



Big Spring Independent School District

School: _____

2025-2026

DISTRIBUCIÓN DE INFORMACIÓN ESTUDIANTIL

TODA la información sobre su hijo se difundirá a través de la oficina de Goliad Elementary School. Cualquiera que solicite información personal o educativa sobre un estudiante debe enviar la solicitud a la oficina.

La "Información de directorio" (según lo define el Código de Educación de Texas y la Junta Escolar de BSISD) se entregará a la parte solicitante con interés legítimo en necesitar la información en la oficina de Goliad Elementary School, en persona, solo si el padre legal que inscribe o tutor ha dado permiso por escrito para la liberación.

La información del directorio de BSISD se considera:

- Nombre
 - Dirección de casa
 - Lista de teléfonos
 - Fotografía
 - Nivel de grado
 - Estado de inscripción
 - Maestro de aula
 - Participación en actividades y deportes oficialmente reconocidos
- **Tenga en cuenta ... esto incluye el nombre de su hijo en las listas de equipos, programas de equipo, anuarios, cuadro de honor, reconocimientos académicos y colocaciones similares.**

El consentimiento por escrito se guardará y mantendrá en la oficina de Goliad Elementary School con la información de inscripción de los estudiantes.

A menos que se indique con una "marca" de la información particular mencionada anteriormente, se divulgará la información del directorio de mi hijo.

Nombre del estudiante: _____

Calificación: _____

Escuela: _____

Nombre impreso del padre o tutor legal

Firma del padre o tutor legal

Fecha

Número de teléfono

School: _____

Confidential Information

Big Spring Independent School District
Formulario para Derechos a los Fondos de Educación Compensatoria
Año escolar 2025-2026

Favor de completar un formulario por cada niño que asiste a clases, firmelo y regréselo a _____ (Insert name of school or contact person). Adjunto se encuentran las instrucciones por llenar el formulario. Si necesita ayuda, favor de llamar a _____ (Insert name of contact person).

1. Nombre del estudiante: _____
(Apellido) (Primer nombre) (Inicial)
Grado del estudiante: _____ Escuela: _____ Número de seguro social o
identificación del estudiante: _____ (Opcional)

2. ¿Está el niño en acogimiento familiar? Si lo está, marque aquí [] e indique el Ingreso personal mensual del niño:
\$ _____. PASE las secciones 3 y 4 y CONTINÚE con la sección 5.

3. ¿Está usted recibiendo beneficios del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (siglas en inglés SNAP), o beneficios de Asistencia Temporal a Familias Necesitadas (siglas en inglés TANF) para su niño? Si lo está recibiendo, marque aquí [], escriba el número del caso abajo y luego PASE a la sección 4 y CONTINÚE con la sección 5.
Número del caso para el programa SNAP: _____
Número del caso para el programa TANF: _____

4. Familias de otros hogares (para las que no completaron las secciones 2 y 3). Complete esta sección si el niño no está en familia de acogida y usted no está recibiendo SNAP ni beneficios TANF para el niño. (Si usted tiene más de un niño asistiendo a clases y está completando un formulario distinto para cada niño, sólo tiene que completar esta sección una vez.) Escriba el nombre de todos los miembros del hogar incluyendo el niño indicado arriba. Indique todos los ingresos y luego CONTINÚE con la sección 5.

Table with 6 columns: NOMBRES, Ingresos mensuales actuales (Marque aquí si tiene ingresos de \$0, Ingresos mensuales (antes de las deducciones) Empleo # 1, Ingresos del Departamento de Bienestar, ayuda financiera para el niño, Ingresos mensuales de pensiones y Seguro Social, Ingresos mensuales del segundo empleo u otro ingreso mensual). Rows 1-10.

5. Firma y últimos cuatro números de seguro social. Yo afirmo que toda la información indicada es verdadera y correcta; que los números de los casos de SNAP y TANF son recientes y correctos; o que todos los ingresos han sido indicados. Comprendo que esta información se ha presentado para que la escuela reciba fondos adicionales del estado y para que los oficiales de la escuela puedan verificar la información.

Firma del adulto: _____ Últimos cuatro números de Seguro Social XXX-XX-____
Nombre (letra de molde) _____
Teléfono/casa _____ Teléfono/empleo _____
Domicilio _____ Ciudad _____
Estado Texas Código postal _____ Fecha _____

6. Autorización para dar Información a la Agencia de Educación de Texas para propósitos de auditoría de ciertos programas.

