SOLICITUD DE REGISTROS

Escuelas públicas de Monticello # 882

Complete esta sección:

Apellido del estudiante	Nombre	Segundo nombre	Fecha de nacimiento	Grado de inscripción
Distrito anterior/escuela	Ciudad, Estado	Nombre del contacto de la escuela y teléfono		

Transferencia al distrito:

Nombre del Distrito Escolar	Número del Distrito	Tipo de Distrito	Fecha de inicio del estudiante	Número MARSS
Monticello Public Schools	**882**	**01**		

Envíe los siguientes registros:

- Administrativos [nombre del estudiante, fecha de nacimiento, información del padre/tutor, dirección, números de teléfono]
- Transcripciones /calificaciones o calificaciones de salida si entre períodos de calificación
- Incluya registros de vacunación
- Resultados de exámenes
- Boletas de estandarizados Número MARSS
- Registros de disciplina
- Servicios especiales, IEP, informes psicológicos, evaluaciones/resúmenes de CD
- Registros ELL/LEP
- Otra información que puede ser útil en la colocación del estudiante
- Certificado de nacimiento

Por favor envíe un correo electrónico [de preferencia], correo postal o fax al contacto de la escuela que se indica a continuación:

Utilice la transferencia de registros electrónicos si está disponible.

Correo	Nombre de contacto	correo electrónico	Teléfono	Fax
Eastview Education Center 9375 Fenning Ave Monticello MN 55362	Trina Moen	trina.moen@monticello.k12.mn.us	763-272-2900	763-272-2909
Pinewood Elementary 1010 West Broadway Monticello MN 55362	Nicole Iano	nicole.iano@monticello.k12.mn.us	763-272-2400	763-272-2409
Little Mountain Elementary 9350 Fallon Ave Monticello MN 55362	Danielle Gores	danielle.gores@monticello.k12.mn. us	763-272-2600	763-272-2609
Monticello Middle School 800 East Broadway Monticello MN 55362	Cassie Lepper	cassie.lepper@monticello.k12.mn.us	763-272-2100	763-272-2109
Monticello High School 5225 School Blvd Monticello MN 55362	Carolyne Anderson	carolyne.anderson@monticello.k12.mn.us	763-272-3019	763-272-3023
Turning Point ALP 5225 School Blvd Monticello MN 55362	Carolyne Anderson	jcarolyne.anderson@monticello.k12.mn.us	763-272-3019	763-272-3023

Escuelas Públicas de Monticello # 882 Registro y Censo

Office Use Only:
Today's date _____ Personnel initials _____
Start date _____ Student ID # _____
Previous School attended _____

*** Por favor ingrese los nombres legales * De Padre/tutor. Si no es el padre o la madre, proporcione documentos para demostrar la tutela legal.**

Apellido del padre/tutor (apellido de soltero si es un graduado de Monticello)	Segundo nombre	Primer Nombre	Sexo M/F	Teléfono celular	Teléfono del trabajo	Prioridad en caso de emergencia	Dirección de correo electrónico

Dirección	**Ciudad**	**Estado**	**Código postal**

Padre/tutor (si corresponde - incluya divorciado, separado, etc.)

padre/tutor (apellido de soltero si es un graduado de Monticello)	Segundo nombre	Primer nombre	Sexo M/F	Teléfono celular	Teléfono de trabajo	Prioridad en caso de emergencia	Dirección de correo electrónico

Dirección	**Ciudad**	**Estado**	**Código postal**

Por favor anote por orden de nacimiento a todos los niños que viven con esta familia - de menor a mayor

Apellido	Nombre	Segundo Nombre	Fecha de nacimiento mm/dd/año	Sexo M/F	**Federal y Estatal etnicidad **Véase más adelant** **Q1**	**Región**	**Raza del estudiante **vea adelante Q2**	Restricciones de los padres Sí /No (se requerirá papeleo)	**Grado**	**estudiante vive con: Madre, padre tía, tío abuelo, tutor legal u Otro**

**** Etnicidad y raza (federal y estatal)**

Q1. ¿Los estudiantes son hispanos/latinos? **(S)** Sí, **(N)**No (en caso afirmativo, se requiere región)

Q2. Declaro que la raza del estudiante es: *****Elija una o todas las que correspondan.**

(A) Indio americano/Nativo de Alaska **(B)** Asiático **(C)** Negro o afroamericano **(D)** Nativo de Hawái o de otras islas del Pacífico **(E)** Blanco

¿Alguno de los niños incluidos en la lista a asistido a las escuelas públicas de Monticello? ____ **Si** ____ **No**	**¿Escuelas en Minnesota?** ____ **Si** ____ **No**
En caso afirmativo, incluya a/los estudiantes aquí:	
¿Alguno de sus hijos se registró con un nombre diferente al de esta solicitud? ____ **Si** ____ **No**	**otro nombre:**

Contactos de emergencia - que no sea padre/tutor (los contactos de emergencia se llamarán en el orden indicado)					
Apellido	Nombre	Relación con el estudiante	Teléfono celular	Teléfono de trabajo	Ciudad, estado

Nombre de la guardería	**teléfono de la guardería**	**Dirección**

¿Se mudó a este distrito escolar por trabajo agrícola temporal o estacional (migrante)? ____ **Si** ____ **No**
¿Actualmente reside con otra familia o persona distinta, o en un centro de vivienda temporal? ____ **Si** ____ **No**
Actualmente, ¿tiene el/los estudiante (s) un padre, tutor, hermano o pariente en el ejército? ____ **Si** ____ **No**
En caso afirmativo, quién _____ (Ejemplo: madre, padre, hermano o hermana)

Información sobre servicios especiales

¿Alguno de sus hijos recibe actualmente servicios de educación especial (IEP) **Si** ____ **No** ____
¿Recibe su hijo transporte especial? ____ **Si** ____ **No**
En caso afirmativo, ¿qué servicio (s) recibe él/ella?

ASD	Trastorno espectro autista	GT	Dotados /Talentosos	HI	Deterioro de audición	504	
DD	Retraso del Desarrollo	EBD	Trastorno / Emocional	IEP	Plan de Educación Individual	Title I	
VI	Discapacidad Visual	SMI	Trastorno severo múltiple	SLD	Discapacidad específica de Aprendizaje	EL	
SL	Ayuda con el habla/lenguaje	TBI	Lesión Cerebral traumática	DCD	Discapacidad del desarrollo cognitiva		

Nombre del niño/a	**servicio que recibe actualmente (consulte la lista anterior)**	**Nombre del niño/a**	**servicio que recibe actualmente (consulte la lista anterior)**

Autorización de foto/video: Yo/Nosotros autorizamos a la escuela a usar la foto y el nombre de mi hijo/a en cualquier programa escolar/publicación publicitaria o sitio web.		**Si**
		No
Límites: ¿Viven los padres legales del estudiante dentro de los límites del Distrito Escolar de Monticello? Si no, se debe completar un formulario de inscripción abierta a menos que el estudiante no tenga hogar o sea un pupilo del condado o estado.		**Si**
		No ¿En qué distrito escolar reside?

Kindergarten solamente: la siguiente sección se aplica a los estudiantes que ingresan a Kindergarten (jardín de niños).

El estado de Minnesota requiere que todos los niños sean evaluados antes de comenzar la escuela. ¿Ha recibido el alumno una evaluación de temprana edad?		Si Ubicación del examen:
		No

¿Ha asistido su hijo a alguno de los siguientes?		Preescolar		Head Start		Educación familiar de temprana edad (ECFE)

En caso afirmativo, ¿dónde y por cuánto tiempo?

Certifico que la información proporcionada anteriormente es verdadera.

Nombre impreso del padre/tutor	**Firma**	**Fecha**

Encuesta sobre los Idiomas de Minnesota

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: (Apellido, Nombre, Segundo Nombre)	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:	___ idioma(s) aparte del inglés. ___ inglés e idioma(s) aparte del inglés. ___ solo inglés.	
2. Mi estudiante habla:	___ idioma(s) aparte del inglés. ___ inglés e idioma(s) aparte del inglés. ___ solo inglés.	
3. Mi estudiante entiende:	___ idioma(s) aparte del inglés. ___ inglés e idioma(s) aparte del inglés. ___ solo inglés.	
4. Mi estudiante tiene una interacción consistente con:	___ idioma(s) aparte del inglés. ___ inglés e idioma(s) aparte del inglés. ___ 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:

* 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.

REGISTRO DE SALUD DEL ESTUDIANTE

SERVICIO DE SALUD ESCUELAS PÚBLICAS DE MONTICELLO

Nombre del estudiante: _____Grado_____

HISTORIAL MÉDICO

1. ¿Alguna vez ha sido informado por un médico o un profesional de la salud que su hijo/a tiene:
   a. Asthma ____
   b. Diabetes ____
   c. Condición del corazón ____
   d. Convulsiones ____
   e. Una condición de la piel ____
   f. Derivación cerebral ____
   g. Otro_____
2. ¿Su niño experimenta alguno de los siguientes?
   a. Sangrado de nariz ____
   b. Estreñimiento/Diarrea ____
   c. Dolores de cabeza frecuentes ____
   d. Otro _____
3. ¿Su hijo/a tiene una condición de salud peligrosa? Sí ____ No ____ Explique:
   _____
4. Alergias (* Tenga en cuenta si se trata de intolerancias/sensibilidades alimentarias en lugar de una alergia)
   a. Alimentos (s): ____ Lista / explique: _____
   b. Látex: ____ Lista / explique: _____
   c. Insectos: ____ Lista / explique:_____
   d. Animales: ____ Lista / explica: _____
   e. Plantas: ____ Lista / explica: _____
5. Medicación:
   a. ¿Toma su hijo/a algún medicamento? Sí ____ No ____
      En caso afirmativo, nombre del medicamento _____
   b. ¿Se necesitará el medicamento en la escuela? Sí ____ No ____
   c. Propósito de los medicamentos:_____
6. Audición/Visión
   a. ¿Le preocupa la audición de su hijo/a? Sí ____ No ____
   b. ¿Tiene su hijo/a un audífono? Sí ____ No ____
   c. ¿Le preocupa la visión de su hijo/a? Sí ____ No ____
   d. ¿Usa su hijo/a anteojos y/o lentes de contacto? Sí ____ No ____
7. Consentimiento de KI
   a. Doy mi consentimiento para que la enfermera de la escuela o su designado administre yoduro de potasio (KI) a mi hijo/a durante una emergencia nuclear. Sí ____ No ____

He leído y entiendo la información en el otro lado de este formulario

Firma del padre / tutor: _____ Fecha: _____

En caso de enfermedad o accidentes leves, nos comunicaremos con los padres/tutor en el hogar o en el trabajo. Si no recibimos una respuesta en un período de tiempo razonable, se contactará a la persona designada en el formulario de emergencia. En caso de una emergencia severa, se llamará a una ambulancia e intentaremos llamarlo lo antes posible.

Información adicional para padres o tutores sobre el yoduro de potasio y la residencia.

El yoduro de potasio

Motivo para tomar yoduro de potasio

En el caso de un accidente en una central nuclear o lo que se conoce como una emergencia radiológica, se liberará yodo radioactivo al aire. Este material puede inhalarse o ingerirse y entrar en la glándula tiroides, donde puede causar cáncer y/o enfermedades. Los niños y los bebés son los más vulnerables a este hecho. Cuando se toma en forma de píldora o líquido, el yoduro de potasio (KI) inunda la tiroides con yodo no radiactivo y evita que la tiroides absorba el material radiactivo. El yoduro de potasio debe administrarse antes o poco después de la exposición a la radiación. El yoduro de potasio solo funciona para evitar que la tiroides absorba el yodo radioactivo.

Los posibles efectos secundarios de yoduro de potasio

Es posible experimentar **cualquiera o todos** de los siguientes efectos secundarios al tomar yoduro de potasio:

- Malestar estomacal
- erupción
- reacción alérgica

Riesgos de tomar yoduro de potasio

El yoduro de potasio es seguro para la mayoría de la gente. El yoduro de potasio **no debe tomarse** si alguien:

- Es alérgico al yodo
- Tiene enfermedad de Graves
- Tiene alguna otra enfermedad de la tiroides
- Toma medicamentos para la tiroides

Administración de yoduro

potasio **sólo se administrará**:

- En caso de una emergencia radiológica
- Si el Distrito Escolar está dirigido a administrarlo por los funcionarios de salud pública del estado de Minnesota
- Si un padre/tutor firma un formulario de consentimiento para un niño

Si tiene alguna pregunta, llame a la enfermera de la escuela al siguiente número:

Eastview Education Center: 763-272-2920
High School: 763-272- 3020
Little Mountain Elementary: 763-272-2620
Middle School: 763-272-2121
Pinewood Elementary: 763-272-2421

Residencia estudiantil/familiar

Sus hijos pueden ser elegibles para servicios educativos adicionales a través del Título I Parte A y/o Ley Federal de Asistencia a Personas sin Hogar McKinney-Vento.

Si actualmente reside en alguna de las siguientes situaciones, consulte con la secretaria del edificio. Si las siguientes situaciones no se aplican a usted, ignore el resto de esta información.

A. Alojarse en un refugio (refugio familiar, refugio de violencia doméstica, refugio juvenil)
B. Comparte la vivienda de otros debido a la pérdida de vivienda, dificultades económicas o razones similares
C. Vivir en un automóvil, parque, campamento, edificio abandonado u otro alojamiento inadecuado
D. Vivir temporalmente en un motel u hotel debido a la pérdida de la vivienda, dificultades económicas o una razón similar.
E. Vivir solo como un estudiante menor de edad sin un adulto (joven no acompañado)

Si reside en cualquiera de las situaciones anteriores y cumple con los criterios de falta de vivienda, su hijo/a tiene derecho a:

- ✔ Continuar asistiendo a la escuela en la escuela a la que asistió antes de quedarse sin hogar (escuela de origen).
- ✔ Recibir transporte a la escuela de origen.
- ✔ Inscribirse en la escuela sin dar una dirección permanente y asista a clases mientras la escuela organiza una transferencia escolar, registros de vacunación u otros documentos requeridos para la inscripción.
- ✔ Reciba los mismos programas y servicios especiales, si es necesario, que se proporcionan a todos los demás niños que reciben servicios en estos programas.
- ✔ Que las disputas de inscripción se atiendan rápidamente.

Por favor registre a su estudiante en línea en:

http://www.hoglundtransportation.com/students.html

Registre haga clic en "Grados K-12 Registro de transporte"

Haga esto lo antes posible para que su estudiante sea programado para una ruta; Puede tomar hasta 3 días programarlo en un autobús. Todos los estudiantes deben registrarse para el autobús, incluso si usted está en área donde el estudiante camina a la escuela, o si viene de otro Distrito escolar. Eventualmente, todos los estudiantes viajarán en un autobús incluso si es solo para una excursión.