Escuelas del área de White Bear Lake

Distrito #624

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN 2026-2027

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Apellido (Legal)	**Nombre (Legal)**	**Segundo nombre (Legal)**	**Fecha de nacimiento** ***(MM/DD/AAAA)***
Género al nacer **___ Masculino ____Femenino**	**Género preferido (opcional)**	**Pronombres (opcional)**	**Nombre preferido (opcional)**
Grado al que se matricula		**Primer aprendizaje del idioma**	**Asistió anteriormente a escuelas de White Bear Schools** **_____ Sí ____No** **Nombre de la escuela:**

ESCUELAS RECIENTES - *Enumere todas las escuelas a las que ha asistido el estudiante - la escuela más reciente primero*

Nombre de la escuela	**Ciudad y Provincia**	**Grados**	**Tipo de escuela**
			___ MN pública __ Pública fuera del estado ___ No pública __ Charter
			___ MN pública __ Pública fuera del estado ___ No pública __ Charter

¿Cuál es el país de nacimiento de su estudiante? _____

Fecha en que su hijo asistió por primera vez a la escuela en los EE. UU. (mm / dd / aaaa)

¿Es esta la primera inscripción escolar de su estudiante? Sí No

DOMICILIO DEL ESTUDIANTE

El estudiante vive con ___ Madre ____ Padre ____Ambos_____

Teléfono principal (_____)_____-_____

DIRECCIÓN _____

Dirección Apartamento #

_____ _____

Ciudad Código postal

FAMILIA 1: INFORMACIÓN DE LOS PADRES / TUTORES

	Padre/Tutor #1	**Padre/Tutor #2**
Nombre *(Nombre, inicial del segundo nombre, apellido)*		
Relación con el estudiante *Mamá, padrastro, tía, etc.*		
Tutor Legal	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
Dirección *Si es diferente a la del estudiante*		
Teléfono primarias		
Teléfono secundaria		
Idioma preferido		
Correo electrónico		

SOLO PARA USO OFICIAL	**Fecha en que se completó:**	**Año de inscripción: 2026-2027**	**Se necesita intérprete:**	**SÍ**	**NO**

FAMILIA 2: INFORMACIÓN DE PADRES / TUTORES

	Padre/Tutor #1	Padre/Tutor #2
Nombre *(nombre, inicial del segundo nombre, apellido)*		
Relación con el estudiante		
Tutor Legal	□ Sí □ No	□ Sí □ No
Dirección		
Teléfono primarias		
Teléfono secundaria		
Idioma preferido		
Correo electrónico		

HERMANOS - *Enumere los nombres* **de** *todos los estudiantes menores de 21 años que viven en el mismo hogar*

Apellido	Nombre	Segundo nombre	Género	Fecha de nacimiento	Grado	Escuela
			Masculino Femenino			
			Masculino Femenino			
			Masculino Femenino			
			Masculino Femenino			
			Masculino Femenino			

INFORMACIÓN DE CUSTODIA -*Sírvase proporcionar la información solicitada a continuación:*

¿Existen restricciones legales impuestas a los derechos de los padres que no tienen custodia a información o tratar con el estudiante nombrado en este formulario?_____**SÍ**_____**NO**
***En caso afirmativo**, una copia del decreto debe estar archivada en la escuela. Por favor, envíelo al director.*

CONTACTOS DE EMERGENCIA

Nombre de una persona a la que llamar en caso de emergencia que no sea el padre

	Contacto 1	Contacto 2
Nombre *(Nombre, apellido)*		
Relación con el estudiante		
Teléfono residencial		
Teléfono celular		
Teléfono del trabajo		

EDUCACIÓN ESPECIAL - *¿Está recibiendo este estudiante Servicios de Educación Especial (IEP)?*

__Trastorno del espectro autista
__ Discapacidad de desarrollo cognitivo
__Retraso en el desarrollo
__ Sordera / Dificultad auditiva
__ Trastorno emocional / conductual
__ Otras discapacidades de salud
__ Discapacidad física
__ Discapacidades específicas de aprendizaje
— Impedimentos del habla / lenguaje
— Lesión cerebral traumática
— Impedimento visual

