): \_\_\_\_\_

Problemas de salud actuales: \_\_\_\_\_

Medicamentos: \_\_\_\_\_

## EN CASO DE EMERGENCIA (dos contactos que cuidarían al niño si no se puede contactar a un padre o tutor)

Contacto 1: \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_  
Teléfono 1: \_\_\_\_\_ Teléfono 2: \_\_\_\_\_ Relación con el estudiante: \_\_\_\_\_  
Contacto 2: \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_  
Teléfono 1: \_\_\_\_\_ Teléfono 2: \_\_\_\_\_ Relación con el estudiante: \_\_\_\_\_

Proveedor de guardería: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Médico de la familia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Dentista de la familia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Hospital de preferencia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nuestro procedimiento será contactar a los padres en la casa o en el trabajo. Se le pedirá que recoja al niño y le brinde la atención adecuada. Si no podemos comunicarnos con usted, llamaremos al amigo, pariente o vecino que haya mencionado anteriormente y le pediremos que cuide a su hijo. En caso de emergencia extrema, se llamará a una ambulancia y su hijo será llevado al hospital más cercano. El costo de esto será cubierto por el padre.

Firma del padre o tutor 1: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
Firma del padre o tutor 2: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



## Ethnic and Racial Demographic Designation Form

Student's First Name: \_\_\_\_\_ Middle Name/Initial: \_\_\_\_\_ Last Name: \_\_\_\_\_

Date of Birth: \_\_\_\_\_ District: \_\_\_\_\_ School: \_\_\_\_\_

Schools are required to report ethnicity and race to the state and to the U.S. Department of Education. Because of recent changes to Minnesota state law, Minnesota disaggregates each category into detailed groups to further represent our student populations. Parents or guardians are not required to answer the federal questions (**in bold**) for their children. If you choose not to answer the federal questions (**in bold**), federal law requires schools to choose for you. This is a last resort—we prefer that parents or guardians complete the form. State questions are labeled as "Optional" and schools will not fill in this information for you. Refusal to respond to any questions will not impact enrollment in a school.

This information helps improve teaching and learning for everyone and helps us accurately identify and advocate for students currently underserved. The information this form collects is considered private information. You can review the privacy notice to learn more about the purpose of collecting this information, how it will be used and not used, and how the detailed groups were identified. The privacy notice can be found on MDE's Frequently Asked Questions, <https://education.mn.gov/MDE/fam/count>.

**Is the student Hispanic/Latino as defined by the federal government?** The federal definition includes persons of Cuban, Mexican, Puerto Rican, South or Central American, or other Spanish culture or origin, regardless of race.<sup>1</sup>

*[You must select "yes" or "no" to this question.]*

**Yes** *[If yes, go to Question A.]*

**No** *[If no, go to Question 1.]*

Optional Question A: If yes was chosen above, select all that apply from the list below (*this question will not be answered by school staff*):

- |  |                                       |  |  |
|--|---------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Decline to indicate | <input type="checkbox"/> Guatemalan   | <input type="checkbox"/> Salvadoran        | <input type="checkbox"/> Other Hispanic/Latino |
| <input type="checkbox"/> Colombian           | <input type="checkbox"/> Mexican      | <input type="checkbox"/> Spaniard/Spanish/ | <input type="checkbox"/> Unknown               |
| <input type="checkbox"/> Ecuadorian          | <input type="checkbox"/> Puerto Rican | <input type="checkbox"/> Spanish-American  |  |

*Go to Question 1.*

*[Select "yes" to at least one of the Questions (1-6) below.]*

**Question 1: Does the student identify as American Indian or Alaska Native as defined by the state of Minnesota?** The state of Minnesota definition includes persons having origins in any of the original peoples of North America who maintain cultural identification through tribal affiliation or community recognition. [This question is needed to calculate state aid/funding.]

