

Formularios Requeridos

- FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN
- FORMULARIO DE SOLICITUD DE REGISTROS
- FORMULARIO PARA AUTORIZAR A QUIÉN PODRÁ RECOGER AL ESTUDIANTE EN CASO DE EMERGENCIA E HISTORIAL DE SALUD
- ENCUESTA DE IDIOMAS DE MINNESOTA
- FORMULARIO DE DESIGNACIÓN DEMOGRÁFICA RACIAL Y ÉTNICA
- TÍTULO VII CERTIFICACIÓN DE ELEGIBILIDAD DEL ESTUDIANTE

Documentos Requeridos

- PRUEBAS DE RESIDENCIA** UNO de los siguientes: (UNO de los siguientes documentos)
 - Licencia de conducir válida – (no vencida) con la dirección actual
 - Factura de servicios públicos actual – con fecha dentro de los 60 días
 - Una carta de alguna Agencia Gubernamental – con fecha dentro de los 60 días
 - Contrato de arriendo – firmado por el arrendatario y el arrendador y con muestra del periodo de arrendamiento
 - PContrato de compra – acuerdo firmado (por el comprador y por el vendedor) con la fecha de compra y la dirección referenciada
 - Declaración de hipoteca – con fecha dentro 60 días
 - Declaración de los impuestos de la propiedad – debe mostrar la dirección residencial principal y el año actual.
 - Póliza de Seguro para propietarios o inquilinos – debe estar activa y emitida dentro de los 60 díasU.S. Postal service change of legal address confirmation letter - dated within 60 days
 - Carta de confirmación del cambio de dirección del Servicio Postal de EE. UU. – con fecha dentro de los 60 días
 - Si ninguna de estas opciones se aplica a su situación, comuníquese con el Centro de Inscripción.
- REGISTROS DE INMUNIZACION** Para más información revise la parte de abajo.
- Certificado de nacimiento o pasaporte** para verificación de la edad.
- DOCUMENTO DE EVALUACION DE LA PRIMERA INFANCIA** (Educación Especial Temprana & solo para Kindergarten)
- TRASCRIPTIÓN DE LA ESCUELA ANTERIOR** (solo para los grados del 6to hasta 12vo)
- REGISTROS DE EDUCACIÓN ESPECIAL** (Si corresponde)
- Documentos Legales relacionados con los estudiantes**, si es aplicable.



Información y formulario de vacunas de la Edad Temprana



Fomulario K12 e información de vacunas.

Sin el comprobante de vacunación completo o una exención firmada y ante notario, no podemos completar la inscripción. Si necesita ayuda con recursos para obtener las vacunas, envíe un correo electrónico a enrollmentnurse@district279.org y solicite información sobre recursos de vacunas.

Militar: Un “joven relacionado con el ejército” quiere decir tener un padre biológico o un tutor legal que está actualmente en las fuerzas armadas (ya sea como un reservista o está en servicio activo) o recientemente se ha retirado de las fuerzas armadas.

Plan 504 – Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973 (34 C.F.R. Parte 104) es un estatuto federal de los derechos civiles que asegura que las personas no serán discriminadas por su discapacidad. Todas las escuelas que reciben fondos federales son responsables de la implementación de esta ley. Las personas que han sido determinadas de tener una discapacidad bajo la Sección 504 pueden o no pueden estar discapacitadas bajo la educación especial (IDEA). La Sección 504 protege a un estudiante con discapacidad que limita una o más actividades importantes de la vida, ya sea que el estudiante reciba servicios de educación especial o no. Los padres que tengan inquietudes o preguntas acerca de la Sección 504 deben comunicarse con el director de la escuela.

¿Es esta la primera inscripción escolar de su estudiante en los Estados Unidos? No se requiere proporcionar la información y la información solicitada solo se utilizará para determinar si el niño puede ser elegible para los programas ofrecidos en el distrito que brindan mejores oportunidades de instrucción a niños y jóvenes inmigrantes.

INFORMACIÓN DE RESIDENCIA

Esta información se utiliza para garantizar los derechos educativos y la protección de los estudiantes sin hogar. Una persona sin hogar es quien:

(1) carece de una residencia nocturna fija, regular y adecuada y (2) incluye: (a) niños y jóvenes que comparten la vivienda de otras personas debido a la pérdida de vivienda, dificultades económicas, o una razón similar; viven en moteles, hoteles o campamentos debido a la falta de un alojamiento alternativo adecuado; viven en un refugio de emergencia o de transición, están abandonados en hospitales; o están esperando ser colocados en hogares de crianza; (b) niños y jóvenes que tienen una residencia nocturna que es un lugar público o privado no designado o usado normalmente como un alojamiento regular de dormir para los seres humanos; y (c) niños y jóvenes que viven en carros, parques, espacios públicos, edificios abandonados, viviendas deficientes, autobuses o estaciones de tren, o lugares similares. No es necesario que complete la información en esta sección del formulario. Si elige no completar esta sección puede haber retrasos en la prestación de servicios. El maestro de la escuela, los administradores de la escuela y el distrito, y el Departamento de Educación de Minnesota (MDE) tienen acceso a esta información.

DEFINICIONES DE PERMISO PADRE/TUTOR

Vive con: Indica que el padre/tutor vive en el mismo hogar con el estudiante

Contacto Permitido: Indica que el padre/tutor está permitido contactar con el estudiante y será incluido en la escuela para la comunicación del estudiante.

Derechos educativos: Indica que el padre/tutor tiene derecho de tomar decisiones sobre la educación del estudiante y puede acceder a la información del estudiante por medio del portal para padres Synergy.

Tiene custodia: Indica que el padre/tutor tiene custodia legal del estudiante.

Correo Permitido: Indica que el padre/tutor puede recibir correspondencia sobre el estudiante.

Puede recoger al estudiante: Indica que la escuela puede entregar al estudiante al padre/tutor.

Dirección y contacto de INSCRIPCIÓN



School or Program _____ Grade _____ School Year _____

OFFICE USE ONLY	STUDENT ID		BEGIN DATE (mm/dd/yyyy)	LAST LOCATION CODE	<input type="checkbox"/> NEW <input type="checkbox"/> ADDRESS CHANGE Move date:	<input type="checkbox"/> WARD OF THE STATE <input type="checkbox"/> HOMELESS	<input type="checkbox"/> SHARED-TIME <input type="checkbox"/> 504 <input type="checkbox"/> IEP	
	<input type="checkbox"/> PRIMARY <input type="checkbox"/> LIVES WITH <input type="checkbox"/> ADDRESS CHANGE	LEGAL <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 6	RESIDENT DISTRICT	RESIDENT SCH	<input type="checkbox"/> RE-ENTRY <input type="checkbox"/> TRANSFER	<input type="checkbox"/> REVERSAL <input type="checkbox"/> CHANGE OF PRIMARY	SAC	
	<input type="checkbox"/> PRIMARY <input type="checkbox"/> LIVES WITH <input type="checkbox"/> ADDRESS CHANGE	LEGAL <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 6	ACTION CODE <input type="checkbox"/> NW <input type="checkbox"/> EO <input type="checkbox"/> SP <input type="checkbox"/> OS <input type="checkbox"/> RO		HOME LANGUAGE		COMPLETED BY	

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE (NOMBRE LEGAL COMO APARECE EN EL CERTIFICADO DE NACIMIENTO)

APELLIDO	PRIMER NOMBRE	2do NOMBRE	GÉNERO <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	FECHA DE NACIMIENTO (mes/día/año)	GRADO
DIRECCIÓN		Apto/Unidad #	CIUDAD		CÓDIGO POSTAL
TELÉFONO DE PREFERENCIA	¿CON QUIEN VIVE EL ESTUDIANTE? MARQUE UNO O MÁS <input type="checkbox"/> PADRE <input type="checkbox"/> MADRE <input type="checkbox"/> PADRASTRO <input type="checkbox"/> MADRASTRA <input type="checkbox"/> OTRO- Parentesco: _____				

INFORMACIÓN DEL PADRE/TUTOR LEGAL #1

IGUAL A LA DIRECCION PRINCIPAL

NOMBRE LEGAL	APELLIDO	PRIMER NOMBRE	2do NOMBRE	PARENTESCO <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre OTRO- _____	
<i>Dirección, si es diferente a la del estudiante</i>	DIRECCIÓN	Apto/Unidad #	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
CELULAR	<input type="checkbox"/> Vive con <input type="checkbox"/> Contacto <input type="checkbox"/> Derechos Educativos	<input type="checkbox"/> Correo Permitido <input type="checkbox"/> Puede recoger al estudiante <input type="checkbox"/> Tiene Custodia	EMAIL		
TELÉFONO DEL TRABAJO	¿NECESITA UN INTÉRPRETE? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Idioma? _____		

INFORMACIÓN DEL PADRE/TUTOR LEGAL #2

IGUAL A LA DIRECCION PRINCIPAL

NOMBRE LEGAL	APELLIDO	PRIMER NOMBRE	2do NOMBRE	PARENTESCO <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre OTRO- _____	
<i>Dirección, si es diferente a la del estudiante</i>	DIRECCIÓN	Apto/Unidad #	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
CELULAR	<input type="checkbox"/> Vive con <input type="checkbox"/> Contacto <input type="checkbox"/> Derechos Educativos	<input type="checkbox"/> Correo Permitido <input type="checkbox"/> Puede recoger al estudiante <input type="checkbox"/> Tiene Custodia	EMAIL		
TELÉFONO DEL TRABAJO	¿NECESITA UN INTÉRPRETE? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Idioma? _____		

OTRO ADULTO EN CASA CON LA RESPONSABILIDAD LEGAL SOBRE EL ESTUDIANTE

NOMBRE LEGAL	APELLIDO	PRIMER NOMBRE	2do NOMBRE	PARENTESCO <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre OTRO- _____	
<i>Dirección, si es diferente a la del estudiante</i>	DIRECCIÓN	Apto/Unidad #	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
CELULAR	<input type="checkbox"/> Vive con <input type="checkbox"/> Contacto <input type="checkbox"/> Derechos Educativos	<input type="checkbox"/> Correo Permitido <input type="checkbox"/> Puede recoger al estudiante <input type="checkbox"/> Tiene Custodia	EMAIL		
TELÉFONO DEL TRABAJO	¿NECESITA UN INTÉRPRETE? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Idio ? _____		

ENROLLMENT Student Information



Nombre Legal	APELLIDO	Primer Nombre	2ndo Nombre	GENERO	FECHA DE NACIMIENTO (mes/día/año)	GRADO
--------------	----------	---------------	-------------	--------	-----------------------------------	-------

Estudiantes en edad de Pre-K o Kindergarten

¿Su estudiante ha completado la Evaluación de la Edad Temprana? Si No

En caso afirmativo, ¿en qué distrito escolar o clínica? _____

En caso negativo, ¿da su permiso para que su estudiante participe en la Evaluación de la Edad Temprana? Si No

Estudiantes en edad escolar

Por favor, marque todo lo que aplicó en escuelas anteriores:

- | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Talento y Superdotación | <u>Solo para estudiantes de secundaria</u> | |
| <input type="checkbox"/> Apoyo del Idioma Inglés (EL, ELL, ESL) | <input type="checkbox"/> Clases de nivel avanzado | |
| <input type="checkbox"/> Nombre/número de teléfono del trabajador social del condado _____ | <input type="checkbox"/> Arresto con resultado de cargos judiciales | |
| <input type="checkbox"/> Plan de acomodación 504 | <input type="checkbox"/> Expulsión escolar ¿dónde/cuándo? _____ | |
| <input type="checkbox"/> IEP (Plan de Educación Individualizada) para Educación Especial- Por favor, marcar todos los que aplican. | <input type="checkbox"/> Suspensión escolar actual ¿dónde/cuándo? _____ | |
| <input type="checkbox"/> Trastornos de Espectro Autista | <input type="checkbox"/> Trastornos emocionales o de comportamiento | <input type="checkbox"/> Deficiencias del habla/ lenguaje |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad Cognitiva del Desarrollo | <input type="checkbox"/> Otras Discapacidades de Salud | <input type="checkbox"/> Deficiencias múltiples graves |
| <input type="checkbox"/> Retraso en el Desarrollo | <input type="checkbox"/> Discapacidad Física | <input type="checkbox"/> Lesión cerebral traumática |
| <input type="checkbox"/> Sordera – Dificultad auditiva | <input type="checkbox"/> Discapacidad de Aprendizaje | <input type="checkbox"/> Deficiencia visual |

¿Necesita su hijo(a) apoyo adicional en alguna de las siguientes áreas?

- | | | |
|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Lectura | <input type="checkbox"/> Matemáticas | <input type="checkbox"/> Escritura |
| <input type="checkbox"/> Comportamiento | <input type="checkbox"/> Asistencia | <input type="checkbox"/> Habilidades Sociales |
| <input type="checkbox"/> Habla/Lenguaje | <input type="checkbox"/> Cambio Familiar | <input type="checkbox"/> Salud Mental |
| <input type="checkbox"/> Recuperación de Créditos | <input type="checkbox"/> Preocupación por consumo de sustancias químicas | <input type="checkbox"/> Otro _____ |

INFORMACIÓN DE INSCRIPCIÓN DE ESCUELAS ANTERIORES. ENUMERE TODAS LAS INSCRIPCIONES ANTERIORES (empezando desde la más reciente)

NOMBRE DEL DISTRITO	NOMBRE DE LA ESCUELA	ESTADO	GRADO(S)	FECHA DE RETIRO

Información Familiar de INSCRIPCIÓN



Nombre Legal	APELLIDO	Primer Nombre	2do Nombre	GENERO	FECHA DE NACIMIENTO (mes/día/año)	GRADO
--------------	----------	---------------	------------	--------	-----------------------------------	-------

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

¿Su estudiante ha estado matriculado alguna vez en una escuela pública de los Estados Unidos anteriormente? Si No
 En caso NEGATIVO, ¿cuál es la fecha en que su hijo(a) asistió por primera vez a una escuela pública en los Estados Unidos? _____

¿Alguna vez su estudiante ha sido inscrito en una escuela pública de Minnesota? Si No

¿Alguna vez su estudiante ha sido inscrito en ISD 279 – Escuelas del Área de Osseo? Si No

¿Algún trabajo temporal o estacional en agricultura o pesca ha causado que usted se mude y cambie a su estudiante de escuela? Si No

McKinney-Vento

¿Esta temporalmente permaneciendo con otra persona o familiar debido a la pérdida de vivienda, dificultades económicas o una razón similar? Si No

¿Vive en un hotel, un motel, o un campamento debido a la falta de un hogar alternativo adecuado? Si No

¿Vive en refugios de emergencia o de transición, en carros, en parques, en espacios públicos o lugares similares? Si No

¿Es el estudiante miembro de una familia militar? (vea la definición en la página 2) Si No

Si es así, ¿está el miembro militar activamente desplegado o espera ser desplegado este año? Si No

A veces el distrito puede ofrecer documentos y mensajes traducidos. ¿Cómo le gustaría recibir las comunicaciones?

- English Hmong (Hmoob Dawb) Spanish (Español) Vietnamese (Tiếng Việt) Somali

HERMANOS DEL ESTUDIANTE MENORES DE 21 AÑOS

APELLIDO	PRIMER NOMBRE	2do NOMBRE	GÉNERO	FECHA DE NACIMIENTO (mes/día/año)	GRADO	ESCUELA
			<input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.			
			<input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.			
			<input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.			
			<input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.			
			<input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.			
			<input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.			

Padre/Tutor Legal

Por la presente certifico que soy el padre o tutor legal del niño(a) nombrado en esta solicitud de matrícula y que poseo la autoridad legal completa para actuar en su nombre al presentar este documento, de acuerdo con los requisitos de Minnesota. Además, certifico que toda la información proporcionada en esta solicitud de matrícula es completa y verdadera según mi mejor leal saber y entender.

Nombre Escrito del Padre/Tutor Legal _____

Firma del Padre/Tutor Legal _____ Fecha _____

FORMULARIO PARA SOLICITAR REGISTROS

Por favor envíe los registros escolares oficiales de: FECHA: _____ SCHOOL YEAR: _____

NOMBRE LEGAL DEL ESTUDIANTE _____
(Apellido) (Nombre) Segundo Nombre

GRADO _____ FECHA DE NACIMIENTO _____ GÉNERO M F
(Grado más reciente) (Mes/Día/Año)

Se solicitan los registros de:

ESCUELA ANTERIOR _____

DIRECCIÓN _____
(Ciudad) (Estado) Código Postal

TELÉFONO _____ Número de Fax _____

CORREO ELECTRÓNICO _____

Por favor incluya:

- Expediente académico o carpeta acumulativa** (fecha de nacimiento, nombre de los padres/tutores legales, dirección, fechas de asistencia, cursos tomados, boletas de calificaciones, promedio general de calificaciones, calificaciones al momento del retiro y puntajes de pruebas estandarizadas)
- Inmunizaciones (vacunas)**, planes de salud y otros registros de salud
- Registros de Educación Especial:** IEP actual, informes de evaluación y de progreso Plan
- 504 y documentación de elegibilidad**, si corresponde
- Registros de EL:** puntajes de WIDA, ACCESS o cualquier otra prueba o evaluación del idioma
- Registros de disciplina** – Conforme a los Estatutos Federales y Estatales, el distrito que transmite los registros educativos de un estudiante a otro distro donde el estudiante se está transfiriendo debe incluir información sobre acción disciplinaria tomadas en forma de suspensión y expulsión y cualquier otra orden de disposición donde diga que el estudiante a delinquir al cometer un acto ilegal en la propiedad de la escuela y otros actos ilegales.

Nombre del padre biológico/tutor legal _____

Firma _____ Fecha _____

* Conforme a los Estatutos Federales y Estatales revisados, el permiso escrito del padre biológico/tutor no es necesario para transferir los registros a una escuela donde el estudiante se quiere registrar.

Por favor envíe los registros por correo

electrónico (preferido) o por fax a:

Osseo Area Schools #279 Enrollment Center

7051 Brooklyn Blvd.

Brooklyn Center, MN 55429-1371

Fax: 763-585-7368

EnrollmentCenter@district279.org

Osseo Area Schools #279 Enrollment Center

Special Education Records (763) 585-7372

7051 Brooklyn Blvd.

Brooklyn Center, MN 55429-1371

Fax: 763-585-7368

SpecialEducationRecords@district279.org

OFFICE USE ONLY	STUDENT ID	NOTES				
NOMBRE LEGAL	APELLIDO	NOMBRE	2do NOMBRE	GENERO	NACIMIENTO (mes/día/año) ___	GRADO

Parent/Legal guardian/Other adult that lives with the student

NOMBRE LEGAL	APELLIDO	NOMBRE	2DO NOMBRE	PARENTESCO
TELÉFONO DE CASA		CELULAR		TELÉFONO DE TRABAJO
NOMBRE LEGAL	APELLIDO	NOMBRE	2DO NOMBRE	PARENTESCO
TELÉFONO DE CASA		CELULAR		TELÉFONO DE TRABAJO
DIRECCIÓN DEL CORREO ELECTRÓNICO – Solamente uno		NOMBRE DEL DOCTOR/CLINICA	TYPE OF INSURANCE POLICY	TELÉFONO DEL DOCTOR/CLINICA

OTROS CONTACTOS DE EMERGENCIA/RECOGIDAS AUTORIZADAS – Si es posible ponga dos

NOMBRE LEGAL	APELLIDO	NOMBRE	2DO NOMBRE	PARENTESCO
TELÉFONO DE CASA		CELULAR		TELÉFONO DE TRABAJO
NOMBRE LEGAL	APELLIDO	NOMBRE	2DO NOMBRE	PARENTESCO
TELÉFONO DE CASA		CELULAR		TELÉFONO DE TRABAJO
NOMBRE LEGAL	APELLIDO	NOMBRE	2DO NOMBRE	PARENTESCO
TELÉFONO DE CASA		CELULAR		TELÉFONO DE TRABAJO

INFORMACIÓN DEL HISTORIAL DE SALUD

¿TIENE SU HIJO ALGUNA DE LAS SIGUIENTES CONDICIONES DE SALUD CRÍTICAS? (Marque las que correspondan)	<input type="checkbox"/> ADD/ADHA <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Epilepsia <input type="checkbox"/> Otro (Explicar)	<input type="checkbox"/> Perdida de audio <input type="checkbox"/> Problemas del corazón <input type="checkbox"/> Hepatitis <input type="checkbox"/> Problemas del riñón	<input type="checkbox"/> Células Falciformes <input type="checkbox"/> Tuberculosis <input type="checkbox"/> Pérdida de visión <input type="checkbox"/> Silla de ruedas T ipo_____
¿TIENE SU HIJO ALERGIAS? LISTA:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
¿TIENE SU HIJO UN EPI-PEN?	<input type="checkbox"/> El Epi-Pen (Prescrito) – se mantendrá en la oficina de enfermería	<input type="checkbox"/> Epi-Pen (Prescrito) – el estudiante llevará su Epi-pen	
¿TIENE SU HIJO ASMA?	<input type="checkbox"/> Inhalador/Neb (Prescrito) - se mantendrá en la oficina de enfermería	<input type="checkbox"/> Inhalador - el estudiante llevará su Inhalador	
¿HA SIDO SU HIJO HOSPITALIZADO POR ENFERMEDAD, CIRUJIA, O LESION? SI ES SI, EXPLIQUE:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
¿SU HIJO TOMA ALGUN MEDICAMENTO? SI ES SI, LISTE LAS MEDICINAS:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		

Autorización de Emergencia, Salud y MIIC

Al firmar a continuación, certifico que toda la información proporcionada es precisa y que es mi responsabilidad notificar a la escuela sobre cualquier cambio. Esta información se recopila para la salud y seguridad de mi estudiante y será tratada como datos privados, compartidos únicamente cuando sea estrictamente necesario o con el personal de emergencia. Autorizo a la escuela a contactar y permitir que el contacto de emergencia designado recoja a mi hijo(a) si no se me puede localizar. En caso de que ni yo ni el contacto de emergencia podamos ser localizados, autorizo a la escuela a asegurar los servicios de emergencia necesarios (médicos, dentales, etc.) para mi hijo(a), bajo mi responsabilidad económica. Además, acepto permitir que los empleados del ISD 279 revisen y actualicen los registros de mi hijo(a) en el Sistema de Conexión de Información de Inmunización de Minnesota (MIIC). Entiendo que la matrícula de mi hijo(a) no se completará sin estos registros de vacunación.

PADRE/TUTOR LEGAL _____ **Nombre Escrito** _____ **Fecha** _____