INFORMACIÓN GENERAL

¿Tiene el estudiante un plan de acomodación 504?	___Sí	___ No
¿Ha sido el estudiante evaluado para servicios de educación especial?		
Si es así, ¿dónde?	___Sí	___ No En caso afirmativo, indique dónde _____
¿Está el estudiante actualmente inscrito en un programa para superdotados y talentosos?	___Sí	___No
¿Ha recibido el estudiante en alguna ocasión ayuda para aprender inglés?	___Sí	___No
¿Necesita la familia un intérprete presente en las conferencias escolares?	___Sí	___ No En caso afirmativo, indique el idioma _____
¿Ha sido el estudiante alguna vez expulsado de una escuela anteriormente?	___Sí	___No
¿En los últimos tres años, ha tenido que mudarse o cambiar de escuela por trabajo temporal o estacional en la agricultura o pesca?	___ Sí	___No

_____ _____ _____
Firma del padre / tutor Relación con el estudiante Fecha

White Bear Lake Area Public Schools

Independent School District 624

2026-2027 RESUMEN DE SALUD Y EMERGENCIA

(Health & Emergency Summary Form)

Nombre del Estudiante: _____

Apellido Primer Nombre Segundo Nombre

Fecha de Nacimiento:_____

Favor de anotar cada problema con la salud del estudiante o información importante sobre su salud:

¿Existe alguna condición que podría resultar en una emergencia? Sí No

Si su respuesta es Sí, favor de explicar:

¿Su estudiante ha dejado de sufrir de una condición de salud previamente diagnosticada? Sí No

Si su respuesta es Sí, favor de explicar:

¿Su estudiante necesita una dieta especial (libre de gluten, lactosa, o etc.)**?** Sí No

Si su respuesta es Sí, su doctor tendrá que llenar el documento "Special Diet Statement to Request Dietary Accommodations" si no lo ha hecho. Pueden entregar el documento completado a la oficina de salud en la escuela de su estudiante.

¿Usted desea recibir más información del Departamento de Nutrición acerca de cómo ordenar alimentación especial o de acomodaciones al menú? Sí No

¿Existen restricciones en las actividades de su estudiante? Sí No

Si su respuesta es Sí, favor de explicar:

Su estudiante tiene actualmente seguro médica? Sí No

Si su respuesta es No, ¿usted desee ayuda con la aplicación para el seguro médico para su estudiante? Sí No

Si su estudiante necesita tomar medicamentos en un basis regular, favor de nombrarlos aquí:

Nombre del Medicamento	Dosis	Horario (AM o PM)	Propósito

¿Su estudiante tiene algún tipo de alergia a algún alimento o medicamento- (Does your Student have any known allergies to any type of food or medication)? Sí No

Si su respuesta es Sí, favor de explicar:

Informacion sobre las inmunizaciones escolares:
http://www.health.state.mn.us/divs/idepc/immunize/readykidswhento.pdf
***Deben entregar los récords actualizados de vacunación a la escuela antes del primer día escolar. *** La información proveída en este documento puede ser compartida con miembros del personal escolar cuando sea necesario.

FIRMA DEL PADRE/MADRE/GUARDIÁN:_____

FECHA:_____

White Bear Lake Area Schools

2026-2027 HEALTH & EMERGENCY SUMMARY

STUDENT INFORMATION

Last Name *(Legal)*	**First Name** *(Legal)*	**Middle Name** *(Legal)*
Grade	**Date of Birth** *(MM/DD/YYYY)*	**Gender** ___Male_____Female

Health Concerns and Other Information

Please indicate if your child has been diagnosed with any of the following conditions:

___ADHD/ADD ___ Anxiety ___Arthritis ___Asthma ___Birth Defects
___Blood Disorder ___Bowel Problems ___Cancer ___Depression ___Developmental Delay
___Diabetes ___Food Allergy ___Hearing Loss ___Heart Condition ___Hospitalization (Recent)
___Learning Difficulties ___Mental Health ___Migraines ___Physical Limitations ___Seizures
___Serious Illness ___Skin Conditions ___Stomach Issues ___Surgery (Recent) ___Urinary Problems
___Vision Loss ___Other

Please provide additional information about the above conditions:

Has your child outgrown any health condition or diagnosis? If YES, please list: _____ **Yes**_____ **No**

Please indicate if your child requires any of the following special diets: ___Not Applicable

___Dairy Free ___Egg Free (including ingredient) ___No Whole Eggs (hard boiled, omelets) ___Gluten Free
___ Lactose Free Milk ___ Soy or Ripple Milk (pea protein) ___Texture Modification (mash,Puree, thicken) ___Tube Feeding
___Other (indicate specifics below)

Any additional information about your child's diet?

Does your child need medication at school? ___**Yes** ___**No**

Is the medication for a potential emergency condition (anaphylaxis, seizures, etc)? ___**Yes** ___**No**

If your student needs medication at school, please complete the *Authorization for Administration of Medication form* and bring it to the school Health Office, along with the medication in its original container.

Authorization for Administration of Medication at School form can be printed here.

Minnesota Immunization Law for Schools

Minnesota law states students are required to receive certain vaccines for school or submit an exemption.

Follow this link to see how many total doses of each vaccine are needed for your student based on their grade or to find the exemption form.

Immunizations can be sent to your child's school or uploaded to Synergy.

_____ _____ _____

Parent / Guardian Signature Relationship to Student Date

Encuesta de idiomas de Minnesota

Minnesota es el hogar de hablantes de más de 100 idiomas diferentes. Se valora la capacidad de hablar y entender múltiples idiomas. La información que 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 después de una evaluación adicional. Además, la información que proporcione determinará si su estudiante debe tomar una prueba de dominio del inglés. Según los resultados de la prueba, su estudiante puede tener derecho a la 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 Aprendiz de Inglés en cualquier momento.** Cada estudiante inscrito debe recibir la Encuesta de Idiomas de Minnesota durante la inscripción. La información solicitada en este formulario es importante para nosotros para poder servir a su estudiante. Su ayuda para completar la Encuesta de idiomas de Minnesota es muy apreciada.

Información del estudiante	
Nombre completo del estudiante: (Apellido, nombre, inicial del segundo nombre)	Fecha de nacimiento o identificación de estudiante:

	Marque la frase que mejor describa a su estudiante:	**Indique el(los) idioma(s) distinto(s) del inglés en el espacio proporcionado:**
1. Mi estudiante aprendió por primera vez:	___ Idioma(s) distinto del inglés. ___ Inglés e idioma(s) distinto del inglés. ___ Sólo inglés.	
2. Mi estudiante habla:	___ Idioma(s) distinto del inglés. ___ Inglés e idioma(s) distinto del inglés. ___ Sólo inglés.	
3. Mi estudiante entiende:	___ Idioma(s) distinto del inglés. ___ Inglés e idioma(s) distinto del inglés. ___ Sólo inglés.	
4. Mi estudiante tiene una interacción constante en:	___ Idioma(s) distinto del inglés. ___ Inglés e idioma(s) distinto del inglés. ___ Sólo inglés.	

El uso del idioma por sí solo no identifica a su estudiante como Aprendiz de inglés. Si se indica un idioma que no sea inglés, su estudiante será evaluado para determinar su dominio del idioma inglés.

Información de los padres / tutores	
Nombre del padre/tutor (Letra de imprenta):	
Firma del padre/tutor:	Fecha:

* Todos los datos en este formulario son privados. Solo se compartirá con el personal del distrito que necesite la información para servir mejor a su estudiante y para informar legalmente sobre el idioma del hogar y la 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 la ley estatal o federalpara acceder a la información. El cumplimiento de esta solicitud de información es voluntario.

Formulario de designación demográfica racial y étnica

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

Fecha de nacimiento: _____ Distrito: _____ 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
- ☐ Colombiano
- ☐ Ecuatoriano
- ☐ Guatemalteco
- ☐ Mexicano
- ☐ Puertorriqueño
- ☐ Salvadoreño
- ☐ De España/español/ español-americano
- ☐ Otro hispano/latino
- ☐ Origen desconocido

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.

[1]Registro 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*):

- ☐ Declina indicar
- ☐ Anishinaabe/Ojibwe
- ☐ Cherokee
- ☐ Dakota/Lakota
- ☐ Otra afiliación tribal india de América del Norte
- ☐ 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*):

- ☐ Declina indicar
- ☐ indio asiático
- ☐ Birmano
- ☐ Chino
- ☐ Filipino
- ☐ Hmong
- ☐ Karen
- ☐ Coreano
- ☐ Vietnamita
- ☐ Otro lugar asiático
- ☐ Origen desconocido

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*):

- ☐ Declina indicar
- ☐ Afroamericano
- ☐ Etíope-Oromo
- ☐ Etíope-otro
- ☐ Liberiano
- ☐ Nigeriano
- ☐ Somalí
- ☐ Otra raza negra
- ☐ 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.

[1]Registro 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 del padre/tutor_____ Fecha_____

Firma del padre/tutor_____

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.

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

Escuelas Públicas del Área de White Bear Lake
Distrito Escolar Independiente 624

Solicitud de registros estudiantiles

El siguiente estudiante se ha inscrito en el Distrito Escolar 624 del Área de White Bear Lake:

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nota: _____ Fecha de inscripción anticipada: _____

Información de la escuela anterior: Por favor complete en su totalidad. Gracias.

Nombre de la escuela: _____ Distrito escolar: _____

Dirección de la escuela: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Teléfono de la escuela: _____ Fax de la escuela: _____

- **Registros escolares oficiales (nombre, dirección, fecha de nacimiento y / o copia del certificado de nacimiento, sexo, nivel de grado, registros de asistencia, rango de clase, resultados de exámenes estandarizados, etc.)**
- **Registros de educación especial, incluido el Plan IEP/504 u otras evaluaciones (Por favor envíe un fax lo antes posible)**
- **Acumulativo: Resultados de la evaluación estatal: (por ejemplo, MCA) y Resultados de la evaluación estandarizada del distrito: (por ejemplo, MAP)**
- **Número MARSS/número de identificación estatal**
- **Documentos legales**
- **Registros de evaluación preescolar**
- **Registros disciplinarios, incluidas suspensiones y documentos de expulsión**
- **Registros de salud, incluidas las vacunas y el examen físico deportivo**
- **Registros ELL/ESL - incluyendo puntajes ACCESS y Encuesta de Idioma del Hogar**

Birch Lake Elementary 1616 Birch Lake Ave WBL, MN 55110 651-653-2776 651-653-2778 - **FAX** kelly.rivers@isd624.org	North Star Elemetary 15198 Forest Blvd N Hugo, MN 55038 651-242-5500 651-242-5515 - **FAX** lynnea.maciej@isd624.org	Lakeaires Elementary 3963 Van Dyke St WBL, MN 55110 651-653-2809 651-653-2811 - **FAX** michon.sommers@isd624.org	Escuela Primaria Lincoln 1961 Sixth St WBL, MN 55110 651-653-2820 651-653-2822 - **FAX** joelle.sather@isd624.org	Escuela Primaria Oneka 4888 Heritage Pkwy N. Hugo, MN 55038 651-288-1800 651-288-1899 - **FAX** Jessica. gunnufson@isd624.org
Otter Lake Elementary 1401 County Rd H2 WBL, MN 55110 651-653-2831 651-653-2833 - **FAX** molly.franta@isd624.org	Matoska International 2530 Spruce Place WBL, MN 55110 651-653-2847 651-653-2849 - **FAX** carolyn.kay@isd624.org	Vadnais Heights Elementary 3645 Centerville Rd Vadnais Heights, MN 55127 651-653-2858 651-653-2860 - **FAX** lyn.deuel@isd624.org		Escuela Primaria Willow Lane 3375 Willow Ave. WBL, MN 55110 651-773-6170 651-773-6176 - **FAX** kathryn.bonsell@isd624. org
Central Middle School 4857 Bloom Ave. WBL, MN 55110 651-653-2888 651-407-7632 - **FAX** aimee.nelsen@isd624.org	Mariner Middle School 3551 McKnight Rd WBL, MN 55110 651-653-6204 652-653-2716 - **FAX** christine.larson@isd624.org	WBLAHS- 5045 Division Ave. WBL, MN 55110 651-444-6700 651-653-2630 - **FAX** wblahsregistrar@isd624.org		Centro de Aprendizaje del Área 2449 Orchard Lane WBL, MN 55110 651-773-6400 651-773-6402 - **FAX** tayler.jones@isd624.org
Transition Education Center 13497 Fenway Blvd. Circle N. Hugo, MN 55038 651-773-6051 651-773-6052 - **FAX**	**Por favor, envíe la información del estudiante a la escuela marcada en un círculo arriba.** **Gracias por su ayuda.**			

Oficina de Inscripción Centralizada de WLBAS * Teléfono: 651-407-7674 * Fax: 651-407-7502
2399 Cedar **Ave, White Bear Lake, MN 55110**
Correo electrónico: katy.etter**@isd624.org**

ESCUELAS DEL ÁREA DE WHITE BEAR LAKE #624 2399 CEDAR **AVENUE, WHITE BEAR LAKE, MN 55110**

EDUCACIÓN PARA PERSONAS SIN HOGAR MCKINNEY-VENTO

PERSONA DE CONTACTO (padre, tutor, otro)	
DIRECCIÓN (calle, ciudad, estado, código postal)	
Número de teléfono (incluir código de área)	

Actualmente, ¿está usted y / o su familia en alguna de las siguientes situaciones de vida? Marque la casilla correspondiente. Si no aplica ninguna, no se requiere más información. Si usted ha marcado un área, continúe y complete este formulario.

☐Compartiendo la vivienda de otros debido a la pérdida de la vivienda, dificultades económicas o razones similares. ☐ Domiciliado en un refugio ☐Sin refugio (viviendo en automóvil, calle, edificio abandonado, etc.) ☐Motel / hotel debido a la pérdida de vivienda.	☐ Trabajador migrante ☐ Unidad de vivienda transitoria ☐ Jóvenes no acompañados: No están bajo la custodia física de un padre o tutor legal. ☐ Otros: Sírvase explicarlo.

¿Existe alguna Orden de Protección actual u *Orden de No Contacto* que concierne al estudiante? Sí ___ No_____En caso afirmativo, sírvase dar una explicación.

POR FAVOR, ENUMERE A CONTINUACIÓN LOS NIÑOS BAJO SU CUIDADO (USE PÁGINAS ADICIONALES SI ES NECESARIO)

NOMBRE: SEGUNDO NOMBRE APELLIDO	M/F	FECHA DE NACIMENTO	GR	NOMBRE DE LA ESCUELA	SERVICIOS ESPECIALES SÍ/NO

INFORMACIÓN DEL PROGRAMA DE NUTRICIÓN INFANTIL

McKinney Vento califica a su(s) estudiante(s) para comidas escolares gratuitas a través de nuestro Programa de Nutrición Infantil. Su(s) estudiante(s) también pueden recibir tarifas reducidas o gratuitas para otros programas relacionados con la escuela. Usted tiene la opción de dar su permiso para que el estatus de acceso a comida gratuita de su (s) estudiante (s) se comparta (o no) con otros departamentos de White Bear Lake marcando una de las casillas a continuación.

□ NO, NO COMPARTA MI INFORMACIÓN CON OTROS DEPARTAMENTOS DE WHITE BEAR LAKE. Si marca esta casilla, significa que otros programas de White Bear Lake no tendrán acceso a su elegibilidad, y será su responsabilidad proporcionarles esta información para recibir tarifas exentas o reducidas.

□ SÍ, DOY PERMISO PARA QUE MI INFORMACIÓN SE COMPARTA CON OTROS DEPARTAMENTOS DE WHITE BEAR LAKE. Si marca esta casilla, Child Nutrition **(**Nutrición Infantil) podrá revelar su elegibilidad de recibir comidas gratuitas / reducidas a otros funcionarios escolares apropiados con el fin de recibir asistencia o una exención para otros programas relacionados con la escuela.

A lo mejor de mi conocimiento, la información en este documento es precisa:

FIRMA DEL PADRE / TUTOR LEGAL O PERSONA QUE COMPLETA ESTE FORMULARIO EN LUGAR DEL PADRE / TUTOR LEGAL:

_____ FECHA:_____

El abajo firmante, de acuerdo con la información proporcionada anteriormente, certifica que el(los) estudiante(s) listado(s) cumplen(n) con la definición de personas sin hogar como se establece en la Ley McKinney Vento (Subtítulo B, Sección 725) del 1 de julio de 2002.

COORDINADOR MCKINNEY VENTO:_____ FECHA DE INICIO**:** _____ FECHA DE FINALIZACIÓN: _____

TRANSPORTE REQUERIDO: _____SÍ. _____NO FECHA DE INICIO**:** FECHA DE FINALIZACIÓN:

Distribución enviada a los siguientes en FECHA:

- ☐ Secretario de la escuela
- ☐ Especialista MARRS
- ☐ Transporte
- ☐ Servicio de Alimentos
- ☐ Remisión a recursos comunitarios
- ☐ Remisión para armario de ropa

NOTAS DE SEGUIMIENTO:

Escuelas Públicas del Área de White Bear Lake #624
Guiando mentes al aprendizaje, corazones a la compasión
y vidas al servicio comunitario.

Formulario de verificación de cuidado de crianza
Liaison de cuidado de crianza: 651-407-7559

La Ley Cada Estudiante Triunfa de 2015 incluye garantías de que los estudiantes que viven en cuidado de crianza estén inscritos o permanezcan en su escuela de origen (la escuela de asistencia en el momento en que se mudan al cuidado de crianza), a menos que se determine que no está en su mejor interés hacerlo. Complete el siguiente formulario para determinar si esta ley tiene que ver con su situación actual.

Haga una lista de todos los niños o jóvenes que viven en la situación anterior.

Nombre Segundo nombre Apellido	Escuela (si se conoce)

Adulto que matricula (marque todas las que correspondan): ❒ Padre de crianza ❒ Padre ❒ Tutor legal ❒ Otro
Nombre(s):
Teléfono(s): **Dirección de correo electrónico:**

Información sobre el estatus del niño
¿Se han rescindido los derechos de los padres? Sí _____No_____ Nombre del tutor legal:
¿Tiene documentos legales o una carta de colocación del condado? Sí _____ No _____

Información de contacto del condado		
Trabajador del condado:	División:	Teléfono:
Dirección:	Correo electrónico:	

Información sobre el hogar de acogida
Padre(s) adoptivo(s) Nombre(s) (Si es diferente del anterior):
Dirección:
Teléfono(s): Correo electrónico:
❒ La dirección está dentro de los límites del distrito ❒ La dirección está fuera de los límites del Distrito ❒ La dirección está fuera del área de asistencia

Por favor, continúe a la página siguiente

Si los derechos de <u>los padres NO</u>* se *has rescindido, complete la siguiente información.

Información principal de los padres	
Nombre(s):	
Dirección:	
Teléfono(s):	Correo electrónico:

Información secundaria de los padres	
Nombre(s):	
Dirección:	
Teléfono(s):	Correo electrónico:

Solo para uso en el Centro de inscripción:	
Documentación proporcionada: (Por favor, marque todo lo que corresponda) O Carta de colocación del condado O Terminación de los derechos de los padres O Documentación legal del Gurdián	Distribución de la información: (Por favor, marque todo lo que corresponda) O Documentos enviados a los Servicios de Información O Copia enviada al Liaison de cuidado de crianza O Copia enviada a la(s) escuela(s)

Solo para uso del Liaison de cuidado de crianza:	
O Solicitud de transporte enviada O Ruta de transporte asignada	Notas:

Escuelas del área de White Bear Lake

Información del censo

Complete el siguiente formulario enumerando todos los adultos y niños que residen en el hogar.

Devolver por correo, correo electrónico, fax o traer a:

Correo: Información del Censo, 2399 Cedar Ave, White Bear Lake, MN 55110
Teléfono: 651-407-7507 **Fax:** 651-407-7502 **Correo electrónico:** census@isd624.org
Sitio web: www.isd624.org/pdfs/censusform.pdf

Fecha: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ **Estado:** ____ **Código postal:** ____ **Teléfono:** _____

Jefe de familia

Apellido (Legal)	Nombre (Legal)	Género	Fecha de nacimiento (MM/DD/AA)
_____	_____	M F	____ / ____ / ___
_____	_____	M F	____/____/___

Idioma preferido de los padres/tutores:_____

Todos los demás que viven en esta dirección

Apellido (Legal)	Nombre (Legal)	Género	Fecha de nacimiento (MM/DD/AA)
_____	_____	M F	____/____/___
_____	_____	M F	____/____/___
_____	_____	M F	____/____/___
_____	_____	M F	____/____/___
_____	_____	M F	____/____/___

Si su última residencia fue en el Distrito Escolar de White Bear Lake, indique esa dirección a continuación:

Dirección: _____

Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Código Postal:** _____ **Teléfono:** _____

Traducciones: Para Español favor llame al 651-407-7625 I Xav tau ntawv txhais ua lus Hmoob 651-407-7623