**Yes** *[If yes, go to Question 1a.]*

**No** *[If no, go to Question 2.]*

Optional Question 1a: If yes was chosen above, select all that apply from the list below (*this question will not be answered by school staff*):

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Decline to indicate | <input type="checkbox"/> Cherokee      | <input type="checkbox"/> Other North American Indian Tribal Affiliation |
| <input type="checkbox"/> Anishinaabe/Ojibwe  | <input type="checkbox"/> Dakota/Lakota | <input type="checkbox"/> Unknown  |

*Go to Question 2.*

<sup>1</sup>Federal Register, Vol. 72, No. 202/Friday, October 19, 2007/Notices/59274

---

**Question 2. Is the student American Indian from South or Central America?**

**Yes** [Go to Question 3.]

**No** [Go to Question 3.]

---

**Question 3. Is the student Asian as defined by the federal government?** The federal definition includes persons having origins in any of the original peoples of the Far East, Southeast Asia, or the Indian subcontinent including, for example, Cambodia, China, India, Japan, Korea, Malaysia, Pakistan, the Philippine Islands, Thailand, and Vietnam.<sup>1</sup>

**Yes** [If yes, go to Question 3a.]

**No** [If no, go to Question 4.]

Optional Question 3a. If yes was chosen above, select all that apply from the list below (*this question will not be answered by school staff*):

Decline to indicate

Chinese

Karen

Other Asian

Asian Indian

Filipino

Korean

Unknown

Burmese

Hmong

Vietnamese

Go to Question 4.

---

**Question 4. Is the student black or African American as defined by the federal government?** The federal definition includes persons having origins in any of the black racial groups of Africa.<sup>1</sup>

**Yes** [If yes, go to Question 4a.]

**No** [If no, go to Question 5.]

Optional Question 4a. If yes was chosen above, select all that apply from the list below (*this question will not be answered by school staff*):

Decline to indicate

Ethiopian-Other

Somali

African-American

Liberian

Other black

Ethiopian-Oromo

Nigerian

Unknown

Go to Question 5.

---

**Question 5. Is the student Native Hawaiian or Other Pacific Islander as defined by the federal government?** The federal definition includes persons having origins in any of the original peoples of Hawaii, Guam, Samoa, or other Pacific Islands.<sup>1</sup>

**Yes** [Go to Question 6.]

**No** [Go to Question 6.]

---

**Question 6. Is the student white as defined by the federal government?** The federal definition includes persons having origins in any of the original peoples of Europe, the Middle East, or North Africa.<sup>1</sup>

**Yes**

**No**

Parent(s)/Guardian Name \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Parent(s)/Guardian Signature \_\_\_\_\_



**Pregunta 2. ¿Es el estudiante indio americano de Sur o Centro América?**

- Sí** (En caso afirmativo, pase a la pregunta 3.)
  - No** (Si la respuesta es No, pase a la pregunta 3.)
- 

**Pregunta 3. ¿Es el estudiante asiático según lo define el gobierno federal?** La definición federal incluye personas que tienen orígenes en cualquiera de los pueblos originarios del lejano oriente, sudeste asiático o el subcontinente indio, incluyendo, por ejemplo, Camboya, China, India, Japón, Corea, Malasia, Pakistán, las islas Filipinas, Tailandia, y Vietnam <sup>1</sup>

- Sí** (En caso afirmativo, pase a la pregunta 3a.)
- No** (Si la respuesta es No, pase a la pregunta 4.)

Pregunta opcional 3a. Si respondió Sí, seleccione todas las que correspondan de la lista a continuación (el personal de la escuela no contestará esta pregunta):

- |  |                                   |                                     |  |
|--|-----------------------------------|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Declina indicar | <input type="checkbox"/> Chino    | <input type="checkbox"/> Karen      | <input type="checkbox"/> Otro lugar asiático |
| <input type="checkbox"/> indio asiático  | <input type="checkbox"/> Filipino | <input type="checkbox"/> Coreano    | <input type="checkbox"/> Origen desconocido  |
| <input type="checkbox"/> Birmano         | <input type="checkbox"/> Hmong    | <input type="checkbox"/> Vietnamita |  |

Pase a la pregunta 4.

---

**Pregunta 4. ¿Es el estudiante negro o afroamericano según lo define el gobierno federal?** La definición federal incluye personas que tienen orígenes en cualquiera de los grupos raciales negros de África. <sup>1</sup>

- Sí** [En caso afirmativo, pase a la pregunta 4a.]
- No** [Si la respuesta es No, pase a la pregunta 5.]

Pregunta opcional 4a. Si respondió Sí, seleccione todas las que correspondan de la lista a continuación (el personal de la escuela no contestará esta pregunta):

- |  |                                      |   |
|--|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Declina indicar | <input type="checkbox"/> Etíope-otro | <input type="checkbox"/> Somalí             |
| <input type="checkbox"/> Afroamericano   | <input type="checkbox"/> Liberiano   | <input type="checkbox"/> Otra raza negra    |
| <input type="checkbox"/> Etíope-Oromo    | <input type="checkbox"/> Nigeriano   | <input type="checkbox"/> Origen desconocido |

Pase a la pregunta 5.

---

**Pregunta 5. ¿Es el estudiante nativo de Hawái u otra isla del Pacífico según lo define el gobierno federal?** La definición federal incluye personas que tienen orígenes en cualquiera de los pueblos originarios de Hawái, Guam, Samoa u otras islas del Pacífico. <sup>1</sup>

- Sí** (Pase a la pregunta 6.)
  - No** (Pase a la pregunta 6.)
- 

**Pregunta 6. ¿Es el estudiante blanco según lo define el gobierno federal?** La definición federal incluye personas que tienen orígenes en cualquiera de los pueblos originarios de Europa, el Medio Oriente o el Norte de África. <sup>1</sup>

- Sí**
- No**

Nombre del padre/tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del padre/tutor \_\_\_\_\_

El propósito de recopilar cada grupo, cómo se usará y no se usará la información, y cómo se identificaron los grupos más detallados se puede encontrar en el documento de preguntas frecuentes adjunto.

<sup>1</sup>Registro Federal, Vol. 72, No. 202/Viernes 19 de octubre de 2007/Avisos/59274

**West St. Paul-Mendota Heights-Eagan Area Schools (District 197)  
Student Acceptable Use and iPad Use Agreement**

**Internet and Electronic Resources Use Agreement – Parent/Guardian**

As the parent or guardian of this student, I have read and discussed with my child the school district policies and addenda relating to safety and acceptable use of the district technology computer system, which includes electronic resources, cloud-based tools, electronic communications and Internet resources or accounts on or off school district property and/or personal electronic resources while on district property and/or the district technology system. I understand that this access is designed for educational purposes. The school district has taken precautions to eliminate controversial material. However, I also recognize it is impossible for the school district to restrict access to all controversial materials and I will not hold the school district or its employees or agents responsible for materials acquired on the Internet. Further, I accept full responsibility for supervision if and when my child's use is not in a school setting. I hereby give permission to issue an account for my child and certify that the information contained on this form is correct.

**Signature required if a student is new to the school district or in grades K, 5 or 9.**

All District Policies are available online at <https://www.isd197.org/district/school-board/policy-manual>.

**iPad Student Expectations - Read and Initial**

<b>iPad Student Expectations</b>	<b>Student Initials</b>	<b>Parent Initials</b>
I will only use the iPad for work that my teacher assigns.		
I will only search the Internet on the iPad when and where assigned by my teacher.		
I will ask for permission before recording my peers and/or teachers.		
I understand the iPad is a learning tool, and I am responsible for its condition.		
I understand that School District 197 will create an account(s) for my child as needed for management of the device and for student academic use.		
I will handle the iPad with care and carry it carefully.		
I will maintain a positive attitude and appreciate my opportunity to use an iPad for learning.		
I understand that I must follow this and all technology agreements/policies or I may lose the privilege of using an iPad in my classroom.		
I understand that if a charging block and/or cord is lost or damaged then I am responsible to pay the replacement fee. The fee is \$20 per charging block and/or \$20 per cord.		
We acknowledge that we have seen iPad User Agreement and understand the information and expectations for iPad usage and the Acceptable Use of the Internet and Electronic Resources (Policy 524) in School District 197.		

