

DISTRITO ESCOLAR DEL ÁREA DE PALMERTON

Registro de jardín de infantes

Lista de verificación de documentos requeridos

___ **Parque**

___ **Towamensing**

Para que un estudiante comience la escuela, debemos tener en el archivo o haber visto lo siguiente:

- Comprobante de vacunas - **Copiar**
- Comprobante de edad y nombre (acta de nacimiento, certificado de bautismo, pasaporte) - **Copiar**
- Prueba de residencia: 2 elementos de las listas a continuación

Escritura	Licencia de conducir/identificación de PA
Hipoteca	Registro automático de PA
Factura de impuesto a la propiedad	Factura de servicios públicos
Contrato de arrendamiento/alquiler	Declaración de impuestos
Acuerdo de ventas	Permiso de mudanza

- Trámites de educación especial (IEP, plan 504), si corresponde - **Copiar**
- Instrucciones de transporte en autobús para antes o después de la escuela

Nombre del estudiante _____

**DISTRITO ESCOLAR DE PALMERTON
FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DE ESTUDIANTES**

Información biográfica del estudiante

Nombre del estudiante _____

Fecha de nacimiento ____/____/____ Edad ____ (Último) (Primero) (Segundo) (mm) (dd) (aaaa)

Género M F

Entrada de grado _K_

Documentación de prueba de edad **adjunto** S N

Nombre de la última escuela a la que asistió _____

Dirección de la última escuela a la que asistió _____ Número de teléfono de la última escuela _____

Número de fax de la última escuela _____ (Ciudad (*): Estado (*): Código postal)

¿Ha asistido el estudiante alguna vez a este distrito escolar? S N Si es así, qué escuela. _____

¿Alguna vez el estudiante ha asistido a la escuela en PA? S N Si es así, indique la escuela y el grado _____

¿Asistió el estudiante alguna vez a la escuela? **afuera** de los Estados Unidos? S N Si es así, dónde. _____

En caso afirmativo, ¿en qué año asistió el estudiante por primera vez a una escuela en los Estados Unidos? _____

Para conocer los requisitos de informes estatales y federales, utilice las siguientes definiciones (seleccione un código racial y un origen étnico principal):

Código de carrera: Asiático Isleño del Pacífico ; Negro/afroamericano ; Indio americano/nativo de Alaska; Caucásico/Blanco

Seleccione el origen étnico principal Hispano; No hispano
(cualquier carrera) (cualquier carrera)

Información miscelánea para estudiantes

Idioma nativo del estudiante _____ ¿Es el estudiante ciudadano estadounidense? _____

Ciudad, estado y país de nacimiento del estudiante _____

¿Existe una orden judicial que involucre a este estudiante? Sí No Si **SÍ**, proporcione una copia a la oficina de la escuela; de lo contrario, no podremos cumplir con su contenido.

¿Este estudiante está bajo la custodia de alguien que no sea uno de sus padres? S N

En caso afirmativo, ¿cuál es la relación _____

SÓLO PARA USO DE OFICINA

FOR OFFICE USE ONLY

Student ID# _____ Date Entered/Reentered _____ PA Secure ID _____

Institutionalized Child (1306) Y N (If yes, complete PDE-4605 and submit to child accounting)

Foster Child (1305) Y N (If yes, attach 1305 – Affidavit)

Bus Assignment: **Bus #** _____ **Time** _____
AM _____
PM _____

Special transportation needs? NONE Wheel Chair Door-to-Door Other

Primer residente adulto con quien reside el estudiante

Nombre _____ Sr./Sra./Sra./Dr
(Último) (Primero) (encierre en un círculo)

Relacion hacía el niño _____

Fecha de nacimiento ____ / ____ / ____

Número de teléfono principal:

Hogar ____ - ____ - ____ Trabajo ____ - ____ - ____ Ext ____; Celúla ____ - ____ - ____

Dirección de correo electrónico _____

Segundo residente adulto con quien reside el estudiante

Nombre _____ Sr./Sra./Sra./Dr
(Último) (Primero) (encierre en un círculo)

Relacion hacía el niño _____

Fecha de nacimiento ____ / ____ / ____

Número de teléfono principal:

Casa ____ - ____ - ____ Trabajo ____ - ____ - ____ Ext ____ Celular ____ - ____ - ____

Dirección de correo electrónico _____

Dirección del residente adulto con quien reside el estudiante

La Residencia es: _____ Apartamento _____ Campamento/Camping _____ Casa Unifamiliar _____ Hotel/Motel
_____ Casa Multifamiliar _____ Auto _____ Refugio _____ Otro