Doy autorización para que la información previa esté disponible a través del Distrito Escolar/Charter School _____ para la Agencia de Educación de Texas con el propósito de hacer una auditoría de los reportes de educación compensatoria.

Entiendo que la Agencia de Educación de Texas no va a compartir esta información con ninguno otro entidad o programa. También entiendo que si no firmo este permiso, no va a afectar el hecho de que mi hijo pueda recibir comidas gratis o a un precio reducido o leche gratis.

PARA USO OFICIAL UNICAMENTE: SNAP or TANF Eligible []
Total Monthly Income \$ _____ Household Size _____ Income Eligible [] Determining Official
Signature _____ Date _____

BIG SPRING ISD

School: _____

ENCUESTA DE FAMILIA 2025-2026



Fecha _____

Estimados padres,

Para mejorar los servicios educativos de sus hijos, el Distrito Escolar Independiente de Big Spring quisiera identificar estudiantes que puedan calificar para recibir servicios educativos adicionales. **Toda la información proporcionada será confidencial.** Favor de responder a las siguientes preguntas y devolver esta formulario a la escuela de su niño/a.

O, si prefiere, para más información llame a _____.

1. ¿Ha trabajado usted en la agricultura o en la pesca, en los últimos tres (3) años?
(por ejemplo, fábrica de conservas, trabajo en la lechería, la labor, explotación de bosques, el proceso de carne). Sí _____ No _____



Usted o alguien en su familia, ¿ha cambiado de residencia en los últimos tres años?
Sí _____ No _____

2. ¿Fue la mudanza por razones económicas?
Sí _____ No _____

3. ¿Tiene ud. algún hijo/a en edad de asistir a la preparatoria (menor de 22 años) que no haya recibido un diploma de la preparatoria en EEUU o un Certificado de equivalencia de escuela secundaria, y a la vez **NO** está inscrito en la escuela?
Sí _____ No _____

Si usted contesta "si" en No. 1 y a cualquier otra pregunta anterior, un representante del distrito escolar comunicará con usted para verificar si su niño/a califica para servicios educativos adicionales dentro del **Programa Migrante**. Favor de completar la siguiente información:

Nombre de su Niño/a: _____ Fecha De Nacimiento : _____ Edad: _____ Grado: _____

Nombre del Padre/Tutor: _____

Número de teléfono: _____

La mejor hora para llamar: _____



Big Spring Independent School District

School: _____

2025-2026

7 de k para la) istribución -lectrónica
de las 8 de #alificación del) istrito

A mi hijo y a mí se nos ha ofrecido la opción de recibir una copia impresa o acceder electrónicamente en www.bsisd.esc18.net a las pautas de calificación del Distrito para el año escolar 2025-2026.

He elegido:

- Recibir una copia impresa de las pautas de calificación.
- Aceptar la responsabilidad de acceder a las pautas de calificación visitando el sitio web indicado anteriormente.

Entiendo que las pautas de calificación contienen información que mi hijo y yo podemos necesitar durante el año escolar. Si tengo alguna pregunta sobre las pautas de calificación, debo comunicarme con el director del campus.

Nombre del estudiante: _____

Firma del estudiante: _____

Firma del padre: _____

Fecha: _____



Big Spring Independent School District

School: _____

Big Spring High School

HB 1416/4545 Accelerated Learning Documentation

La legislación requiere que TODOS los estudiantes que no tuvieron éxito en la primavera STAAR/EOC de primavera reciban tutoría en hasta dos contenidos.

Si su estudiante reprobó una evaluación STAAR/EOC en el año anterior, la ley HB1416 requiere tutoría en hasta dos materias.

El plan de aprendizaje es el siguiente:

Su hijo será colocado con un maestro/para en un ambiente de grupo pequeño y/o en un dispositivo computarizado uno a uno para partes del tiempo de remediación.

_____ ***Si es necesario, doy permiso para que mi estudiante reciba tutorías en un grupo mayor de 4:1, para los contenidos requeridos***

(Firma del padre/madre/tutor)

(Fecha)

(P[{ à|^A^|A.c aã) c^)

A(Grad[)

.....
A(Ùc à^} aÖAD -



Big Spring Independent School District

School: _____



Queridos padres,

Nos complace anunciar que Big Spring ISD se ha asociado con Martin County Family Clinic para crear una clínica por escuela que le permite a su hijo/hija ver a un proveedor si se enferma o tiene necesidades médicas inesperadas durante el día escolar. El programa está diseñado para ayudar a las familias en áreas rurales a tener un acceso conveniente a la atención médica sin salir de su escuela. Este programa estará disponible en el año escolar 2025-2026.

La inscripción es necesaria si desea que su hijo/hija pueda ver a un médico o enfermera practicante de la Clínica Familiar del Condado de Martin durante el día escolar por telesalud.

Inscripción / Registro – ¡No hay costo para inscribirse! Cierta información es necesaria para completar el proceso de inscripción. Esto incluye información del seguro, dirección y contacto de emergencia, alergias del niño/niña, su farmacia y un consentimiento por escrito para evaluar a su hijo/hija por telesalud.

¡La inscripción es fácil! Visite el sitio web del Hospital del Condado de Martin en <https://martincountyhospital.org/> y visite clínica familiar programas de extensión comunitaria. Seleccione la opción "Inscribirse ahora" para comenzar.



También puede escanear este código por celular para iniciar el proceso de inscripción.

Una vez inscrito, se notificará al padre o tutor y se otorgará el permiso antes de que se inicien los servicios de telesalud. Los padres/tutores pueden optar por no participar en el programa en cualquier momento y no hay ningún compromiso de ver a un proveedor si no lo desea.

¡La Clínica Familiar del Condado de Martin se enorgullece de ser socio de Big Spring ISD!

Si tiene alguna pregunta, llame a la clínica al 432-607-3243.

Gracias!



Big Spring Independent School District

School: _____

Nombre del _____

Estudiante: _____

Nombre#: _____

Fecha de Nacimiento: __/__/____

Big Spring ISD - Información Médica del Estudiante

Encierre en un círculo cualquier condición que se aplique a este estidiante:

- | | | | |
|-----------------------|--|-----------------------------------|---|
| Alergias de temporada | Diabetes | Problemas Oyendo | Accidente Grave |
| ADHD | Síndrome de Down | Desorden del Rinon | Desorden del |
| Asma | Dislexia/Desorden Aprendiendo | Dolor de Cabeza de Migrana | Bstomago/Ulceras Cirugia |
| Parálisis Cerebral | Desorden de Alimento | Muscular/Desorden Ortopedico | Problems con la vista/ lentes |
| Varicela | Epilepsia/Desorden Agme | Problema Cardiaco | Escoliosis |
| Fibrosis Enquistada | Desorden para el Desarrollo Penetrante | Desorden Psicologico Psiquiatrico | Otro (por favor apunte
continuacion) |

Describe cualquier problema físico y / o médico de este estudiante: (condiciones no mencionadas anteriormente, alergias a medicamentos, insectos, etc.

Enumere los medicamentos que el estudiante está tomando actualmente: (adjunte una página adicional si es necesario)

Medicamentos	Cantidad	Freauencia	Razon

Doctor: _____ Telefono: _____ Dentista: _____ Telefona: _____

Esta forms le permite revelar si su hijo tiene una alergia alimentaria o alergia alimentaria severa que usted cree que deberfa darse a conocer al Distrito a fin de permitir que el Distrito tome las precauciones necesarias para la seguridad de su hijo/hiya.

"La alergia alimentaria/grave" se reflere a una reaccion peligrosa o potencialmente mortal del cuerpo humano a un alergeno transmitido por los alimentos introducidos por inhalación, ingestión o contacto con la piel que requiere atención medica inmediata. Por favor escriba cualquier alimentos a los que su hijo/hija es alergico, o los que tenga alergia severa.