**We have read and understand the iPad Use Agreement and understand the information and expectations for iPad usage and the Acceptable Use of the Internet and Electronic Resources (Policy 524) in School District 197.**

Student's Name (please print) \_\_\_\_\_ Grade \_\_\_\_\_

Student's Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Parent or Guardian's Name (please print): \_\_\_\_\_

Parent or Guardian's Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**Escuelas del área de West St. Paul - Mendota Heights - Eagan (Distrito 197)  
Acuerdo de Uso Aceptable del Estudiante y Uso del iPad**

**Acuerdo de Uso de Internet y Recursos Electrónicos – Padre/Tutor**

Como padre o tutor de este estudiante, he leído y discutido con mi estudiante(a) las políticas del distrito escolar y los anexos relacionados con la seguridad y el uso aceptable del sistema informático de tecnología del distrito, que incluye recursos electrónicos, herramientas basadas en la nube, comunicaciones electrónicas e Internet, recursos o cuentas dentro o fuera de la propiedad del distrito escolar y/o recursos electrónicos personales mientras se encuentran en la propiedad del distrito y/o el sistema de tecnología del distrito. Entiendo que este acceso está diseñado para fines educativos. El distrito escolar ha tomado precauciones para eliminar material controversial. Sin embargo, también reconozco que es imposible que el distrito escolar restrinja el acceso a todos los materiales controversiales y no responsabilizaré al distrito escolar ni a sus empleados o agentes por los materiales adquiridos en Internet. Además, acepto la responsabilidad total de la supervisión siempre y cuando mi estudiante no use el dispositivo en un entorno escolar. Por la presente doy permiso para emitir una cuenta para mi estudiante(a) y certifico que la información contenida en este formulario es correcta.

**Firma requerida si un estudiante es nuevo en el distrito escolar o en los grados K, 5 o 9.**

Todas las políticas del distrito están disponibles en línea en <https://www.isd197.org/district/school-board/policy-manual>.

**Expectativas de los estudiantes sobre el uso del iPad: leer e inicializar**

<b>Expectativas de los estudiantes sobre el uso del iPad</b>	<b>Iniciales del estudiante</b>	<b>Iniciales de los padres</b>
Solo usaré el iPad para el trabajo que me asigne mi maestro.		
Solo buscaré en Internet en el iPad cuando y donde me lo asigne mi maestro.		
Pediré permiso antes de grabar a mis compañeros y/o profesores.		
Entiendo que el iPad es una herramienta de aprendizaje y soy responsable de su estado.		
Entiendo que el Distrito escolar 197 creará una(s) cuenta(s) para mi estudiante según sea necesario para administrar el dispositivo y para el uso académico de los estudiantes.		
Usaré el iPad con cuidado y lo llevaré con cuidado.		
Mantendré una actitud positiva y apreciaré la oportunidad de usar un iPad para aprender.		
Entiendo que debo seguir este y todos los acuerdos/políticas de tecnología o puedo perder el privilegio de usar un iPad en mi salón de clases.		
Entiendo que si un bloque de carga y/o un cable se pierden o dañan, soy responsable de pagar la tarifa de reemplazo. La tarifa es de \$20 por bloque de carga y/o \$20 por cable.		
Reconocemos que hemos visto el Acuerdo de usuario del iPad y comprendo la información y las expectativas para el uso del iPad y el uso aceptable de Internet y los recursos electrónicos (Política 524) en el Distrito escolar 197.		

**Hemos leído y comprendido el Acuerdo de uso del iPad y comprendemos la información y las expectativas para el uso del iPad y el uso aceptable de Internet y los recursos electrónicos (Política 524) en el Distrito escolar 197.**

Nombre del estudiante (letra de imprenta) \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

Firma del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del padre o tutor (letra de imprenta): \_\_\_\_\_

Firma del padre o tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_