

(For Office Use Only)				
Grade Level:	Homeroom:	Entry Date:	Local ID:	SSN:
		2025-2026 Control #:	☐ Resident	☐ Transfer

TULOSO MIDWAY ISD REGISTRATION FORM 2025-2026

STUDENT INFORMATION

Name (Last-First-Middle)	
Date of Birth (MM/DD/YYYY)	
Age	
Birth Place (City, State)	
Gender	☐ FEMALE ☐ MALE

Race/Ethnicity: (Check all that apply)

- ☐ American Indian
☐ Asian
☐ Black
☐ Hispanic
☐ Pacific Islander
☐ White

PHYSICAL Address _____ **City** _____

Zip _____ Phone () _____

MAILING Address _____ **City** _____

Zip _____ Phone () _____

PARENT/GUARDIAN INFORMATION (Legal name as it appears on ID/DL)

1. Name: _____ **Relation to Student:** _____

Address: _____

City, State, Zip: _____

Email _____ **DL#:** _____ **State:** _____ **Exp:** _____

Priority #1 Phone: _____ **Priority #2 Phone:** _____

Employer: _____

Parent/Guardian DOB: _____ **Military Service Branch?** _____

2. Name: _____ **Relation to Student:** _____

Address: _____

City, State, Zip: _____

Email _____ **DL#:** _____ **State:** _____ **Exp:** _____

Priority #1 Phone: _____ **Priority #2 Phone:** _____

Employer: _____

Parent/Guardian DOB: _____ **Military Service Branch?** _____

(Para uso de oficina solamente)				
Grado/Nivel:	Aula:	Fecha de entrada:	ID Local:	SS:
		2025-2026 # de control:	☐ Residente ☐ Estudiante de intercambio	

TULOSO MIDWAY ISD FORMULARIO DE REGISTRO 2025-2026

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Nombre (Apellido, Primer, Segundo Nombre)	
Fecha de Nacimiento (Mes/Día/Año)	
Edad	
Lugar de Nacimiento (Ciudad, Estado)	
Género	☐ MUJER ☐ HOMBRE

Raza/Origen Étnico:
(Marque todos que aplican)

- ☐ Indio Americano
☐ Asia
☐ Negro
☐ Hispano
☐ Islas del Pacífico
☐ Blanco

Dirección de Casa _____ Ciudad, Código Postal _____ Teléfono () _____

Dirección de Envío _____ Ciudad, Código Postal _____ Teléfono () _____

Nombre de la persona llenando los documentos de registro: _____ Relación: _____

INFORMACIÓN DE LOS PADRES/TUTORES (Nombre formal como está en su licencia)

1. Nombre:

Relación con el estudiante:

Dirección:

Ciudad, Estado, Código Postal:

Correo electrónico # DE LICENCIA: Estado: Vencimiento:

Teléfono de Casa: Celular:

Empleador: Teléfono del Trabajo: Extensión:

Fecha de Nacimiento del Padre/Tutor: ¿Rama de Servicio Militar?

2. Nombre:

Relación con el Estudiante:

Dirección:

Ciudad, Estado, Código Postal:

Correo electrónico # DE LICENCIA: Estado: Vencimiento:

Teléfono de Casa: Celular:

Empleador: Teléfono del Trabajo: Extensión:

Fecha de Nacimiento del Padre/Tutor: ¿Rama de Servicio Militar?

EMERGENCY CONTACTS (other than parents) Student will only be released to persons listed on this card
All changes (additions/deletions) must be made in person by legal guardian** **Legal name as it appears on ID/DL

1. Name: _____ Relation: _____ Phone: () _____

2. Name: _____ Relation: _____ Phone: () _____

3. Name: _____ Relation: _____ Phone: () _____

4. Name: _____ Relation: _____ Phone: () _____

SIBLING INFORMATION

Brother/Sister	Grade	School

The above information is required for a permanent school record of your child and will be used by school personnel. Presenting false documents, records or information is a violation of state law and my subject you to tuition cost for your child. I certify that the information given above is correct. I authorize the school to contact the person(s) named on this form in an emergency of said child. In the event parents or other persons named cannot be contacted, school officials are hereby authorized to take whatever action is necessary in the judgment for the health and safety of the above child. I will not hold the school district financially responsible for emergency care and/or transportation.

Parent or Guardian Signature _____

Date _____

CONTACTOS DE EMERGENCIA (que no sean los padres) El estudiante solo será entregado a las personas que aparecen en esta tarjeta.
***Cualquier cambio (adiciones/reversiones) deben hacerse en persona por los padres o tutores legales** ***Nombre formal como está en su licencia)*

1. Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: () _____

2. Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: () _____

3. Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: () _____

4. Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: () _____

INFORMACIÓN DE HERMANOS

Hermano/Hermana	Grado	Escuela

La información anterior es necesaria para un registro permanente de la escuela de su hijo y será utilizada por personal de la escuela. Al presentar documentos falsos, ya sea registros o información, es una violación de la ley y me sujeto a costos de matriculación de mi hijo. Certifico que la información de arriba es correcta. Autorizo que la escuela contacte a las personas nombradas en este formulario en caso de emergencia de dicho niño. En el caso que los padres u otras personas nombradas no puedan ser contactados, empleados de la escuela son autorizados a tomar cualquier acción necesaria para que ellos se sientan justos para el bien de la salud y la seguridad del niño. El distrito escolar no será financieramente responsable para el cuidado de emergencia o transporte del niño.

Firma del Padre o Tutor

Fecha

Student Emergency Card

Grade: _____

(For Office Use ONLY)

Teacher: _____ Student ID: _____

Student Name: _____ DOB: _____ SSN: _____

Name

Home

Work

Cell

Parent/Guardian 1: _____ Priority #1 Phone: _____

Address: _____

Parent/Guardian 2: _____ Priority #1 Phone: _____

Address: _____

Health History

My child has the following medical conditions:

☐ No medical conditions

☐ Allergies: _____ Date and Type of last reaction: _____

☐ Diabetes Type I/II ☐ Heart condition ☐ Blood/Bleeding Disorder ☐ Cancer ☐ Surgeries

☐ Hearing Problems ☐ Vision Problems ☐ Mental Health ☐ Seizures: Date of last seizure: _____

☐ Asthma: Date of last attack: _____ ☐ Other: _____

☐ If any of the above boxes are checked please explain, PLEASE SEE NURSE: _____

Medications taken on a regular basis: _____

Physician's Name: _____ Office Number: _____

In the event my child has need of medical treatment, when it is outwardly apparent that immediate care is necessary, CONSENT IS HEREBY GIVEN to have such treatment rendered as necessary by a physician.

Please initial:

_____ **IMPORTANT:** No medication can be given at school unless it is provided by the parent with a written request for administration. The medication must be in the original container with a label giving the student's name, date, time to be given and dosage.

_____ **ALL prescriptions or over-the-counter medications (throat spray, inhalers, etc.) MUST BE BROUGHT IN BY A PARENT/GUARDIAN. Due to risk of choking No cough drops are to be administered at school.**

Please initial ONE of the following for P.E.

_____ Regular Program: My child may take part in physical education regularly unless I send a note asking for him/her to be excused.

_____ Restricted Program: My child cannot participate in regular physical education because of the problem listed below.

Note: You will need to provide a note from the physician stating restrictions.

_____ My child does not have restrictions but has the following conditions of which you should be aware:

Emergency Contacts (other than parents): **Students will only be released to people listed on this card.**

Name

Relationship

Priority #1 phone:

Priority #2 phone:

Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____

Tarjeta Estudiantil de Emergencia

Grado: _____

(Solo para el uso de la oficina)

Maestro/a: _____ # ID del Estudiante: _____

Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____ SS: _____
Nombre Casa Trabajo Celular

Padre(s)/Tutor 1: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Padre(s)/Tutor 2: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Información Médica

Mi hijo tiene las siguientes condiciones médicas:

☐ No tiene condiciones médicas

☐ Alergias: _____ Fecha y tipo de ultima reacción: _____

☐ Diabetes Tipo I/II ☐ Condición de corazón ☐ Problemas de sangre o sangrado ☐ Cáncer ☐ Cirugías

☐ Problemas de Oídos ☐ Problemas de Visión ☐ Salud Mental ☐ Convulsiones: Fecha del último episodio: _____

☐ Asma: Fecha del último ataque: _____ ☐ Otra condición médica: _____

Si alguna de las casillas anteriores está marcada, por favor explique. Por favor vea la enfermera:

Medicaciones tomadas regularmente: _____

Doctor Medico: _____ Teléfono: _____

En el caso de que mi hijo necesite tratamiento médico, cuando se comprenda claramente que se necesita atención inmediata, CONSENTIMIENTO SE DA para que un médico realice el tratamiento que sea necesario.

Por favor escriba su inicial:

_____ **IMPORTANTE:** No se puede administrar ningún medicamento en la escuela a menos que sea proporcionado por el padre con una solicitud escrita para la administración. El medicamento debe estar en el envase original con una etiqueta con el nombre del estudiante, la fecha, la hora en que debe administrarse y la dosis.

_____ **TODAS las medicinas, ya seas recetadas o de venta libre (spray para la garganta, inhaladores, etc.,) DEBEN SER ENTREGADOS POR UN PADRE/TUTOR. Debido al riesgo de ahogo, no se administraran pastillas para la tos en la escuela.**

Por favor escriba su inicial en una de las siguientes opciones:

_____ Programa Regular: Mi hijo puede participar en educación física con regularidad, a menos de que le envíe una nota para pedirle que lo excuse.

_____ Programa restringido: Mi hijo no puede participar en educación física regular debido al problema que se detalla a continuación. **Nota: Tendrá que entregar una nota del médico que indique las restricciones.**

_____ Mi hijo no tiene restricciones, pero tiene las siguientes condiciones que debe tener en cuenta:

Contactos de emergencia (aparte de los padres): **Los estudiantes solo serán entregados a las personas nombradas en esta tarjeta.**

Nombre Relación Teléfono de Casa Teléfono de Trabajo Celular

Firma de Padre/Tutor: _____ Fecha: _____

TB QUESTIONNAIRE

Tuloso-Midway ISD



Tuberculosis (TB) is a disease caused by TB germs and is usually caused by an adult person with active TB lung disease. It is spread to another person by coughing or sneezing TB germs into the air. These germs may be breathed in by the child.

Adults who have active TB disease usually have many of the following symptoms: cough for more than two weeks duration, loss of appetite, weight loss of ten or more pounds over a short period of time, fever, chills, and night sweats.

A person can have TB germs in his or her body but not have active TB disease (this is called latent TB infection or LTBI).

Tuberculosis is preventable and treatable. TB skin testing (often called the PPD or Mantoux test) is used to see if your child has been infected with TB germs. No vaccine is recommended for use in the United States to prevent tuberculosis. The skin test is not a vaccination against TB.

We need your help to find out if your child has been exposed to tuberculosis.

Place a mark in the appropriate box:	Yes	No	Don't know
TB can cause fever for a long duration, unexplained weight loss, a bad cough (lasting over two weeks), or coughing up blood. As far as you know: • has your child been around anyone with any of these symptoms or problems? <u>Or</u> • has your child had any of these symptoms or problems? <u>Or</u> • has your child been around anyone sick with TB?			
Was your child born in Mexico or any other country in Latin America, the Caribbean, Africa, Eastern Europe, or Asia?			
Has your child traveled in the past year to Mexico or any other country in Latin America, the Caribbean, Africa, Eastern Europe, or Asia for longer than 3 weeks? If so, specify which. Country/countries? _____			
To your knowledge, has your child spent time (longer than 3 weeks) with anyone who is/has been in intravenous (IV) drug user, HIV-infected, in jail or prison or recently came to the United States from another country?			

Has your child been tested for TB? Yes _____ (if yes, specify date _____ / _____ / _____) No _____

Has your child ever had a positive TB skin test? Yes _____ (if yes, specify date _____ / _____ / _____) No _____

REQUEST FOR FOOD ALLERGY INFORMATION

Each Student Must Have This Form on File

(The district must request, at the time of enrollment, that the parent or guardian of each student attending the district disclose the student's food allergies. This form will satisfy this requirement. Additional information, regarding food allergies, including maintaining records related to a student's food allergies, can be found at FD and FL.)

This form allows you to disclose whether your child has a food allergy or severe food allergy that you believe should be disclosed to the district to enable the district to take necessary precautions for your child's safety.

Student Name: _____ **Date of Birth:** _____ **Grade:** _____

"Severe food allergy" means a dangerous or life-threatening reaction of the human body to a food-borne allergen introduced by inhalation, ingestion, or skin contact that requires immediate medical attention.

☐ **My child has NO food allergies**

If your child does have food allergies, please list any foods to which your child is allergic or severely allergic, as well as the nature of your child's allergic reaction to the food below.

Food	Nature of Allergic Reaction to the Food

Parent Signature

Date



CUESTIONARIO DE TB

Tuloso-Midway ISD

Tuberculosis (TB) es una enfermedad causada por los gérmenes de la TB y generalmente es causado por una persona adulta con TB activa. Se contagia a otra persona al toser o estornudar los gérmenes de la TB en el aire. Estos gérmenes pueden ser inhalados por el niño.

Los adultos que tienen TB activa generalmente tienen muchos de los siguientes síntomas: tos por más de dos semanas, pérdida de apetito, pérdida de peso de diez o más libras durante un periodo corto de tiempo, fiebre, escalofríos y sudores nocturnos

Una persona puede tener gérmenes de TB en su cuerpo pero no tener una enfermedad de TB activa (esto se llama infección latente de TB o LTBI, por sus siglas en inglés).

La tuberculosis es prevenible y tratable. La prueba cutánea de TB (a veces llamada el PPD o prueba de Mantoux) se usa para ver si su hijo ha sido infectado con gérmenes de TB. No se recomienda ninguna vacuna para su uso en los Estados Unidos para prevenir la tuberculosis. La prueba cutánea no es una vacuna contra la tuberculosis.

Necesitamos su ayuda para averiguar si su hijo ha estado expuesto a la tuberculosis.

Coloque una marca en la casilla correspondiente:

	Sí	No	No se
La TB puede causar fiebre de larga duración, pérdida de peso inexplicable, tos fuerte (que dura más de dos semanas) o tos con sangre. Según su información:			
¿Ha estado su hijo cerca de alguien con alguno de estos síntomas o problemas? o ¿Ha tenido su hijo alguno de estos síntomas o problemas? O ¿Ha estado su hijo cerca de alguien enfermo de tuberculosis?			
¿Nació su hijo en México o en algún otro país de América Latina, el Caribe, África, Europa del Este o Asia?			
¿En el último año, ha viajado su hijo a México o algún otro país de América Latina, el Caribe, África, Europa del Este o Asia por más de 3 semanas? Si es así, especifique cuál país / condados? _____			
¿Según su información, ha pasado su hijo más de tres semanas con alguien que ha estado usando drogas intravenosas (IV), infectadas por el VIH, en la cárcel o prisión o ha venido recientemente a los Estados Unidos desde otro país?			

¿Su hijo ha sido examinado para la TB? Sí _____ (especificar fecha _____ / _____) No _____

¿Ha tenido su hijo una prueba cutánea de TB positive? Sí _____ (especificar fecha _____ / _____) No _____

SOLICITUD DE ALERGIA ALIMENTARIA

Cada estudiante debe tener esta forma en nuestro archivo

(En el momento de inscripción, el distrito debe solicitar que el padre o tutor revele las alergias alimentarias de cada estudiante que asiste al distrito. Esta forma cumplirá con este requisito. Se puede encontrar información adicional sobre las alergias alimentarias, incluyendo el mantenimiento de registros relacionados con las alergias alimentarias de un estudiante, en FD y FL.)

Este formulario le permite revelar si su hijo tiene una alergia a los alimentos o una alergia severa a los alimentos que usted cree que se debe divulgar al distrito para permitirle al Distrito que tome las precauciones necesarias para la seguridad de su hijo.

Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Grado: _____

"Alergia severa a los alimentos" significa una reacción peligrosa o tal vez mortal del cuerpo humano a un alérgeno transmitido por los alimentos introducidos por inhalación, ingestión o contacto con la piel que requiere atención médica inmediata.

☐ Mi hijo/a **NO** tiene alergias a los alimentos

Si su hijo tiene alergias a los alimentos, indique todos los alimentos a los que su hijo sea alérgico o severamente alérgico, incluyendo el tipo de la reacción alérgica de su hijo a los alimentos.

Comida	Tipo de reacción

Firma de Padre/ Tutor

Fecha



Student Intake Form

Student Name: _____ DOB: _____

The student lives with ☐ parent ☐ someone other than parent

Parent/Guardian Name(s): _____

Address: _____

Cell: _____ Home: _____ Work: _____

Previous School: _____
District Campus

Has your child previously attended any of our Tuloso-Midway schools? ☐ No ☐ Yes, Grade? __

Has your child ever been retained? ☐ No ☐ Yes, Grade? __

At the previous school, did your child leave class for extra help? ☐ No ☐ Yes

Have you ever been asked to attend an ARD meeting? ☐ No ☐ Yes

Please check all of the special services your child received at the previous school:

- | | |
|--|--|
| ☐ Special Education | ☐ Head Start |
| ☐ EB/Bilingual/ESL (English as a Second Language) | ☐ Gifted & Talented Program |
| ☐ Title 1 Program (Reading and/or Math) | ☐ Dyslexia Program |
| ☐ 504 Program | ☐ MHMR |

Has your child been incarcerated or has a parent who has been incarcerated within the child's lifetime?

☐ No ☐ Yes: _____

Is there anything else the Counselor should know regarding your child?

Parent Signature

Date



Formulario de admisión de estudiantes

Nombre del estudiante: _____ fecha de nacimiento: _____

El estudiante vive con ☐ Padre ☐ alguien que no sea el padre

Nombre(s) del padre/tutor: _____

Dirección: _____

Celular: _____ Inicio: _____

Escuela anterior: _____
Distrito Campus

¿Su hijo ha asistido anteriormente a alguna de nuestras escuelas de Tuloso-Midway? ☐ No ☐ Sí, grado? _____

¿Alguna vez se ha retenido a su hijo? ☐ No ☐ Sí, grado? _____

En la escuela anterior, ¿su hijo salió de clase para obtener ayuda adicional? ☐ No ☐ Sí

¿Alguna vez te han pedido que asistas a una reunión de ARD? ☐ No ☐ Sí

Por favor, revise todos los servicios especiales que su hijo recibió en la escuela anterior:

- | | |
|---|---|
| ☐ Educación Especial | ☐ Head Start |
| ☐ EB/Bilingüe/ESL (Inglés como segundo idioma) | ☐ Programa para Dotados y Talentosos |
| ☐ Programa de Título 1 (Lectura y/o Matemáticas) | ☐ Programa de Dislexia |
| ☐ Programa 504 | ☐ MHMR |

¿Su hijo ha sido encarcelado o tiene un padre que ha estado encarcelado durante la vida del niño?

☐ No ☐ Sí: _____

¿Hay algo más que el consejero deba saber con respecto a su hijo?

Firma de los padres

Fecha

Tuloso-Midway Independent School District
STUDENT RESIDENCY QUESTIONNAIRE

PLEASE COMPLETE (1) ONE FORM FOR EACH STUDENT BEING ENROLLED

Student Name:	Student ID #:	Birth Date: / /	Age:
Current Address: (Include City, State, and Zip)		Email:	T-M ISD Campus:
Previous Address: (Include City, State, and Zip)		Telephone #:	Cell Phone #:
Last School Attended:		Last Date Attended:	Current Grade Level:
Name of person with whom student resides:		☐ Parent ☐ Legal Guardian (granted only by a court) ☐ Unaccompanied Youth ☐ Caregiver (Examples: friends, relatives, etc.)	
Signature of Parent/Guardian/Unaccompanied Youth/Caregiver:			Date:

Presenting a false record or falsifying information for enrollment purposes is an offense under Section 37.10, Penal Code. Enrollment of the child under false documents subjects the person to liability for tuition or other costs. TEC 25.002(3)(d).

This questionnaire is intended to address the McKinney-Vento Homeless Education Assistance Improvements Act (42 U.S.C. 11435). The answers to this residency information help determine the services the student may be eligible to receive.

1. Does the student live in a place that is owned or rented by a parent or legal guardian? ☐ Yes ☐ No

If you answer YES to #1, skip the remainder of the form. If you answered NO to # 1, please complete questions 2-5.

2. Is the student's current address a temporary living arrangement due to loss of housing or economic hardship?
☐ Yes ☐ No

Please explain the reason for the loss of housing: _____

3. Were you displaced from your home due to a Natural Disaster? ☐ Yes ☐ No

Hurricane (Name): _____ Other: _____

4. Where is the student presently living? (Please check all that apply)

- ☐ In a hotel/motel
- ☐ In a shelter or other transitional housing
- ☐ In the home of a friend/relative due to loss of housing (*examples: fire, flood, lost job, divorce, eviction, natural disaster, etc.*)
- ☐ In a place not designed for ordinary sleeping accommodations such as a car, park, or campsite
- ☐ Moving from place to place due to loss of housing (*examples: fire, flood, lost job, divorce, eviction, natural disaster, etc.*)

5. Please provide the following information for siblings of the student:

Name	Grade Level	School	District

DISTRICT USE ONLY

☐ Student qualifies as homeless.		☐ Student does NOT qualify as homeless.	
Homeless Liaison Signature:		Date:	
Comments:			

Copying/Filing Instructions:

Revised: 04/18/2024

Original: If "Yes" is the response to question 1 – ADA/Registrar

Original: If "No" is the response to question 1, scan via email to ichapa@tmisd.us. The attendance clerk/registrar should keep the original in a separate folder along with the signed copy returned by the District Homeless Liaison. **DO NOT file SRQs in PR folders.**

Distrito Escolar Independiente de Tuloso-Midway
CUESTIONARIO DE RESIDENCIA DEL ESTUDIANTE

POR FAVOR LLENE UN (1) FORMULARIO POR CADA ESTUDIANTE QUE DESEA MATRICULAR

Nombre del estudiante:	# de Identificación Escolar:	Fecha de nacimiento: / /	Edad:
Domicilio actual: (Incluir ciudad, estado y código postal)	correo electrónico:	Escuela de T-M ISD:	
Domicilio anterior: (Incluir ciudad, estado y código postal)	Teléfono:	No. de teléfono celular:	
Última escuela a la cual asistió:	Última fecha de asistencia:	Grado escolar actual:	
Nombre de la persona con quien el estudiante reside:	☐ Padre/Madre ☐ Tutor Legal (sólo concedido por el tribunal) ☐ Joven no acompañado ☐ Cuidador (Ejemplos: amigos, parientes, etc.)		
Firma del padre/madre/tutor/joven no acompañado/cuidador:	Fecha:		

Presentar un falso registro o falsificar información para matricularse es un delito bajo la Sección 37.10 del Código Penal. Matricular a un niño usando falsos documentos responsabiliza a la persona por la matrícula u otros costos TEC 25.002(3)(d).

Este cuestionario es para informar sobre la Ley para el Mejoramiento de la Asistencia Educativa para Estudiantes Sin Hogar Fijo McKinney-Vento (42 U.S.C. 11435). Las respuestas a este cuestionario de residencia ayudan a determinar los servicios a los cuales el estudiante podría tener derecho.

1. ¿El estudiante vive en un lugar que pertenece al padre/madre/tutor legal o que él/ella alquila?
☐ Sí ☐ No

Si Ud. contestó SÍ al n. ° 1, omita el resto del formulario. Si Ud. contestó NO al n. ° 1, por favor llene las preguntas 2-4.

2. ¿Es la dirección actual del estudiante un arreglo temporal debido a la pérdida del hogar, de un problema económico o desastre natural? ☐ Sí ☐ No

Por favor explique el motivo de la pérdida de su vivienda: _____

3. ¿Fuiste desplazado de tu hogar debido a un Desastre Natural? ☐ Sí ☐ No

Huracán (Nombre): _____ Otro: _____

4. ¿Dónde está viviendo el estudiante actualmente? (Marque todos los que aplican)

- ☐ En un hotel/motel
☐ En un albergue
☐ En la casa de un amigo/pariente debido a la pérdida del hogar (*ejemplos: incendio, inundación, pérdida del trabajo, divorcio, desalojo, etc.*)
☐ En un lugar que no fue diseñado para dormir confortablemente, tal como un coche, parque o campamento
☐ Mudándose de un lugar a otro debido a la pérdida del hogar (*ejemplos: incendio, inundación, pérdida del trabajo, divorcio, desalojo, etc.*)

5. Por favor proporcione la siguiente información con relación a los hermanos(as) del estudiante:

Nombre	Nivel de Grado	Escuela	Distrito

SÓLO PARA USO DEL DISTRITO

☐ Tiene derecho a ser considerado como un estudiante sin hogar.	☐ NO tiene derecho a ser considerado como un estudiante sin hogar.
Firma del Enlace para los Estudiantes Sin Hogar:	Fecha:
Comentarios:	

Instrucciones para copiar/archivar:

Original: Si contesta "Sí" a la pregunta 1 – ADA/Secretaría de Admisiones

Original: Si "No" es la respuesta a la pregunta 1, escanee por email at jchapa@tmisd.us. El funcionario de asistencia/secretaría de admisiones debe conservar el original en una carpeta separada junto con la copia firmada recibida del Enlace del Distrito para los Estudiantes Sin Hogar. **NO archive los SRQs en los expedientes permanentes.**

Revisado: 04/18/2024

**Texas Education Agency
Texas Public School Student/Staff Ethnicity and Race Data Questionnaire**

The United States Department of Education (USDE) requires all state and local education institutions to collect data on ethnicity and race for students and staff. This information is used for state and federal accountability reporting as well as for reporting to the Office of Civil Rights (OCR) and the Equal Employment Opportunity Commission (EEOC).

School district staff and parents or guardians of students enrolling in school are requested to provide this information. If you decline to provide this information, please be aware that the USDE requires school districts to use observer identification as a last resort for collecting the data for federal reporting.

Please answer both parts of the following questions on the student's or staff member's ethnicity and race. *United States Federal Register (71 FR 44866)*

Part 1. Ethnicity: Is the person Hispanic/Latino? (Choose only one)

- ☐ **Hispanic/Latino** - A person of Cuban, Mexican, Puerto Rican, South or Central American, or other Spanish culture or origin, regardless of race.
- ☐ **Not Hispanic/Latino**

Part 2. Race: What is the person's race? (Choose one or more)

- ☐ **American Indian or Alaska Native** - A person having origins in any of the original peoples of North and South America (including Central America), and who maintains a tribal affiliation or community attachment.
- ☐ **Asian** - A person 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.
- ☐ **Black or African American** - A person having origins in any of the black racial groups of Africa.
- ☐ **Native Hawaiian or Other Pacific Islander** - A person having origins in any of the original peoples of Hawaii, Guam, Samoa, or other Pacific Islands.
- ☐ **White** - A person having origins in any of the original peoples of Europe, the Middle East, or North Africa.

Student/Staff Name (please print)

(Parent/Guardian)/(Staff) Signature

Date

Student/Staff Identification Number

This space reserved for Local school observer – upon completion and entering data in student software system, file this form in student's permanent folder.

Ethnicity – choose only one:

_____ Hispanic / Latino

_____ Not Hispanic/Latino

Race – choose one or more:

_____ American Indian or Alaska Native

_____ Asian

_____ Black or African American

_____ Native Hawaiian or Other Pacific Islander

_____ White

Observer signature:

Campus and Date:

Agencia de Educación de Texas
Cuestionario de Información de Datos Raciales y de Etnicidad de Estudiantes/Miembros de Personal de las Escuelas Públicas de Texas

El Departamento de Educación de Estados Unidos (USDE) requiere que todas las instituciones estatales y locales de educación, recopilen datos sobre etnicidad y raza de los estudiantes y de miembros de personal. Esta información es utilizada para los reportes estatales y federales así como para reportar a la Oficina de Derechos Civiles (OCR) y a la Comisión de Igualdad en el Empleo (EEOC).

Al personal del distrito escolar y los padres o representante legal de estudiantes que deseen matricularse en la escuela, se le requiere proporcionar esta información. Si usted rehúsa proporcionarla, es importante que sepa que el USDE requiere que los distritos escolares usen la observación para identificación como último recurso para obtener estos datos utilizados para reportes federales.

Favor de contestar ambas partes de las siguientes preguntas sobre la etnicidad y raza del estudiante así como del miembro de personal. Registro Federal de Estados Unidos (71 FR 44866).

Parte 1. Etnicidad: ¿Es la persona Hispana/Latina? (Escoja solo una respuesta)

- ☐ **Hispano/Latino** – Una persona de origen cubano, mexicano, puertorriqueño, centro o sudamericano o de otra cultura u origen español, sin importar la raza.
- ☐ **No Hispano/Latino**

Parte 2. Raza. ¿Cuál es la raza de la persona? (Escoja uno o más de uno)

- ☐ **Indio Americano o Nativo de Alaska** – Una persona con orígenes o de personas originarias de Norte y Sudamérica (incluyendo América Central), y que mantiene lazos o apego comunitario con una afiliación de alguna tribu.
- ☐ **Asiático** – Una persona con orígenes o de personas originarias del Lejano Este, Sureste de Asia o el subcontinente indio, incluyendo, por ejemplo a Cambodia, China, India, Japón, Corea, Malasia, Pakistán, las Islas Filipinas, Tailandia y Vietnam.
- ☐ **Negro o Africano-Americano** – Una persona con orígenes de cualquier grupo racial negro de África.
- ☐ **Nativo de Hawai u otras islas del pacífico** – Una persona con orígenes o de personas originarias de Hawai, Guam, Samoa u otras Islas del Pacífico.
- ☐ **Blanco** – Una persona con orígenes de personas originarias de Europa, el Medio Este o el Norte de África.

Nombre del Estudiante/Miembro de Personal
(por favor use letra de imprenta)

Firma (Padre/Representante legal)
/(Miembro de personal)

Número de Identificación del
Estudiante/Miembro del personal

Fecha

This space reserved for Local school observer – upon completion and entering data in student software system, file this form in student's permanent folder.

Ethnicity – choose only one:
_____ Hispanic / Latino
_____ Not Hispanic/Latino

Race – choose one or more:
_____ American Indian or Alaska Native
_____ Asian
_____ Black or African American
_____ Native Hawaiian or Other Pacific Islander
_____ White

Observer signature:

Campus and Date:

Student Name: _____

District Name: **Tuloso-Midway ISD**

Student ID#: _____

Campus Name: _____

Returning Student: ☐ Y (IF YES SKIP PAGE)

HOME LANGUAGE SURVEY

19 TAC Chapter 89, Subchapter BB, §89.1215

(Home Language Survey only administered during **initial** enrollment in Texas public schools)

To be completed by Parent or Guardian for students enrolling in Prekindergarten* through grade 8 (or by students in grades 9-12).

* Prekindergarten includes any student enrolling in a 3- or 4-year-old school program.

Part One:

The state of Texas requires that the following information be completed for each student who enrolls in a Texas public school for the first time. It is the responsibility of the parent or guardian, not the school, to provide the language information requested by the questions below.

Dear Parent or Guardian:

Please answer the questions below about the languages your child or family uses. If your responses indicate the use of a language other than English, the school will conduct a language proficiency assessment to determine how well your child communicates in English. This information will be used to determine any appropriate linguistic supports and inform instructional recommendations. If you have questions about the purpose and use of the Home Language Survey, or you would like assistance in completing the form, please contact your school/district personnel.

This survey shall be kept in each student's permanent record folder. A copy of this survey shall follow the student while enrolled in any public or open enrolled charter school in Texas.

Nombre del Estudiante: _____

Distrito: **Tuloso-Midway ISD**

#ID del Estudiante: _____

Escuela: _____

Estudiante que regresa: ☐ S (SI ES SÍ, SALTAR PÁGINA)

CUESTIONARIO SOBRE EL IDIOMA USADO EN EL HOGAR

19 TAC Chapter 89, Subchapter BB, §89.1215

(El cuestionario sobre el idioma usado en el hogar administrado solamente durante la matriculación inicial en escuelas públicas en Texas)

Este cuestionario debe de completarse por el padre o tutor para estudiantes que cursen desde Prekínder* hasta el octavo grado (o por el estudiante si cursa grados del 9-12)

*Prekínder incluye cualquier estudiante matriculado en programas para niños de 3 o 4 años de edad.

Primera Parte:

El estado de Texas requiere que la siguiente información se complete para cada estudiante que se matricula por primera vez en una escuela pública de Texas. Es la responsabilidad del padre o tutor, no de la escuela, proporcionar la información del idioma requerida por las siguientes preguntas.

Estimado padre o tutor:

Por favor, responda las siguientes preguntas sobre los idiomas que usa su hijo(a) o su familia. Si sus respuestas indican el uso de un idioma que no sea inglés, la escuela llevará a cabo una evaluación de dominio del idioma para determinar qué tan bien se comunica su hijo(a) en inglés. Esta información se utilizará para determinar cualquier apoyo lingüístico apropiado e informar las recomendaciones de instrucción. Si tiene preguntas sobre el propósito y el uso del cuestionario sobre el idioma del hogar, o si desea ayuda para completar el formulario, comuníquese con el personal de su escuela/distrito.

Este cuestionario se mantendrá en la carpeta de registro permanente de cada estudiante. Una copia de este cuestionario seguirá al estudiante mientras esté matriculado en cualquier escuela pública o una escuela autónoma de inscripción abierta de Texas.

Returning Student: ☐ Y (IF YES SKIP PAGE)

Part Two:

Please answer the questions to the best of your ability.

1. Which languages are used at home? _____
2. Which languages are used by the child at home? _____
3. If the child had a previous home setting, which languages were used? If there was no previous home setting, answer Not Applicable (N/A). _____

☐ By checking this box, I understand a request to correct an error to this Home Language Survey can only happen if:

- 1) my child has not yet been assessed for English proficiency; and
- 2) corrections are made within two calendar weeks of my child's enrollment date.

Note: Please contact your school about the benefits of bilingual education services. The following resources may also provide information on program services that foster bilingualism.

- [Parent/ Guardian Rights](#)
- [Bilingual Education Program](#)
- [Program Information Videos](#)

Please visit the Emergent Bilingual Support Portal (txel.org) for additional information.

Signature of Parent/Guardian _____ Date _____

Signature of Student if Grades 9-12 _____ Date _____

Estudiante que regresa: ☐ S (SI ES SÍ, SALTAR PÁGINA)

Segunda Parte:

Por favor, responde a las preguntas lo mejor que pueda.

1. ¿Cuáles idiomas se usan en el hogar? _____
2. ¿Cuáles idiomas usa el estudiante en el hogar? _____
3. Si el estudiante tenía un entorno familiar anterior, ¿cuáles idiomas se utilizaban? Si no tenía un entorno familiar anterior, responda No aplicable (N/A). _____

☐ Al marcar este casillero, yo entiendo que una corrección a este cuestionario solo puede suceder si:

- 1) mi hijo(a) aún no ha sido evaluado para el dominio del inglés; y
- 2) las correcciones se realizan en un plazo de dos semanas naturales a partir de la fecha de matriculación de mi hijo(a).

Nota: Por favor, póngase en contacto con su escuela para informarse sobre los beneficios de los servicios de la educación bilingüe. Los siguientes recursos también pueden proporcionarle información sobre los servicios del programa que fomentan el bilingüismo.

- [Derechos de los padres/tutores](#)
- [Educación bilingüe](#)
- [Videos informativos para padres](#)

Por favor, visite el portal Apoyando a estudiantes bilingües emergentes en Texas (txel.org) para obtener información adicional.

Firma del padre/tutor _____ Fecha _____

Firma del estudiante si está en los grados 9-12 _____ Fecha _____

**Tuloso-Midway Independent School District
Military Connected Student Form
2025-2026**

The Texas Education Agency is mandated by Texas State Law to collect data on military connected students enrolled in Texas public schools.

Section 25 006, Texas Education Code: The agency shall collect data each year from school districts and open enrollment charter schools through the Public Education information Management System (PEIMS) relating to the enrollment of military-connected students.

In 2009, The Texas Legislature adopted the Interstate Compact on Education Opportunity for Military Students – Texas Education Code Chapter 162. This legislation requires schools to recognize and extend certain privileges to students who are military dependent and to assist military dependent students in the transition process of changing schools when their military parent(s) are reassigned and forced to relocate.

Student Name: _____ **Date of Birth:** _____ **Grade:** _____

(If Known) Student ID: _____ **Campus:** _____

Please check the appropriate box, if applicable:

- ☐ Pre-Kindergarten student is a dependent of an active-duty member of the armed forces of the United States, including the state military forces or a reserve component of the armed forces, who is ordered to active duty by proper authority OR is the child of a member of the armed forces of the United States, including the state military forces or a reserve component of the armed forces, who was injured or killed while serving on active duty.
- ☐ Student in grade KG – 12 is a dependent of an active-duty member of the United States military.
- ☐ Student in grade KG – 12 is a dependent of a current member of the Texas National Guard (Army, Air Guard or State Guard).
- ☐ Student in grade KG – 12 is a dependent of a current member of a reserve force in the United States military.
- ☐ Student in grade KG – 12 is a dependent of a former member of one of the following: the United States military, the Texas National Guard (Army, Air Guard or State Guard) or a reserve force in the United States military.
- ☐ Student in grade KG – 12 was a dependent of a member of the military or reserve force in the United States military who was killed in the line of duty.
- ☐ None of the above.

Print Name of Parent/Guardian: _____

Parent/Guardian Signature: _____ **Date:** _____

Distrito Escolar Independiente de Tulosso-Midway
Formulario de estudiante conectado military
2025-2026

La Agencia de Educación de Texas tiene el mandato de la Ley del Estado de Texas de recopilar datos sobre estudiantes militares conectados inscritos en las escuelas públicas de Texas.

Sección 25 006, Código de Educación de Texas: La agencia recopilará datos cada año de los distritos escolares y las escuelas chárter de inscripción abierta a través del Sistema de Gestión de Información de Educación Pública (PEIMS) relacionado con la inscripción de estudiantes conectados con el ejército.

En 2009, la Legislatura de Texas adoptó el Pacto Interestatal sobre Oportunidades de Educación para Estudiantes Militares – Código de Educación de Texas Capítulo 162. Esta legislación requiere que las escuelas reconozcan y extiendan ciertos privilegios a los estudiantes que son dependientes militares y que ayuden a los estudiantes dependientes de militares en el proceso de transición de cambiar de escuela cuando sus padres militares son reasignados y obligados a reubicarse.

Nombre del estudiante: _____ **Fecha de nacimiento:** _____ **Grado:** _____

(si se conoce) ID de estudiante: _____ **Campus:** _____

Marque la casilla correspondiente, si corresponde:

- ☐ El estudiante de Pre-Kindergarten es dependiente de un miembro en servicio activo de las fuerzas armadas de los Estados Unidos, incluidas las fuerzas militares estatales o un componente de reserva de las fuerzas armadas, a quien se le ordena el servicio activo por la autoridad apropiada O es hijo de un miembro de las fuerzas armadas de los Estados Unidos, incluidas las fuerzas militares estatales o un componente de reserva de las fuerzas armadas, que resultó herido o muerto mientras servía en servicio activo.
- ☐ El estudiante en el grado KG - 12 es dependiente de un miembro en servicio activo del ejército de los Estados Unidos.
- ☐ El estudiante en el grado KG - 12 es dependiente de un miembro actual de la Guardia Nacional de Texas (Ejército, Guardia Aérea o Guardia Estatal).
- ☐ El estudiante en el grado KG - 12 es dependiente de un miembro actual de una fuerza de reserva en el ejército de los Estados Unidos.
- ☐ El estudiante en el grado KG - 12 es dependiente de un ex miembro de uno de los siguientes: el ejército de los Estados Unidos, la Guardia Nacional de Texas (Ejército, Guardia Aérea o Guardia Estatal) o una fuerza de reserva en el ejército de los Estados Unidos.
- ☐ El estudiante en el grado KG - 12 era dependiente de un miembro de la fuerza militar o de reserva en el ejército de los Estados Unidos que murió en el cumplimiento del deber.
- ☐ Ninguna de las anteriores.

Imprimir Nombre del padre/tutor: _____

Firma del padre/tutor: Fecha: _____

**Tuloso-Midway Independent School District
Foster Care Form 2025-2026**

THE LEGISLATURE OF THE STATE OF TEXAS has enacted an amendment on SECTION 1 Section 7.029, Education Code to include the following: This legislation requires schools to recognize and collect data as to the foster care status of all students.

Student Name: _____ **Date of Birth:** _____ **Grade:** _____

(If Known) Student ID: _____ **Campus:** _____

Please check one box below to indicate which of the following applies to your child:

- ☐ N/A – None of these apply for my student.
- ☐ Student is currently in the conservatorship of the Department of Family and Protective Services.
- ☐ Pre-K student was previously in the conservatorship of the Department of Family and Protective Services following an adversary hearing.
- ☐ Pre-K student is or ever has been in foster care in another state or territory, if the child resides in this state (Texas). TEC, 29.153(b).

Print Name of Parent/Guardian: _____

Parent/Guardian Signature: _____ **Date:** _____

**Distrito Escolar Independiente de Tuloso-Midway
Formulario de cuidado de crianza 2025-2026**

LA LEGISLATURA DEL ESTADO DE TEXAS ha promulgado una enmienda a la SECCIÓN 1 Sección 7.029, Código de Educación para incluir lo siguiente: Esta legislación requiere que las escuelas reconozcan y recopilen datos sobre el estado de cuidado de crianza de todos los estudiantes.

Nombre del estudiante: _____ **Fecha de nacimiento:** _____ **Grado:** _____

(si se conoce) ID de estudiante: _____ **Campus:** _____

Marque una casilla a continuación para indicar cuál de las siguientes opciones se aplica a su hijo:

- ☐ N/A – Ninguno de estos se aplica para mi estudiante.
- ☐ El estudiante está actualmente bajo la tutela del Departamento de Servicios de Familia y Protección.
- ☐ El estudiante de Pre-K estaba previamente bajo la tutela del Departamento de Servicios Familiares y de Protección después de una audiencia adversaria.
- ☐ El estudiante de Pre-K está o alguna vez ha estado en cuidado de crianza en otro estado o territorio, si el niño reside en este estado (Texas). TEC, 29.153(b).

Imprimir Nombre del padre/tutor: _____

Firma del padre/tutor: _____ **Fecha:** _____



FAMILY SURVEY
Education Service Center, Region 2
2025-2026
(361)561-8615 or (361)561-8602
migrantprogram@esc2.net



Dear Parents,
In order to better serve your children's academic needs, the school district wants to identify students who may qualify to receive supplemental educational services. The information provided below will be kept confidential. Please answer the following questions and return this form to your child's school.

Student Name:	D.O.B.:	Age:	Grade:
---------------	---------	------	--------

District:

Campus:

Survey Completion Date:

1. Have you moved within the last 3 years? Yes No
2. If yes, have you done agricultural or fishing related work? (e.g., field work, canneries, dairy work, meat processing) Yes No



3. Do you have a high school aged child under the age of 22 who lacks a U.S. issued high school diploma or Certificate of High School Equivalency and is currently not enrolled in school? Yes No

If you answered "yes" to any of the questions above, an education representative may contact you to find out whether your child is eligible for additional educational services. Please provide the following:

Parent/Guardian Name:

Telephone:

Best time to contact you:

Address:



ENCUESTA DE FAMILIA Education
Service Center, Region 2
2025-2026
(361)561-8615 or (361)561-8602
migrantprogram@esc2.net



Estimados Padres,

Con el propósito de servir las necesidades académicas de los estudiantes, el distrito de intenta identificar a los estudiantes que llenen los requisitos para recibir servicios educativos suplementales. Toda la información será confidencial. Por favor responda a las siguientes preguntas y devuelva a la escuela de su(s) niño(s).

Nombre del estudiante:	Fecha de nacimiento:	Edad:	Grado:
------------------------	----------------------	-------	--------

Distrito escolar:

Instalaciones/escuela:

Fecha de la encuesta:

1. ¿Ha cambiado de residencia usted o alguien en su familia dentro de los últimos tres años?
Si No
2. Si usted contestó "sí" en la pregunta anterior, ¿ha trabajado usted en la agricultura o en la pesca?(por ejemplo, la labor, fabrica de conservas, trabajo en la lecheria, el proceso de carne)
Si No



3. ¿Tiene ud. algún hijo en edad de asistir a la preparatoria (menor de 22 años) que no haya recibido un diploma de la preparatoria en EEUU o un GED, y a la vez no está inscrito en la escuela? Si No

Si usted contestó "Sí," en las dos preguntas anteriores, un representante del distrito escolar quizás se vaya a comunicar con usted para confirmar si su niño/a califica para servicios educativos adicionales. Favor de completar la siguiente informacion:

Nombre del padre o tutor:

Número de Teléfono:

¿Cuál es la mejor hora para llamarle?

Domicilio: