



PAQUETE DE INSCRIPCION

2024 - 2025

colheights.k12.mn.us/enroll

Nombre del estudiante: _____

Primer Nombre

Segundo Nombre

Apellido(s)

REQUISITOS

Certificado de Nacimiento

Copia

Vacunas

Copia

Prueba de domicilio e

Identificación

Copia - Factura

Evaluación Preescolar

Llamar al 763-528-4517 para una cita
SOLO PreK-3, PreK-4 y Kinder

Por favor, llame o envíe un email para verificar la disponibilidad si usted vive fuera del Distrito Escolar de Columbia Heights

PreK-3

Debe tener 3 años al 9/1/24
Horario: Marque 2 opciones

Lunes - Miércoles-Viernes

AM _____

8:00am - 10:30am

Martes -Jueves

AM _____

8:00am - 10:30 am

Lunes - Miércoles-Viernes

PM _____

11:30am - 2:00pm

Martes -Jueves

PM _____

11:30am - 2:00pm

*Este programa tiene un costo mensual, basado en una escala móvil de tarifas.

PreK-4

Debe tener 4 años al 9/1/24
Horario: Marque 2 opciones

Highland

AM _____

7:55am-10:25am

Valley View

PM _____

11:45am-2:15pm

North Park

Full Day** _____

7:55am-2:15pm

**El programa de día completo solo está disponible para los residentes de Columbia Heights en la escuela que le corresponde.

Se atiende por orden de llegada. El espacio es limitado

Debe tener 5 años al 9/1/24

Kindergarten

o los grados: **1st**

Desayuno: 7:20AM

Valley View

2nd

Horario: 7:55AM to 2:20PM

3rd

4rd

5th

North Park

Columbia Academy

6th

7th

8th

Desayuno: 7:45AM

Horario: 8:20AM to 3:15PM

Columbia Heights High School

9th

10th

11th

12th

Desayuno: 7:45AM

Horario: 8:20AM to 3:05PM

OFFICE USE ONLY

START DATE: _____ ID #: _____ DOB: _____

Columbia Heights Resident: Yes No *If No, Date Submitted* _____

Boundary Exception: Yes No *If Yes, Date Submitted* _____

Enclosed in Packet:

Birth Certificate

Proof of Address & ID

Records Request Sent: _____

Immunization Records

Bus Yes No SE

Dean Appointment: _____

Lunch Form _____

Early Entrance Yes No

EL Test date (if applicable): _____

Date filled

Early Childhood Screening

Yes _____

No _____

Packet Complete

Date and District

Date apt.

MISSING: _____

NOTES: _____

IEP: Yes No SE Coordinator _____

EL: Yes No

Level: _____

Screener Needed

Formulario de Inscripción



FECHA:

763-528-4426

SaavedraL@colheights.k12.mn.us

763-571-2176

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Nombre legal del estudiante		Nombre		Segundo Nombre			Apellido(s)			
Fecha de Nacimiento		Grado		Sexo		Idioma en la casa			Sin hogar	
Mes Día Año				M F		Inglés Español Oromo Somalí Árabe Otro _____			SI NO	
Dirección principal del estudiante			Apt/Lot #		Ciudad			Estado	Código Postal	Fecha que se mudó
								MN		
El estudiante vive con		Mamá	Papá	Madrastra	Padrastra	Tío	Tía	Otro _____		
		Abuela	Abuelo	Tutor Legal		Padres sustitutos				
¿Vive fuera del distrito?		SI	NO	¿El estudiante ya asistió a una escuela de Columbia Heights?			SI	NO		
¿El estudiante asistió a una escuela Pública en Minnesota?				SI	NO	Papá/Mamá Militar?		SI	NO	
Nombre de la última escuela que el estudiante asistió				Distrito			Tipo de escuela:		Pública	Chárter
							Privada		Escuela en casa	Ninguna
Dirección de la escuela previa		Ciudad	Estado/País		Código Postal		Teléfono de la escuela		Ultimo día que asistió	
Servicios Especiales – Marque todo lo que corresponda				Plan de Educación Individual (IEP)		504 Plan	Autismo	Dotados/Talentos		
Trastorno Emocional/Comportamiento (EBD)				Aprendiendo Inglés (EL)		Habla/Lenguaje	Sordo/Problemas de audición			
Impedimento Visual				Impedimento Físico	Impedimentos Mentales		Otro _____	Ninguno		

