Garfield County School District No. 16

Formulario de Inscripción

La aceptación de esta aplicación para la matriculación es con sujeción a que su niño no ha sido expulsado de una escuela dentro de los últimos 12 meses. Los oficiales de la escuela avisarán a la escuela de asistencia durante los pasados 12 meses y si ha habido una expulsión, su niño no será capaz de asistir a la escuela.

Nombre Legal Completo de Estudiante: (Apellido) _____ (Primer)_____(Medio)_____
Género: niño niña Fecha de nacimiento: _____ Grado: _____ El lugar de nacimiento _____
Última Escuela asistió _____ Estado ___ Fecha en que entró el estudiante? SD#16 Distrito Escolar _____ CO _____ USA _____

Étnico: Consideras su mismo de origen Hispano/Latino? (*escoge solo uno*) ☐ **No** ☐ **Si** Cuba, México, Puerto Rico, América del sur o Central, o otra cultura Española, sin caso de rasgó
Rasgo: *(escoge uno o mes)* ☐ **Indio Americano o Alaska:** N., S., o Central Am ☐ **Asiático** ☐ **Negro o Africana Americana** ☐ **Nativo de Hawai/Islas Pacificas** ☐ **Blanco**

Aprendió su hijo (a) a hablar un idioma que no es el inglés, antes de que inglés? Si No ¿Qué lengua aprendo tu hijo /a primera?_____ Lenguaje que el estudiante habla en casa?_____ ¿ Lenguaje qué los adultos hablan en casa?_____ Idioma preferida de comunicación entre la escuela y la casa? ☐ Inglés ☐ español

---

The McKinney-Vento Homeless Education Assistance Improvements Act. Las respuestas a esta información ayudan a determinar los servicios que el estudiante podría recibir. ¿Cuál es la situación actual de la vivienda del estudiante? **Por favor, marque una o más de las siguientes alternativas** ☐ en un refugio (viviendas de emergencia o transitorias) ☐ en un motel, hotel, coche o campamento ☐ en una vivienda de transición de un programa ☐ con amigos o miembros de la familia debido a la pérdida de vivienda o dificultades económicas ☐jóvenes que no cuentan con sus padres o tutores ☐ Vivienda inadecuada (sin cocina o baño) ☐ ninguna de las situaciones anteriores
Si está experimentando una situación de vivienda transitoria/temporal, ¿le gustaría recibir una llamada de seguimiento? ☐ Sí ☐ No

---

HOGAR PRIMERO: Dónde estudiante vive la mayoría del tiempo.
Si los padres están legalmente separados o divorciados, la escuela tiene que dar los derechos iguales a cada padre y para ver los récords educacionales del estudiante a menos que un padre tenga un orden de la corte diciendo algo diferente. Alguno orden del corte tiene que estar firmado por el corte y necesita tener la fecha, y una copia del orden tiene que estar dado a la escuela para los récordes ☐ **Papeles en archivo**

Niño vive con: ☐ Ambos padres en mismo hogar ☐ Custodia compartida ☐ Solo la Madre ☐ Sólo el Padre ☐ Otro _____

Dirección del Correo postal: _____ Apt# _____ Ciudad _____ Estado _____ Dirección de Residencia: _____ Apt# _____ Ciudad _____ Estado _____ Teléfono en Casa: _____ ☐ Local ☐ Larga distancia

Nombre del Padre/Guardián Legal: _____ Relación al estudiante: _____

Empleador: _____ Teléfono en Trabajo #:_____ Teléfono Celular #:_____ Correo electrónico: _____

Nombre del Padre/Guardián Legal: _____ Relación al estudiante: _____
Empleador: _____ Teléfono en Trabajo #:_____ Teléfono Celular #:_____ Correo electrónico: _____
Por favor escribe los otros hermanos(as) que viven en la casa:

Por favor escribe los astros hermanosa(as) que viven en la casa:

Nombre	Genero	Fecha de Nacimiento	Escuela

_____ _____
Firma del Padre/Guardián Legal ***Fecha***

SI AMBOS PADRES NO VIVEN EN MISMO HOGAR, COMPLETA INFORMACIÓN PARA SEGUNDO HOGAR.

SEGUNDO HOGAR: Estudiante está aquí solamente: ☐ parte del tiempo ☐ nunca. **¿Este padre puede contactar al estudiante? Si No Recoge al estudiante? Sí No**

Dirección del Correo postal: _____ Apt# _____ Ciudad _____ Estado _____ Dirección de Residencia: _____ Apt# _____ Ciudad _____ Estado _____

Teléfono en Casa: _____ ☐ Local ☐ Larga distancia?

Nombre del Padre/Guardián Legal: _____ Relación al estudiante: _____

Empleador: _____ Teléfono en Trabajo #:_____ Teléfono Celular #:_____ Correo electrónico: _____
Nombre del Padre/Guardián Legal: _____ Relación al estudiante: _____
Empleador: _____ Teléfono en Trabajo #:_____ Teléfono Celular #:_____ Correo electrónico: _____
Por favor escribe los otros hermanos(as) que viven en la casa:

Nombre	Genero	Fecha de Nacimiento	Escuela

¿Alguno de los siguientes se ajusta a su estado de vivienda?

- Compartiendo vivienda con otras personas debido a la pérdida de vivienda, dificultades económicas o una razón similar.
- Viviendo en un motel u hotel, o campamento debido a la falta de alojamiento alternativo adecuado.
- Viviendo en refugios de emergencia o transitorios.
- Tiene una residencia principal que sea un lugar público que no se use normalmente como un alojamiento regular para dormir.
- Viviendo en un automóvil, parque, lugar público, edificio abandonado, vivienda deficiente (de acuerdo con los estándares de HUD), estación de autobús o tren.
- Migratorio, viviendo en cualquiera de las circunstancias anteriores.
- Jóvenes no acompañados que no están bajo la custodia física de un padre o tutor legal.

Si alguno de estos se aplica a usted o a alguien que conoce, su(s) hijo(s) puede(n) ser elegible para recibir servicios bajo la Ley McKinney-Vento de Asistencia para la Educación para Personas sin Hogar de 2001.

Garfield 16 tiene el Centro de Recursos Familiares Escolares para apoyar a sus estudiantes.

Nuestro Centro de Recursos Familiares Escolares (SBFRC) puede brindar apoyo a los estudiantes y familias que están experimentando dificultades. Brindamos acceso al programa de desayuno / almuerzo gratuito a través de las escuelas, transporte hacia / desde la escuela (caso por caso), mochilas, útiles escolares, artículos de higiene, recursos comunitarios, abrigos, calcetines y ropa interior.

Centro de Recursos Familiares
251 N. Parachute Ave.
Parachute, CO 81635

Abierto: Lunes y viernes solo con cita previa
Martes a jueves de 8:00 a.m. a
4:00 a.m.

Comuníquese con SBFRC al (970) 285-5701 ext. 5190,
si está experimentando alguna de las situaciones de vivienda anteriores.

Date Received: _____

P.O. Box 68 Parachute, CO 81635
Office: (970) 285-5701 Fax: (970) 285-5711

Date Sent: _____

Solicitud de Registros Estudiantiles

□ **Grand Valley High School**
Office: (970) 285-5705 Fax: (970) 285-5715

□ **Grand Valley Middle School**
Office: (970) 285-5707 Fax: (866) 847-6418

□ **Bea Underwood Elementary**
Office: (970) 285-5703 Fax: (970) 285-5713

□ **G.V. Center for Family Learning**
Office: (970) 285-5702 Fax: (866) 864-6754

Nombre Legal Completo de Estudiante: (Apellido) _____ (Primer)_____ (Medio)_____

Fecha de nacimiento _____ Género: ☐ Niño ☐ Niña Años: _____ Grado: _____

Escuela Previa: _____ La Teléfono: _____

La Caja de Correo Postal: _____

Número de fax: _____

¿Ha recibido el estudiante ALGUNO de los siguientes servicios: ☐ IEP ☐ ILP ☐ 504 ☐ ELL ☐ Dotados y Talentosos

* POR FAVOR ENVÍE POR FAX LO SIGUIENTE LO ANTES POSIBLE PARA ACELERAR LA INSCRIPCIÓN*

A quien puede concernir:

* Boletas o reports (transcripts/report cards)
* Toda inmunización registra/ récords de salud (Immunization & Health records)
* Información de examenes – evaluacion del estado (Test Data – state assessments)
* Especial de educación – documentos del IEP (Special Education – IEP Records)
* Documentos disciplina (Discipline Records)
* Documentos asistencia (Attendance Records)
* Deportes de fisica (Sports Physical)
* Otro (Other) _____

Yo, el undersigned , da el permiso para el encima de escuela denominada para adelantar el registro de mi nino a:

Firma de padre o guardian: _____ Fecha: _____

Firma en letra de molde: _____ Fecha: _____

Los oficiales de maestros y escuela que trabajan con los estudiantes y escuelas a cual estudiantes solicitan la entrada puede tener acceso también a registros de educación sin el consentimiento del padre. Además, la información de registros de estudiante se puede liberar para Expresar y los oficiales locales de la educación para conducir las revisiones o para revisar los registros de acuerdo con leyes federales. Las escuelas pueden revelar también información de registros de educación sin el consentimiento de padres en la respuesta a órdenes de citaciones o tribunales.

Nota Los maestros y los funcionarios escolares que trabajan con los estudiantes y las escuelas a las que los estudiantes solicitan ingreso también pueden tener acceso a los registros educativos sin el consentimiento de los padres. Además, la información de los registros de los estudiantes puede divulgarse a los funcionarios de educación estatales y locales para revisar los registros de conformidad con las leyes federales. Las escuelas también pueden divulgar información de los registros educativos sin el consentimiento de los padres en respuesta a citaciones u órdenes judiciales.

Garfield County School District No. 16

Historia de Educación

Nombre de el Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre de la última Escuela: _____ Teléfono#: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Fecha de su ultimo dia en la escuela: ___/___/___

Grado	Nombre de Escuela	Ciudad, Estado	Anos de Estudio
K			
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			

¿Ha reprobado grados? _____ Si, ¿Cuales grados ha reprobado? _____

Para mantener la disciplina, el orden y la seguridad, requerimos que se respondan las siguientes preguntas:

¿Alguna vez el estudiante ha sido suspendido de la escuela? ☐Sí ☐ No En caso afirmativo, ¿cuántas veces? _____

En caso afirmativo, ¿cuál fue el motivo de la suspensión? _____

Nombre de Escuela: _____

¿Alguna vez el estudiante ha sido expulsado de la escuela? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, ¿cuál fue el motivo de la expulsión? _____

¿Tenía el estudiante un plan de comportamiento? ☐ Sí ☐ No Fecha de expulsión: _____

¿Alguna vez el estudiante ha sido citado o acusado de una violación de la ley, adjudicado o condenado por un tribunal o ha recibido un enjuiciamiento, sentencia o desviación diferida? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, indique la infracción:

_____

Nombre del oficial de libertad condicional: _____ Teléfono #: _____

Toda la información indicada anteriormente es precisa para mi leal saber y entender.

Firma de los Padres: _____ Fecha: _____

Garfield County School District No. 16

Información Académica / Sanitaria

Nombre completo del estudiante _____ Fecha de nacimiento: _____

Su niño siempre ha tenido asistencia?

		Ano		Ano		Ano
☐ De lectura	☐ IEP	____	☐ 504 Plan	____	☐ Talentosos	____
☐ Emocionales	☐ IEP	____	☐ Plan de Lectura (ILP)	____	☐ Aprendiendo Ingles	____
☐ Educación especial	☐ IEP	____	☐ Título 1 Matemática	____	☐ Limitaciones de actividades	____
☐ de habla	☐ IEP	____	☐ Título 1 Lectura	____	☐ Dificultades del oido	____
☐ ADHD/ADD	☐ IEP	____	☐ Aconsejar	____	☐ El ojo (lentes)	____

¿Estudiante necesita medicina? Si ☐ Nombre del medicamento _____

Si si, necesita tomarla en la escuela? Si ☐ No ☐ En caso afirmativo, el empleado de salud se comunicara con usted.

¿Su hija tiene alergias? Si ☐ No ☐

Lista alergias	**Reacciones**	**Necesita Epi Pen**
Asonal _____	_____	Si ☐ No ☐
Comida _____	_____	Si ☐ No ☐
Abeja _____	_____	Si ☐ No ☐
Medicina _____	_____	Si ☐ No ☐
Animal _____	_____	Si ☐ No ☐
Otro _____	_____	Si ☐ No ☐

Su niño ha teñido:

Asma Si ☐ No ☐ Explique

_____

Serias enfermedades crónicas Si ☐ No ☐ Explique

_____

Dolor de cabeza crónicos Si ☐ No ☐ Explique _____

Mucho dolor de estomago Si ☐ No ☐ Explique _____

Lesiones Graves Si ☐ No ☐ Explique _____

Operaciones Si ☐ No ☐ Explique _____

Convulsiones Si ☐ No ☐ Explique _____

Lesion craneal Si ☐ No ☐ Explique _____

¿Problemas médicos o de salud? _____

Firma de los padres: _____ Fecha: _____

Distrito Escolar 16 del Condado de Garfield
Permiso para salir con estudiante/contacto de emergencia

Nombre legal completo del estudiante: _____Fecha de nacimiento: _____

Al firmar a continuación, usted da a la siguiente persona permiso para salir de la escuela con su estudiante sin su permiso. Por favor, agregue cualquier información adicional que crea que podríamos necesitar saber.

Nombre:	
Relación con el estudiante:	Números de teléfono):
¿Permiso para sacar a su estudiante? S ☐ N ☐	¿Contacto de emergencia? S ☐ N ☐
Notas:	

Nombre:	
Relación con el estudiante:	Números de teléfono):
¿Permiso para sacar a su estudiante? S ☐ N ☐	¿Contacto de emergencia? S ☐ N ☐
Notas:	

Nombre:	
Relación con el estudiante:	Números de teléfono):
¿Permiso para sacar a su estudiante? S ☐ N ☐	¿Contacto de emergencia? S ☐ N ☐
Notas:	

En caso de emergencia, se harán todos los esfuerzos posibles para comunicarse con los padres/tutores legales ANTES de que se llame a los contactos de emergencia mencionados arriba.

Firma del padre/tutor legal: _____ Fecha: _____

Garfield County School District No. 16
Permiso del Padre/Tutor Y Acuerdo De Tratamiento de Emergencia

Nombre del estudiante _____ Fecha de Nacimiento ___ / ___ / ____ Grado _____

Dirección de la casa del estudiante _____ Ciudad _____ Teléfono de casa _____

Nombre de la madre / tutor _____ Teléfono del trabajo _____ Celular _____

Nombre del padre / tutor _____ Teléfono del trabajo _____ Número de celular _____

Nombre del familiar más cercano _____ Número de teléfono _____ Número de celular _____

Otra persona de contacto _____ Número de teléfono _____ Número de celular _____

Información médica: **(No se administrará ni se permitirá que el estudiante lleve consigo medicamentos sin un formulario de "Permiso para la administración de medicamentos" firmado por el padre/tutor y el médico/proveedor médico. Se requiere un formulario por separado para cada medicamento. Consulte la oficina para el formulario de administración de medicamentos).**

Este Acuerdo es válido durante todo el año escolar durante el cual se firma. Se requiere información actualizada antes de cada actividad, evento deportivo y viaje nocturno. Entiendo que es mi responsabilidad como padre/tutor contactar a la escuela y actualizar esta información a medida que surjan cambios. Inicial del padre/tutor: _____

Condiciones de salud existentes	**Dosis que toma actualmente actuales**	**Alergias conocidas/Alergia a comidas**
1, _____	1. _____	1. _____
2, _____	2. _____	2. _____
3, _____	3. _____	3. _____

Nombre del médico _____ Número de teléfono _____

Información del seguro médico: nombre de la compañía aseguradora _____

Seguro privado ☐ Seguro escolar ☐ Seguro CHP Plus ☐ Medicaid ☐
Número de póliza _____ Número de grupo _____

Nombre del miembro asegurado _____

Exención de seguro

☐ - **No estoy asegurado**, elijo no estar asegurado y asumo los riesgos de lesiones al estudiante mencionado anteriormente y absolverá al Distrito Escolar 16 del Condado de Garfield y a su personal de cualquier y toda responsabilidad financiera por lesiones incurridas mientras participo en actividades relacionadas con la escuela tanto dentro como fuera de la propiedad Escolar.

Autorización para el tratamiento de un menor

Soy el padre o tutor legal del estudiante mencionado anteriormente y por la presente doy mi consentimiento para el tratamiento médico y quirúrgico de emergencia de este menor en un hospital autorizado por un médico autorizado de Colorado si su condición lo requiere en mi ausencia durante las actividades relacionadas con la escuela. tanto dentro como fuera de la propiedad escolar. Entiendo que en tal caso, primero se harán intentos razonables para contactarme, si el tiempo y las condiciones lo permiten. Aceptó ser responsable de todos y cada uno de los costos asociados con el transporte de mi hijo, incluidos, entre otros, el servicio de ambulancia o helicóptero, cualquier examen médico, procedimiento o tratamiento realizado a mi hijo según lo considere necesario un profesional médico. Siempre que el tratamiento médico o quirúrgico se considere necesario en la situación y esté de acuerdo con los estándares generalmente aceptados de la práctica médica para el tipo particular de enfermedad o lesión involucrada, no imponer prohibiciones específicas con respecto al tratamiento. Entiendo que el personal del distrito escolar no se hace responsable de ningún esfuerzo de buena fe para brindar atención o asistencia de emergencia a mi hijo, y no es responsable de ningún accidente, enfermedad o lesión de mi hijo durante la participación en cualquier actividad escolar, incluidos los viajes hacia y de los sitios. Liberó al Distrito Escolar 16 del Condado de Garfield ya su personal de cualquier reclamo legal que surja de la administración de tratamiento médico o quirúrgico de emergencia.

Firma legal del padre/tutor _____ Fecha _____

Nombre impreso de padre/tutor _____ Fecha _____

Garfield County School District No. 16
Declaración de Derechos de los Padres/Custodia

Nombre del Estudiante:_____ Grado:_____

Hay un acuerdo de custodia para este estudiante?

☐ SI Por favor llenar este estado de custodia.

Fecha de Acuerdo _____

*Adjuntar copia del acuerdo de custodia

☐ NO Por favor firmar y poner fecha en la parte de abajo

3. Este estudiante está sujeto a una orden judicial con respecto a la asistencia de la escuela, custodia, o un acuerdo de toma de decisiones importantes?

☐SI ☐NO

4. Quién tiene custodia o la responsabilidad de toma de decisiones importantes?

☐Madre ☐Padre ☐Otro - Por favor especificar _____

Complete el nombre y la dirección de los padres o tutores legales a continuación.

Padre/Tutor	Madre/Tutor
Dirección	Dirección
Ciudad, Estado, Código Postal	Ciudad, Estado, Código Postal
Teléfono de Casa o Móvil	Teléfono de Casa o Móvil
Teléfono de Trabajo	Teléfono de Trabajo

Garfield 16 no es responsable de hacer cumplir los derechos/asuntos de crianza incluyendo los días en que los padres tienen visitas.

Si ambos padres comparten la toma de decisiones con respecto a las decisiones educativas y no pueden llegar a un acuerdo por el niño, o en caso de ausencia de la autorización de los padres, la escuela tomará una decisión basada en el mejor interés del niño. Bajo la Ley de Privacidad de 1974, los padres tienen derecho a obtener copias de los registros de sus hijos, a menos que los tribunales hayan rescindido sus derechos o que el distrito haya recibido una Orden de Restricción de la Corte de Colorado solicitando específicamente que no entreguemos los registros de los estudiantes al padre solicitante.

PLEASE NOTE: If possible, both parents must sign this statement indicating they agree with the above information. If there is only one signature, Garfield 16 requires an explanation as to why there is only one signature.

_____ _____

Firma de Padre/Tutor Fecha Firma de Padre/Tutor Fecha

Si, solo hay una firma, por favor explique porque:_____

Garfield County School District No. 16

Formulario de registro de autobús escolar
por favor imprima

Apellido: _____ Nombre: _____ Segundo nombre: _____

Sobrenombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Grado: _____

Información del padre/guardián:

	Madre	Padre	Niñera/suplente cuidado (IE: abuelos)
Nombre:	_____	_____	_____
Direccion:	_____	_____	_____
Teléfono del trabajo:	_____	_____	_____
Teléfono celular	_____	_____	_____

Casa

AM martes miércoles jueves viernes

PM martes miércoles jueves viernes

Guarderia o Alternativa

AM martes miércoles jueves viernes

PM martes miércoles jueves viernes

Nombres y edades de hermanos y hermanas u otros niños que viven en el hogar:

_____

Otros adultos/hermanos que tienen permiso para reunirse con el estudiante en la parada de autobús.

_____

_____ _____

Firma (padre/guardián) (fecha)

Por favor, esté en la parada de autobús 5 minutos antes de la hora programada.

Para el uso del transporte solamente

AM Route _____ Assigned Bus Stop/time _____

PM Route _____ Assigned Bus Stop/time _____

Alternate Routes: _____

Encuesta Ocupacional del Colorado MEP

Su hijo puede ser candidato para recibir servicios suplementarios gratuitos, como tutoría, transporte y útiles escolares, además de otros servicios. Le agradeceríamos responder las siguientes preguntas para poder determinar su elegibilidad. Una vez contestada, envíela a la escuela o a la oficina regional de MEP que se detalla al pie de la página.

NOMBRE DEL MENOR:	APELLIDO DEL MENOR:	FECHA DE NACIMIENTO:
ESCUELA:		GRADO:
NOMBRE DEL PADRE/TUTOR:	¿Cuántas personas de menos de 22 años viven en su domicilio?	
DOMICILIO:	FECHA:	
CIUDAD:	ESTADO:	CÓDIGO POSTAL:
TELÉFONO (CON CÓDIGO DE ÁREA):		
DÍA Y HORA PARA COMUNICARNOS CON USTED:	IDIOMA PREFERIDO:	

1) ¿Durante los últimos tres años, su familia se ha cambiado a otro estado, ciudad, escuela, y/o condado?
☐ SÍ ☐ NO

2) ¿Usted o alguien de su familia directa está trabajando o ha trabajado durante los últimos tres años, en alguna de las siguientes ocupaciones relacionadas con el trabajo agrícola o pesquero?
☐ SÍ ☐ NO

CIRCULE todo lo que corresponda, incluso si el trabajo fue por un período corto.

Procesamiento & Empaquetado (fruta, vegetales, huevos, carne de pollo, cerdo, res, o cualquier otro tipo de ganado)

Agricultura o Trabajo de Campo (cosecha, recolección y clasificación de cultivo, preparación del suelo, riego, fumigación)

Lechería & Cría de Ganado (alimentar, ordeñar, acorralar/ arrear)

Vivero o Invernadero (cultivar, plantar, podar, regar, cosechar)

Silvicultura (preparación del suelo, cosecha y crecimiento, corte de árboles)

Pesca & Procesa-miento de Pescado (capturar, clasificar, empacar, transportar pescado)

Esta encuesta y los datos registrados en la misma están protegidos para mantener la confidencialidad de la familia y los menores.

Si tiene preguntas, comuníquese a:
Tracy Gallegos
596 Noth Westgate Dr.
Grand Junction, CO 81505
(970)254-5495 Tracy.gallegos@d51schools.org

Portal de Infinite Campus

Los estudiantes y los padres tienen ahora la oportunidad de acceder a calificaciones, asistencia y actualizar información personal.

Para que usted sea capaz de hacer esto, es necesario que los padres den permiso firmado y que los padres proporcionen una firma indicando que también desean el acceso y proporcionarnos una contraseña para su uso cuando se accede al Portal de Infinite Campus.

Tenga en cuenta que este es un programa basado en línea y todas las medidas de seguridad se utilizan para proteger la información de nuestros estudiantes. Este programa se utiliza en varios estados y no hemos oído hablar de los problemas de seguridad con Infinite Campus.

Por favor devuelva esta carta con las firmas y vamos a generar el acceso a usted y a su hijo/a lo más pronto posible. No dude en llamarnos y hacernos saber si cualquier cosa que vea necesita ser actualizada o si están teniendo dificultades para navegar a través de este programa.

NOTA: Cualquier porción de esta forma deja en blanco dará lugar a la denegación de acceso a Infinito Campus. Número de teléfono y dirección de correo electrónico se verificó su exactitud.

Ya tengo una cuenta de Portal. Por favor concédame acceso para:_____

Me gustaría tener acceso a las calificaciones de mi estudiante e información personal. Un correo electrónico será enviado a la dirección de correo electrónico que usted proporciona a continuación con su nombre de usuario y una contraseña temporal. Al acceder al sistema, será dirigido a crear una nueva contraseña. Por favor, guarde esta contraseña, ya que el personal del distrito no tendrá acceso a la misma.

_____ Estudiante

_____ Esquela

_____ Correo Electrónico del Padre

_____ Teléfono de Padre

_____ Firma de Padre

_____ Escriba Nombre del Padre

Completa sección a continuación Solamente para estudiantes de GVHS & GVMS

Yo_____doy mi permiso para_____ para acceder al Portal de Infinite Campus para acceso a los grados e información personal. Mi estudiante no comparte su información con otras personas, ya que es personal y confidencial.

_____ Firma de Padre

_____ Fecha

Uso de oficina-
Date Returned_____Date of Email and Activation_____