Comida	✓ es Severa	Tipo de reaccion alergica a los alimentos

***** NOTA ***** La cafetería sólo proporcionara sustituciones de alimentos si hay una nota del doctor en el expediente con respecto a una alergia a los alimentos. Por favor, hable con su enfermera de la escuela para mas informacion. _____
(Inicial)

En case de alta temperature o una emergencia medics se hara un intento para contactar el padre or el guardian. En caso de que no pueda ser alcanzado, mi hijo/hija puede ser recogido por unade las personas que he enumerado en la forma de registracion. _____
(Inicial)

Sí no soy alcanzado en caso de una enfermedad o accidente serlo para mí hijo/hija, autorlzo a un representante del, BSISD autorizar tratamiento medico o referir a mi hijo/hija al Doctor/Dentista que he especificado o a Scenic Mountain Medical Center Hospital. _____
(Inicial)

Yo autorizo que la Informacion anterior sea compartida con personal de la escuela sí es necesario. Discutire cualquier condiciones confidencial medics con la enfermera del la escuela. Certifico que la informacion dada en esta forms es verdadera y correcta. _____
(Inicial)

Que inscribe al estudiante

_____/____/____
Fecha

Relacion

_____/____/____
Fecha de Nacimiento

Office Use Only: Student # _____	Homeroom: _____
----------------------------------	-----------------



Big Spring Independent School District

Student ID#: _____

School: _____

Student Name: _____

2025-2026

School Handbook	<input type="checkbox"/> I agree to abide by the Student Handbook.	<input type="checkbox"/> I would like a printed copy of the Student Handbook.	My child and I have the opportunity to receive a hard copy of the Student Handbook. The Handbook contains information that students and parents may need during the school year. Your signature on this page acknowledges that you fully understand and agree with the campus Student Handbook found online at www.bsisd.esc18.net .
Student Code of Conduct	<input type="checkbox"/> I agree to abide by the Code of Conduct.	<input type="checkbox"/> I would like a printed copy of The Code of Conduct.	My child and I have the opportunity to receive a hard copy of the Student Code of Conduct. All students will be held accountable for their behavior and will be subject to the disciplinary consequences outlined in the Student Code of Conduct. Your signature on this page acknowledges that you fully understand and agree with the BSISD. Student Code of Conduct found online at www.bsisd.esc18.net.
Media Release	Yes	No	I give permission for my child to be interviewed, videotaped, or photographed by a local newspaper, television, or radio reporter, or by a representative of the Big Spring Independent School District to be used in connection with a news story that has been approved by a staff member of the Big Spring ISO.
Compulsory Attendance Policy	Yes	No	I was given a copy and read the Compulsory Attendance-Truancy Policy. Texas (HB 2398)
Bullying, Sexual Harassment, Dating Violence, Sexual Violence Policy	Yes	No	I was given a copy and read the Bullying, Sexual Harassment, Dating Violence, and Sexual Violence Policy.
Class Field Trips	Yes	No	I give my permission for my student to participate in all class field trips scheduled during the school day for the current school year. I understand that these field trips will be within the school district and surrounding areas. I also understand that the same degree of supervision will be exercised as in the classroom, and I further understand that the school is not liable for any accidents or other unusual incidents that could occur on these trips. If vehicle transportation is needed, school buses will be used unless you are notified otherwise.
Use of Student Work	Yes	No	I give Big Spring ISO permission to use my child's artwork or special project on the district's website and in district publications.
Corporal Punishment	Yes	No	I give permission for my child to receive corporal punishment. I agree to pick up my child within 30 minutes after I have been called.
Pesticides	Yes Student is allergic	No Student is not allergic	The Big Spring ISO periodically applies pesticides at the different school facilities during the school year. Information concerning the application of any pesticides can be obtained from the Maintenance Department at 264-4108. Is this student allergic to any known pesticides or herbicides?
Military and Institution of Higher Education	Yes	No	I give permission for my child's information to be released to Military Recruiters and Institutions of Higher Education. <i>(IF no then parent's objection form must be filled out and returned)</i>
Howard College and Early Admission Student/Parent Agreement Form	Yes	No	I signed the permission Agreement for Howard College Dual Credit and Early Admission

Student Signature: _____

Parent/Guardian Signature: _____

Date: _____

I understand that I may revoke this permission at any time by notifying the campus principal in writing.



Big Spring Independent School District

School: _____

CUESTIONARIO ESTUDIANTIL 2025-2026

Nombre legal del estudiante: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ ID local#: _____

Nombre del padre / tutor: _____

Dirección de casa: _____ Ciudad: _____

Código postal: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono móvil: (____) _____

Instrucciones: Indique una declaración verdadera con una marca de verificación.

Orfanato

(ORANGE)

El estudiante está bajo la custodia de DFPS.

Debe proporcionar una carta de verificación de DFPS

Por favor lea lo siguiente. Firme y feche la solicitud.

Entiendo que los funcionarios escolares verificarán la información en esta solicitud.

McKinney-Vento según lo definido por 42 U.S.C. Sección 11302 (indique los calificadores que son verdaderos):

(GREEN)

El estudiante vive temporalmente con otra familia debido a dificultades económicas

El estudiante no tiene una "residencia nocturna fija, regular y adecuada"

El estudiante vive en un hotel o motel debido a la pérdida de su vivienda.

El estudiante vive en un refugio

En caso afirmativo, elija el estado apropiado a continuación:

El estudiante está bajo la custodia física de un padre o tutor legal.

El estudiante NO está bajo la custodia física de un padre o tutor legal

Militar (indique el calificador militar que se aplica a su estudiante):

(BLUE)

El estudiante es dependiente de un miembro en servicio activo del ejército de los Estados Unidos.

El estudiante es dependiente de un miembro actual de la Guardia Nacional de Texas (Ejército, Guardia Aérea o Guardia del Estado)

El estudiante es dependiente de un miembro actual de una fuerza de reserva en el ejército de los Estados Unidos

El estudiante es dependiente de un ex miembro del ejército de los EE. UU., La Guardia Nacional de Texas o una fuerza de reserva del ejército de los EE. UU.

El estudiante dependía de un miembro de una fuerza militar o de reserva en el ejército de los EE. UU. Que fue asesinado en el cumplimiento del deber.

(Documentación aceptable: identificación con fotografía del Departamento de Defensa para los miembros del servicio activo, una declaración de servicio, copia de la cita de Purple Heart, determinación del cumplimiento del deber o carta del comandante).

Nota: No haga una copia de la identificación del DoD.

Firma del Padre/ Tutor: _____

Fecha: ____/____/____



Big Spring Independent School District

School: _____

Distrito escolar independiente de Big Spring

Consentimiento de los padres para el Programa de Pruebas de Drogas al Azar para Actividades Extracurriculares y el Programa Voluntario de Pruebas de Drogas

Nombre del estudiante: _____ Identificación del Estudiante#: _____

(Por favor imprimir)

Actividades extracurriculares en las que participa: _____

Yo _____ como padre/tutor del estudiante mencionado anteriormente, que está inscrito en Big Spring Jr./Sr. High School, por la presente acepta lo siguiente:

Entiendo la política del distrito escolar con respecto al abuso de sustancias. Entiendo que es práctica del Distrito realizar pruebas aleatorias y de sospecha razonable de drogas y alcohol para llevar a cabo esta política.

Entiendo que mi hija no puede ser obligado a dar una muestra de orina, aliento o saliva (en adelante "muestra"). Entiendo que si él/ella da una muestra, será analizada para drogas ilegales y/o alcohol. Entiendo que como condición para la participación de mi hija en Jr./Sr. actividades extracurriculares de la escuela secundaria y para estar en buenos términos, mi hija debe dar una muestra cuando lo solicite el Distrito. Si mi hija no participa en actividades extracurriculares, por la presente solicito que se le permita participar en Big Spring I.S.D. Programa Voluntario de Pruebas de Drogas al Azar y renuncia a sus derechos en la medida necesaria para Big Spring I.S.D. para realizar pruebas de drogas bajo su Programa Voluntario de Pruebas de Drogas. Entiendo que si mi hija no proporciona una muestra o si su muestra revela una presencia inexplicable de una droga ilegal y/o alcohol, el Distrito implementará los pasos asociados con la política de pruebas aleatorias de drogas, el manual del estudiante y el código de conducta del estudiante. conducta si corresponde.

Recibí y leí una copia del Big Spring I.S.D. Política de disuasión de drogas. Entiendo que esta política es parte de las reglas del distrito escolar y que se aplica a todos los estudiantes de Big Spring I.S.D. estudiantes, grados siete a doce, que participan en actividades extracurriculares o que participan en el Big Spring I.S.D. Programa Voluntario de Pruebas Aleatorias de Drogas.

Los medicamentos recetados que se están tomando actualmente según lo prescrito por el estudiante mencionado anteriormente son:

Comentarios:

_____	_____	_____
Escriba el nombre del padre/tutor en letra de imprenta	Firma del Padre / Tutor	Fecha

_____	_____	_____
Escriba el nombre del estudiante	Firma del alumno	Fecha