PAPÁ/MAMÁ – TUTOR # 1

Nombre legal Completo:		Nombre		Segundo Nombre			Apellido(s)			Sexo	Fecha de Nacimiento	
										F M	Mes/Día/Año	
Teléfono 1		Celular	Teléfono 2		Trabajo	Teléfono 3		Casa	Email		Correo electrónico	
¿Vive con el estudiante?		SI	NO	Si no, cuál es su dirección:			Ciudad		Estado	Código Postal		
Relación con el estudiante		Mamá	Papá	Vive con		Puede contactarlo	Derechos Edu.	Custodia Legal	Permiso de recogerlo			
Otro _____												

PAPÁ/MAMÁ – TUTOR # 2

Nombre legal Completo:		Nombre		Segundo Nombre			Apellido(s)			Sexo	Fecha de Nacimiento	
										F M	Mes/Día/Año	
Teléfono 1		Celular	Teléfono 2		Trabajo	Teléfono 3		Casa	Email		Correo electrónico	
¿Vive con el estudiante?		SI	NO	Si no, cuál es su dirección:			Ciudad		Estado	Código Postal		
Relación con el estudiante		Mamá	Papá	Vive con		Puede contactarlo	Derechos Edu.	Custodia Legal	Permiso de recogerlo			
Otro _____												

HERMANOS u OTROS NIÑOS QUE VIVEN EN LA MISMA CASA

Nombre	Segundo Nombre	Apellido (s)	Sexo	Fecha de nacimiento	Escuela	Grado
1 _____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
2 _____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
3 _____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
4 _____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

OFFICE ONLY

ID # _____	SCHOOL # _____	START DATE: _____	Last Lon: _____	Prev. MN Dist.: _____
Res. District: _____	Aid Cat: _____	BUS: YES NO SE	BUS Code: _____	BC Legal Papers

Formulario de designación demográfica racial y étnica

Nombre del estudiante: _____ Inicial del segundo nombre: _____ Apellido: _____

Fecha de nacimiento: _____ Distrito: # 13 Columbia Hts. Public Schools Escuela: _____

Se requiere que las escuelas reporten el origen étnico y la raza al estado y al Departamento de Educación de los EE. UU. Debido a los cambios recientes en la ley del estado de Minnesota, Minnesota desglosa cada categoría en grupos detallados para representar aun más nuestras poblaciones estudiantiles. Los padres o tutores no están obligados a responder las preguntas federales (**en negrita**) de sus hijos. Si usted decide no responder a las preguntas federales (**en negrita**), la ley federal exige que las escuelas respondan por usted. Este es un último recurso: preferimos que los padres o tutores completen el formulario. Las preguntas estatales se etiquetan como "Opcional" y las escuelas no completarán esta información por usted.

Esta información ayuda a mejorar la enseñanza y el aprendizaje para todos, y nos ayuda a identificar y abogar con precisión por los estudiantes actualmente desatendidos. La información que recopila este formulario se considera información privada. Puede revisar el aviso de privacidad para obtener más información sobre el propósito de recopilar esta información, cómo se usará y no se usará, y cómo se identificaron los grupos detallados. El aviso de privacidad se puede encontrar en nuestras *Preguntas frecuentes: Formulario de designación étnica y racial*.

¿Es el estudiante hispano/latino según lo define el gobierno federal? La definición federal incluye personas de origen cubano, mexicano, puertorriqueño, sudamericano o centroamericano o de otra cultura u origen español, independientemente de su raza. ¹

[Debe seleccionar "sí" o "no" a esta pregunta.]

Sí [En caso afirmativo, pase a la pregunta A.]

No (Si la respuesta es No, pase a la pregunta 1.)

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

Declina indicar

Guatemalteco

Salvadoreño

Otro hispano/latino

Colombiano

Mexicano

De España/español/
español-americano

Origen desconocido

Ecuatoriano

Puertorriqueño

Pase a la pregunta 1.

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.

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

[Seleccione "sí" a al menos una de las preguntas (1-6) a continuación.]

Pregunta 1: ¿ Se identifica el estudiante como indio americano o nativo de Alaska según lo define el estado de Minnesota? La definición del estado de Minnesota incluye personas que tienen orígenes en cualquiera de los pueblos originarios de América del Norte que mantienen una identificación cultural a través de la afiliación tribal o el reconocimiento de la comunidad. [Esta pregunta es necesaria para calcular la ayuda/financiación estatal.]

- Sí** [En caso afirmativo, pase a la pregunta 1a.] **No** [Si la respuesta es No, pase a la pregunta 2]

Pregunta opcional 1a: 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"/> Cherokee | <input type="checkbox"/> Otra afiliación tribal india de América del Norte |
| <input type="checkbox"/> Anishinaabe/Ojibwe | <input type="checkbox"/> Dakota/Lakota | <input type="checkbox"/> Origen desconocido |

Pase a la pregunta 2.

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 ¹

- 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. ¹

- 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 |

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.

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

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. ¹

- 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. ¹

- Sí** **No**

Nombre completo: * _____ Fecha _____

Firma: _____

***Firma electrónica:** Al escribir su nombre completo, usted da fe de que es el **padre/madre o tutor legal** y acepta que la información proporcionada es precisa a su leal saber y entender.

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.

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



EMERGENCY RECORD

EXPEDIENTE DE SALUD

For Office Use Only
Student ID: _____
Family ID: _____
Teacher: _____

Student full name: _____ **Phone:** _____
Nombre del estudiante First Name Middle Name Last Name Teléfono

Grade: _____ Birth Date: _____ Sex: M F Language: _____
Grado Fecha de nacimiento Sexo Sexo Idioma

Home Address: _____ City: _____ State: **MN** Zip: _____
Dirección Ciudad Estado Código postal

Parent or Guardian 1: _____ Relationship to Student: _____
Nombre Mamá/Papá ó Tutor Relación con el estudiante

Cellular _____ Work _____ Home _____ Child Lives With: _____
Celular Trabajo Teléfono Casa Vive con el estudiante

E-mail _____ Place of Employment: _____
Correo electrónico Lugar donde trabaja

Parent or Guardian 2: _____ Relationship to Student: _____
Nombre Mamá/Papá ó Tutor Relación con el estudiante

Cellular _____ Work _____ Home _____ Child Lives With: _____
Celular Trabajo Teléfono Casa Vive con el estudiante

E-mail _____ Place of Employment: _____
Correo electrónico Lugar donde trabaja

Does student have any? Asthma Allergies Diabetes Seizures Heart Problems Hearing Vision
¿El estudiante tiene? Asma Alergias Diabetes Convulsiones Prob. del Corazón Oído Visión

Other Health Problem(s): _____ **Explain all checked items** _____
Otros problemas médicos Explique los que marco:

Medications at home: _____ **Medication at school:** _____
Medicamentos en la casa Medicamentos en la escuela

IN CASE OF AN EMERGENCY (Two contacts who would care for this child in case a parent or guardian cannot be reached)
EN CASO DE EMERGENCIA (Dos contactos que podrían cuidar a su hijo(a) en caso de que no podamos localizar a los padres o tutores)

Contact 1: _____ **Phone:** _____ **Relationship to Student:** _____
Nombre del contacto 1 Teléfono Relación con el estudiante

Contact 2: _____ **Phone:** _____ **Relationship to Student:** _____
Nombre del contacto 2 Teléfono Relación con el estudiante

Family Doctor: _____ **Phone:** _____
Médico de la familia Teléfono

Hospital Preference: _____ **Phone:** _____
Hospital de preferencia Teléfono

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 parents.

Nuestro procedimiento es contactar a los padres en casa o en el trabajo. Se le pedirá que recoja al niño(a) y proporcionarle la atención adecuada. Si no lo podemos contactar llamaremos a los contactos que Usted anotó aquí y les pediremos cuidar a su hijo. En caso de emergencia extrema se llamará a una ambulancia y su hijo será llevado al hospital más cercano. El costo será cubierto por los padres.

Parent or Guardian Signature *: _____ Date: _____
Firma Mamá/Papá o Tutor Fecha

Electronic Signature: * By typing your full name you attest that you are the legal parent or guardian and agree that the information provided is accurate to best of your knowledge.

Minnesota es el hogar de hablantes de más de 100 idiomas diferentes. La capacidad de hablar y entender varios idiomas es valorada. La información que usted proporcione será utilizada por el distrito escolar para ver si su estudiante es multilingüe. En Minnesota, los estudiantes que son multilingües pueden calificar para un sello multilingüe tras una previa evaluación. Además, la información que usted provea determinará si su estudiante debe tomar una prueba de habilidad del idioma inglés. Basado en los resultados de la prueba, su estudiante puede tener derecho a instrucción de desarrollo del idioma inglés. **El acceso a la instrucción es requerido por la ley federal y estatal. Como padre o tutor, usted tiene el derecho de rechazar la instrucción de clases de Aprendiz de Inglés (English Learner) en cualquier momento.** Cada estudiante que se matricula debe recibir la Encuesta sobre los Idiomas de Minnesota durante la inscripción. La información solicitada en este formulario es importante para poder servir a su estudiante. Su ayuda para completar la Encuesta sobre los Idiomas de Minnesota es muy apreciada.

Información del estudiante		
Nombre completo del estudiante:		Fecha de nacimiento o identificación 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:	<input type="checkbox"/> idioma(s) aparte del inglés. <input type="checkbox"/> inglés e idioma(s) aparte del inglés. <input type="checkbox"/> solo inglés.	
2. Mi estudiante habla:	<input type="checkbox"/> idioma(s) aparte del inglés. <input type="checkbox"/> inglés e idioma(s) aparte del inglés. <input type="checkbox"/> solo inglés.	
3. Mi estudiante entiende:	<input type="checkbox"/> idioma(s) aparte del inglés. <input type="checkbox"/> inglés e idioma(s) aparte del inglés. <input type="checkbox"/> solo inglés.	
4. Mi estudiante tiene una interacción consistente con:	<input type="checkbox"/> idioma(s) aparte del inglés. <input type="checkbox"/> inglés e idioma(s) aparte del inglés. <input type="checkbox"/> solo inglés.	

El uso del lenguaje por sí solo no identifica a su estudiante como aprendiz de inglés. Si se indica un idioma que no sea el inglés, se evaluará a su hijo para determinar el dominio del idioma inglés.

Información del padre/tutor	
Nombre del padre/tutor (en letra de imprenta)*:	
Firma del padre/tutor	Fecha:

***Firma electrónica:** Al escribir su nombre completo, usted da fe de que es el **padre/madre o tutor legal** y acepta que la información proporcionada es precisa a su leal saber y entender.

* Todos los datos en este formulario son privados. Solo se compartirán con el personal del distrito que necesite dicha información para atender mejor a su estudiante y para los informes requeridos legalmente sobre el idioma del hogar y 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 voluntario.



Columbia Heights Public Schools

EL REGISTRATION FORM FOR ENGLISH LEARNERS

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN PARA ESTUDIANTE DE INGLÉS

Student's Name: _____ Start Date: _____
 Nombre completo _____ Fecha de Inicio _____
First Name Middle Name Last Name

School: _____ Grade: _____ Birth date: _____ Age: _____ Gender: M F
Escuela Grado Fecha de nacimiento Edad Sexo

Birth Country: _____ U.S. Entry Date: _____ Interpreter needed YES NO
Pais de origen Fecha de entrada a USA Necesita Interpreter Sí No

Student's First Language: _____ Language Used Most in Home: _____
Primer idioma del estudiante Idioma más usado en el hogar

Language Used Most by Student: _____
Idioma más usado por el estudiante

Language(s) student can: Read: _____ Write: _____
Idioma que el estudiante puede Leer Escribir

Language(s) Parent Reads: _____ English Speaking Contact: _____
Idioma que los padres leen Contacto que habla inglés (Name/ Nombre) (Telephone / Telefono)

Educational History – Historia Educacional

Where did the student live in his/her country? _____ City _____ Small Town _____ Rural (farm) _____
¿Dónde vivió el estudiante en su país? Ciudad Pequeño pueblo Zona rural (granja)

Did the student spend time in a refugee camp? _____ No _____ Yes _____ How Long? _____
¿El estudiante paso tiempo en un campo de refugiados? No Sí Cuanto tiempo

Does the student have any problem that may affect learning? _____ No _____ Yes _____ Details: _____
¿Tiene el estudiante algún problema que pueda afectar su aprendizaje? No Sí Detalles

Has the student had a serious illness or accident? _____ No _____ Yes _____ Details: _____
¿El estudiante ha tenido alguna enfermedad o accidente serio? No Sí Detalles

Number of years the student has studied English: _____ Date Last attended School: _____
Número de años que el estudiante ha estudiado inglés Último día que asistió a la escuela

Did the student have EL in a previous school? _____ Yes _____ No _____
¿El estudiante tenía servicios de EL en la escuela anterior? Sí No

Please record all school experiences. Begin with the most recent.
Por favor escriba todas las escuelas previas. Empezee con la más reciente.