(Dirección física de residencia) (Ciudad) (Estado) (Código postal)

(Dirección postal de residencia, si es diferente a la anterior) (Ciudad) (Estado) (Código postal)

Nombre del Desarrollo/Subdivisión: _____

Municipio al que paga impuestos:

Municipio de Palmerton

Municipio de Bowmanstown

Municipio de Towamensing

Municipio de Lower Towamensing

Información adicional

¿Vive en propiedad federal o trabaja para el gobierno federal? Sí No

Otros niños que viven en esta dirección:

1.) Nombre completo _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ Grado ____ Escuela

_____ M F 2.) Nombre completo _____ Fecha de nacimiento

____/____/____ Grado ____ Escuela _____ M F 3.) Nombre completo

_____ Fecha de nacimiento ____/____/____ Grado ____ Escuela _____ M F 4.)

Nombre completo _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ Grado ____ Escuela

_____ M F ¿El estudiante va o regresa de la escuela desde algún lugar que no sea su residencia? S N Recogida Dejar

Ambos

En caso afirmativo, ¿de dónde? Nombre, ubicación y número de teléfono de la guardería

_____ Nombre, ubicación y número de teléfono de la niñera

Información del segundo padre (el padre-estudiante NO reside con él)

Nombre _____ Sr./Sra./Sra./Dr

.(Último) (Primero) (Medio) (encierre en un círculo)

Relación hacia el niño _____ ¿Este padre debe recibir avisos? S N Fecha de

nacimiento ____/____/____

Dirección de

envío: _____

_____ Números de

teléfono principales:

Casa ____ - ____ - ____ Trabajo ____ - ____ - ____ Ext ____ Celular

____ - ____ - ____ Dirección de correo electrónico _____

Información del programa estudiantil

Controlar HAY servicios que su hijo está recibiendo actualmente:

Plan de educación individualizado Plan de educación individualizado para superdotados Sección 504/Capítulo 15 Acuerdo de servicio (Servicios de educación especial) (Servicios de educación para superdotados) (Acomodaciones especiales para necesidades físicas/de salud)

ESL (inglés como segundo idioma) Apoyo del habla/lenguaje Programa de intervención temprana Matemáticas de

recuperación (ayuda adicional) Lectura de recuperación (ayuda adicional) IST (Equipo de apoyo a la instrucción)



DISTRITO ESCOLAR DEL ÁREA DE PALMERTON

ENCUESTA DE IDIOMA DEL HOGAR

TODOS los estudiantes recién registrados, independientemente de su raza, nacionalidad u origen de idioma, DEBEN completar este formulario. La ley federal exige que todas las Agencias de Educación Local (LEA) utilicen un procedimiento imparcial para identificar qué estudiantes son potenciales Estudiantes de Inglés (EL) con el fin de proporcionar programas y servicios educativos de instrucción de idiomas adecuados. Dada esta responsabilidad, las LEA tienen derecho a solicitar la información contenida en este y otros formularios asociados con el proceso de identificación.

Información del estudiante (Los padres/tutores deben completar esta sección):

El primer nombre del niño: _____

Nombre (apellido) del niño: _____

Fecha de nacimiento del niño: _____

Preguntas para padres/tutores

1. ¿Se habla otro idioma además del inglés en el hogar del niño?

NO Sí (idioma) _____

2. ¿Su hijo se comunica en otro idioma además del inglés?

NO Sí (idioma) _____

3. ¿Cuál es el idioma que su hijo aprendió a hablar por primera vez? _____

¿Necesita comunicación escrita en su idioma de hogar? _____ verbal? _____

Firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____



PALMERTON ÁREA DISTRITO ESCOLAR

PUBLICACIÓN DE REGISTROS

Palmerton Área High School

Grados 9-12
3523 Fireline Road
Palmerton, PA
18071 610-826-3155
610-826-4929 Fax

Palmerton Área Jr. High School

Grados 7-8
3529 Fireline Road
Palmerton, PA 18071
610-826-2492
lschaffer@palmerton.org

S. S. Palmer Elementary

Grados 2-6
298 Lafayette Avenue
Palmerton, PA 18071
610-826-7538
610-826-7528 Fax

**Centro de Educación
Parkside**

Grados K-1
680 Fourth Street
Palmerton, PA
18071 610-826-4914
610-826-4934 Fax

**Towamensing Grados
Elementales K-6**

7920 Interchange Road
Lehighton, PA 18235
610-681-4024
610-681-6410 Fax

**Palmerton School Dist.
Special Education Dept.**

680 Fourth Street
Palmerton, PA 18071 610-
826-7101 x 5018 610-826-
4958 Fax

Autorizamos por la presente:

Nombre de la escuela anterior: _____

Dirección _____

Número de teléfono: _____ Número de fax: _____

Dirección de correo electrónico _____

Para divulgar información de los registros de:

Estudiante _____ DOB _____ Grado _____

Fecha de inicio anticipada con el distrito escolar del área de Palmerton _____

El propósito de este comunicado es registrar a los estudiantes con el Distrito Escolar del Área de Palmerton.

Por favor, libere todos los datos que se aplican al estudiante incluyendo:

Registro escolar/educativo
Evaluaciones académicas
Historia del desarrollo/social
Resumen de alta/plan de atención
posterior

Team Action Plan (IST, SAP, etc.)
Evaluación de I+D iniciada por el SAP
Evaluación psicológica/RE/GWR
Aviso de colocación recomendada para el Ed.
(NOREP)

Historia médica
Evaluación psiquiátrica
Registros de inmunización
Programa individualizado de
educación (IEP)
Programa de Excelencia en
Educación (GIEP)

Sección 504 Acuerdo de servicios
Otros: _____

Notificación de la asignación recomendada (NORA)

Por favor, envíe la información a la escuela que se ha indicado anteriormente.

SI EL ESTUDIANTE TIENE UN PROGRAMA DE EDUCACIÓN INDIVIDUALIZADA (IEP), SUPERDOTADO (GIEP) o CONTRATO DE SERVICIOS DE LA SECCIÓN 504, por favor diríjase a: Departamento de Educación Especial @ dirección y teléfono enumerados anteriormente.

Firma del padre/tutor

Fecha

Firma del estudiante (14 años o más)

Fecha

Este consentimiento expira un año después de la fecha de firma(s).

DISTRITO ESCOLAR DEL ÁREA DE PALMERTON

CUESTIONARIO ORIENTATIVO

Nombre del estudiante: _____ Grado _____

Enumere las escuelas a las que el estudiante ha asistido anteriormente. Incluya Headstart, Project Connect o cualquier preescolar para aquellos estudiantes en los grados K-3.

Escuela	Calificación	Años de Estudio

¿Alguna vez el estudiante fue retenido (encierre en un círculo)? sí No

Si es así, ¿qué grado(es) _____

El estudiante vive actualmente con:

Nombre _____

Relación con el estudiante: _____

¿Existe actualmente un problema de custodia (círculo)? sí No

En caso afirmativo, se deben proporcionar los documentos de custodia. Papeles aportados

(circular): Sí No

¿Algún comentario o inquietud que desee hacerle saber al Consejero?

¿Hay algún servicio especial que su hijo reciba actualmente o haya recibido en el pasado?

DISTRITO ESCOLAR DE PALMERTON
SERVICIOS DE SALUD ESCOLAR

NECESIDADES ESPECIALES DE SALUD

Nombre, segundo y apellido legal del estudiante _____
Nombre de la madre _____
Nombre del padre _____
Con quién reside el estudiante _____
Dirección _____
Fecha de nacimiento _____ Grado ____ Género ____ Raza ____ Número de teléfono _____
Escuela anterior a la que asistió _____

Nombre y número de teléfono del Médico de Familia _____
Nombre y número de teléfono del Dentista de Familia _____

¿Hubo algún problema o complicación durante el embarazo y/o parto con la mamá y/o el estudiante? Sí No

En caso afirmativo, explique _____

¿El estudiante permaneció en NICU? sí No

En caso afirmativo, explique _____

¿Prematuro? Sí No Gestación _____ semanas Peso al nacer _____

Infancia y primera infancia (marque todo lo que corresponda):

__ Dolores de oído frecuentes __ Convulsiones o convulsiones __ Hiperactividad __ Malestar de estómago frecuente __ Inconsciencia __ Período corto de atención __ Dolor de garganta frecuente __ Pesadillas __ Rabietas __ Frecuencia o ardor al orinar __ Dificultades del habla __ Morderse las uñas __ Estreñimiento __ Tartamudeo __ Dificultad para separarse de los padres __ Diarrea __ Problemas oculares __ Dificultad para seguir nuestras instrucciones __ Vómitos __ Orina en la cama __ Miedos inusuales __ Dolor de cabeza __ Defectos de audición __ Deficiente Coordinación __ Sangrados nasales __ Tropiezos o caídas frecuentes Comentarios:

¿Nació su hijo con algún defecto de nacimiento? sí No

En caso afirmativo explicar _____

¿Su hijo ha tenido alguna enfermedad infantil? sí No

En caso afirmativo explicar _____

¿Su hijo alguna vez ha tenido enfermedades graves, hospitalizaciones, fracturas (huesos rotos) u operaciones?

Sí No En caso afirmativo, explique _____

¿Su hijo tiene algún diagnóstico o condición de salud actual? (Asma, Diabetes, TDAH, TDA, Ansiedad, Depresión, Migrañas, etc.) Sí No

En	caso	afirmativo,	indique
afirmativo,	¿está	actualmente	bajo algún
medicamento	o	adaptación	requerida
		Nombre	del
			proveedor
			Incluya
			tratamiento?
			tratante
			cualquier

¿Existe un plan de acción contra el asma? Sí No En caso afirmativo, necesitaremos una copia.

¿Su hijo alguna vez ha tenido convulsiones o ataques? sí No

En caso afirmativo, explique la aparición

¿Cuándo fue la última convulsión? _____ Nombre del

neurólogo, si corresponde _____ Incluya

cualquier medicamento o adaptación requerida _____

¿Existe un plan de acción para incautaciones? Sí No En caso afirmativo, necesitaremos una copia.

¿Está su hijo recibiendo alguna terapia? (Habla, OT, PT, asesoramiento, etc.) Sí No

En caso afirmativo, indique _____

¿Su hijo necesita algún dispositivo de asistencia? (Gafas, audífonos, aparatos ortopédicos, etc.) Sí No En

caso afirmativo, indique _____

¿Tu hijo tiene alguna alergia? (Estacional, alimentos, insectos, plantas, medicinas, etc.) Sí No En caso

afirmativo, indique _____

En caso afirmativo, ¿se receta un Epi-Pen (epinefrina)? sí No

Nombre del alergista/proveedor tratante _____

¿Existe un plan de acción? Sí No En caso afirmativo, necesitaremos una copia.

¿Su hijo necesita una dieta especial o tiene algún problema alimentario? sí No

En caso afirmativo, explique _____

¿Tiene su hijo alguna restricción de actividad? sí No

En caso afirmativo, proporcione una nota de su proveedor de atención médica.

Por favor indique si algún familiar tiene o ha tenido alguna de las siguientes enfermedades:

M- Familia de la madre F- Familia del padre

___ Alergias ___ Asma ___ Diabetes ___ Enfermedad cardíaca ___ Enfermedad pulmonar ___ Problemas
psicológicos ___ Trastornos convulsivos (convulsiones) ___ Problemas emocionales

¿Su hijo toma algún medicamento de forma regular? sí No

En caso afirmativo, incluya el nombre, la dosis, el horario y el motivo por el que toma el medicamento.

****Si hay algún cambio en la salud de su hijo o algún diagnóstico nuevo durante sus años escolares, notifique a la enfermera de su hijo de inmediato.**

Si su hijo necesita tomar algún medicamento durante el día escolar, DEBEMOS tener una orden de un proveedor de atención médica. El medicamento DEBE ser traído a la oficina de salud por un adulto y DEBE estar en el envase original. La etiqueta del envase debe incluir el nombre del niño, el nombre del medicamento, la dosis y el horario de dispensación del medicamento. Si se receta el medicamento, debe acompañarlo una autorización firmada del proveedor de atención médica. Los medicamentos de venta libre sólo necesitan una autorización por escrito del padre o tutor.

Fecha de firma _____

DISTRITO ESCOLAR DEL ÁREA DE PALMERTON
680 CALLE CUARTA
PALMERTON, PA 18071
610-826-7101

CUESTIONARIO DE RESIDENCIA

NOMBRE DEL PADRE/TUTOR:		TELÉFONO #:		
DIRECCION ACTUAL:				
MUNICIPIO O MUNICIPIO DE:			DESDE:	
DIRECCIÓN ANTERIOR:				
MI EMPLEADOR:			OCUPACIÓN:	
DIRECCIÓN DEL EMPLEADO:				
TRABAJADORES POR CUENTA PROPIA	AMA DE CASA	DESACTIVADO	JUBILADO	ALUMNO
INDIQUE TODAS LAS PERSONAS QUE VIVEN EN LA DIRECCIÓN ANTERIOR:				
NOMBRE	EMPLEADOR	OCUPACIÓN	AL MENOS 18 AÑOS (S O N)	

POR FAVOR INFORME A SU EMPLEADOR DE SU DISTRITO TRIBUTARIO CORRECTO –**DISTRITO NO ESCOLAR**. CERTIFICO QUE TODA LA INFORMACIÓN Y DECLARACIONES AQUÍ AQUÍ SON CORRECTAS.

FIRMA:	FECHA:
--------	--------

PARA USO OFICIAL

FECHA DE ENVÍO:	NOTAS:
-----------------	--------