Name of previous school _____
Nombre de la escuela previa

School location (City/Country) _____
Ciudad/País

OFFICE ONLY - SOLO PARA USO DE LA OFICINA-

ACCESS SCREENER OTHER POSSIBLE SLIFE YES NO IEP YES NO EL YES NO

ASSESSMENTS	SCORE	LEVEL
Listening		
Speaking		
Reading		
Writing		
Adjusted Overall CPL		

Recommended EL Level				
1	2	3	4	5
STATUS				
EL	Ineligible	Refusal	Exited	

Screener needed YES NO Newcomer _____ MARSS# _____ ID # _____
Country

NOTES: _____



QUESTIONNAIRE ONLY for PK-3, PK-4 or KINDERGARTEN

CUESTIONARIO SOLO PARA PK-3, PK-4 o KINDER

DOES NOT APPLY
NO APLICA

The information you provide will be helpful as we establish class lists for the next school year.

La información que ustedes provean será útil al establecer las listas de los salones de clase para el próximo año escolar.

Student's Name: _____ Male Female
Nombre completo (First) (Middle) (Last) Masculino Femenino

Date of birth: _____ Early Childhood Screening Yes No First Language: _____
Fecha de Nacimiento (Month/Day/Year) Examen de Ingreso Idioma Principal

Years in Daycare: _____ Where: _____
Años en la guardería Dónde

Years in Preschool: _____ Where: _____
Años en el preescolar Dónde

Parent/Guardian Names: _____
Nombre de los padres

English

Please check the statements that most accurately describe your child.

PERSONAL DEVELOPMENT

1. Separation from Parents

With Ease
With Difficulty

2. Interaction with Peers

Outgoing
Shy

3. Cares for Toileting Needs

With Ease
With Difficulty

LEARNING READINESS

1. Can say the ABC's

YES
NO

2. Can count to 10

YES
NO

3. Can write their first name

YES
NO

4. Can hold and cut w/scissor

YES
NO

SOCIAL SKILLS

1. Activity Level

Quiet
Active
Very Active

2. Temperament

Pleasant
Easily Upset
Angry

3. Attention Span

Focused
Sometimes Distracted
Easily Distracted

4. Impulsiveness

Timid
Watches, then tries
Adventurous

5. Cooperative Behavior

Always
Sometimes
Never

Español

Por favor marque lo que describa mejor a su hijo(a).

DESARROLLO PERSONAL

1. Separación de sus padres

Con facilidad
Con dificultad

2. Interacción con otros niños

Sociable
Tímido

3. Atiende sus necesidades de ir al baño

Con facilidad
Con dificultad

PREPARACIÓN PARA EL APRENDIZAJE

1. Sabe el abecedario

SÍ
NO

2. Cuenta hasta el 10

SÍ
NO

3. Escribe su nombre

SÍ
NO

4. Sostiene y corta con las tijeras

SÍ
NO

HABILIDADES SOCIALES

1. Nivel de actividad

Tranquilo
Activo
Muy activo

2. Temperamento

Agradable
Se molesta fácilmente
Enojón

3. Capacidad de poner atención

Se concentra
A veces distraído
Se distrae fácilmente

4. Impulsividad

Tímido
Observa y luego intenta
Aventurero

5. Disponibilidad para cooperar

Siempre
A veces
Nunca

WHAT WOULD YOU LIKE YOUR CHILD'S TEACHER TO KNOW? (Examples: strengths, limitations, special needs, fears, behavior)

¿Qué le gustaría que el profesor supiera de su hijo(a)? (Por ejemplo: fortalezas, limitaciones, necesidades especiales, temores, comportamiento)

MEDICAL OR HEALTH CONCERNS:

Preocupaciones médicas o de salud



TRANSPORTATION REGISTRATION

FORMA DE TRANSPORTACIÓN

Today's Date: _____ **School:** _____ **Start Date:** _____
 Fecha de hoy Escuela Primer día de clases

Student Name: _____ **Male** **Female**
 Nombre del estudiante First Name Middle Name Last / Apellidos Masculino Femenino

Student ID#: _____ **Grade:** _____ **Language:** _____
 Grado Idioma

Date of Birth: _____ **Cellular Phone:** _____
 Fecha de Nacimiento Teléfono

Address: _____
 Dirección House/Bldg. # Street Apt # City, State Zip Code
 # de casa Calle o Ave. Depto. # Ciudad-Estado Código postal

Emergency Information

Información de emergencia

Parent Name: _____
 Nombre completo Mamá o Tutor

Phone #: _____
 Teléfono

Relationship: _____
 Relación con el estudiante

Parent Name: _____
 Nombre completo Papá o Tutor

Phone #: _____
 Teléfono

Relationship: _____
 Relación con el estudiante

Emergency contact

Name : _____
 Contacto de emergencia

Phone #: _____
 Teléfono

Relationship: _____
 Relación con el estudiante

ONLY FOR PK-4

Sólo para PK4

AM 7:55 am – 10:25am

PM 11:45 am – 2:15pm

FULL DAY 7:55am – 2:15pm

Todo el día

Daycare Information

Información de la Guardería

Fill out this section only if your student is being picked up or dropped off at an address other than home

Llene esta sección sólo si su estudiante es recogido o es dejado en una dirección que no sea la de su casa

Pick-up: _____
 Para recogerlo House/Bldg. # Street Apt # City, State Zip Code
 Dirección # de casa Calle o Ave. Depto. # Ciudad-Estado Código postal

Drop-off: _____
 Para dejarlo House/Bldg. # Street Apt # City, State Zip Code
 Dirección # de casa Calle o Ave. Depto. # Ciudad-Estado Código postal

Daycare provider's name: _____ **Phone #:** _____
 Nombre de la guardería o persona Teléfono



REQUEST FOR RECORDS

SOLICITUD DE RECORDS

TODAY'S DATE: _____
Fecha de hoy día

GRADE: _____
Grado

STUDENTS FULL NAME: _____
First/ Nombres Middle Name Last / Apellidos

BIRTHDATE: _____
Fecha de Nacimiento

PHONE: _____
Teléfono

PARENT/GUARDIAN NAME(S): _____
Nombre del Padre, Madre o Tutor

ADDRESS: _____ CITY: _____ STATE: MN ZIP: _____
Dirección Ciudad Estado Código postal

PREVIOUS SCHOOL: _____
Nombre de la última escuela

DISTRICT #: _____ DISTRICT ADDRESS: _____
Distrito # Dirección escuela previa

PHONE: _____
Teléfono de la última escuela

FAX: _____
Fax de la última escuela



OFFICE USE ONLY

SOLO PARA USO DE LA OFICINA

Need checked items **as soon as possible**. Student **cannot start school** until we receive these

- SCHOOL RECORDS (Report cards/Transcript/Test records)
- SPECIAL EDUCATION RECORDS (IEP and Evaluations) (if applicable)
- ACCESS TEST Result/ EL Services (if applicable)
- Birth Certificate
- Immunizations Records/Health Records
- Attendance
- Discipline/Behavior Records
- Early Childhood Screening

PLEASE SEND THE ABOVE RECORDS TO:

Columbia Heights Placement Center

Saavedra@colheights.k12.mn.us

1440 49th Ave. NE

Columbia Heights, MN 55421

Phone: 763-528-4426

Fax: 763-571-2176



Thank you for choosing Columbia Heights Public Schools
Gracias por haber elegido Columbia Heights Public Schools

Student

Estudiante

DOB

Fecha de Nacimiento

Grade

Grado

School

Escuela

To complete the registration packet don't forget to attach or send the required documents

Para completar la inscripción no se olvide adjuntar o enviar los documentos requeridos

Certificado de Nacimiento

Copia

Vacunas

Copia

Prueba de domicilio e

Identificación


Copia-Factura

Early Childhood Screening

Llamar al 763-528-4517 para una cita
SOLO PK-4 y Kinder

Open Enrollment if you live outside of Columbia Heights School District

Si usted vive fuera del distrito de Columbia Heights.

 763-528-4426



SaavedraL@colheights.k12.mn.us



763-571-2176

Placement Center

Leueen Saavedra

Cultural Liaison

Columbia Heights Public Schools

1440 49th Ave. NE

Columbia Heights, MN 55421

I certify (promise) that all information on this application is true.

Yo certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera