No. 7300
SECCIÓN: PROGRAMAS
TÍTULO: ESTUDIANTES MIGRANTES

ADOPTADO: 5/25/04
READOPTADO: 29/01/14; 11/15/16; 10/15/19; 25/04/23 REVISADO: 6/23/08; 6/19/12

DISTRITO ESCOLAR DEL ÁREA DE OXFORD

La Junta establece un programa para atender las necesidades y proporcionar servicios adecuados a los estudiantes migrantes que asisten a las escuelas del distrito.

"Niño Migratorio" significa un niño que es, o cuyo padre, cónyuge o tutor es un trabajador agrícola migratorio, incluyendo un trabajador lechero migratorio o un pescador migratorio, y que en los 36 meses anteriores acompañó a dicho padre, cónyuge o tutor para que el padre, cónyuge o tutor pudiera obtener empleo temporal o temporal en trabajos agrícolas o pesqueros -

A. se ha trasladado de un distrito escolar a otro

B. en un estado que está compuesto por un solo distrito escolar, se ha trasladado de un área administrativa a otra dentro de dicho distrito o

C. reside en un distrito escolar de más de 15.000 millas cuadradas y se desplaza una distancia de 20 millas o más a una residencia temporal para dedicarse a la pesca.

El programa del distrito para estudiantes migrantes incluirá procedimientos para:

1. Identificar a los estudiantes migrantes y evaluar sus necesidades educativas y relacionadas con la salud y la socialidad.

2. Asegurar que los estudiantes migrantes tengan las oportunidades educativas adecuadas para cumplir con los mismos estándares académicos exigidos a todos los estudiantes.

3. Ofrecer una gama completa de servicios para estudiantes migrantes, incluyendo programas aplicables del Título I, educación especial, educación para superdotados, educación vocacional, programas de idiomas, programas de orientación y clases optativas.

4. Ofrecer a los padres la oportunidad de participar de forma significativa en el programa.

5. Ofrecer programas de defensa y alcance para estudiantes migrantes y sus familias.

6. Proporcionar desarrollo profesional al personal del distrito.

El distrito proporcionará materiales a los padres sobre su papel en la mejora del rendimiento académico de sus hijos.

El Superintendente o su representante deberá desarrollar procedimientos para notificar e implicar a los padres en el desarrollo, implementación y evaluación del programa del distrito para estudiantes migrantes.

PROGRAMAS PARA ESTUDIANTES MIGRANTES FORMULARIO DE ENTREVISTA FAMILIAR

Debe ser completado por el director del edificio o el designado (por favor imprimir)

Nombre de hijo _____ Fecha de nacimiento _____ Grado _____

Nombre del colegio del padre o tutor _____ Idioma(s) _____

Número de teléfono u otra información de contacto _____ Fecha de hoy _____

Evaluación de necesidades **Por favor, revisa la posición de la reserva**

1. ¿Alguno de tus hijos tiene problemas de salud que ¿interferir con su capacidad de aprendizaje? [ ] Sí [ ] No Explica: _____

2. ¿En qué áreas podrían necesitar ayuda adicional tu(s) hijo(s) en la escuela?

	Lectura	**Matemáticas**		**Idioma**	**Otros (especificar)**
Niño 1	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	_____
Niño 2	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	_____
Niño 3	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	_____

3. ¿Están al día las vacunas de tu(s) hijo(s)?]Sí]No]No Saber

4. ¿Tienes registros de vacunación?]Sí]No]No lo sé

5. ¿Has establecido una fuente de atención primaria de salud? [J Sí]No]No lo sé
   Si no, ¿te interesaría información sobre atención primaria de salud?]Sí]No]No lo sé

Recursos y referencias **Por favor , revisa la respuesta**

1. ¿Te interesaría información sobre:
   Departamento de Salud Pública/del Condado? Sí No
   División de Servicios Familiares Sí No

2. ¿Podemos compartir tu nombre y dirección con estas agencias? [ ] Sí [ ] No

3. ¿Cuál es el mejor momento para localizarte en casa?
   [AM []PM
   Días de la semana:
   [ ]Lunes [ ]Martes [ ]Miércoles [ ]Jueves [ ]Viernes

Nombre de la persona que rellena el formulario Nombre de la persona entrevistada y
Su relación con la familia/hijos

Política 7300
Adoptado: 25/05/04 Readoptado: 29/14; 10/15/19 Revisado: 23/6/08; 6/19/12

PROGRAMAS PARA LOS ESTUDIANTES
MIGRANTES

FORMA DE ENTREVISTA PARA LA FAMILIA

Para ser completado por el director de la escuela u otro de *la escuela*
(favor de imprimir)

Nombre del estudiante	Pecha del cumpleafios	Grado	Escuela

Nombre de los padres	idiomas

Numero de telefono u otro manera de contactar	La fecha de hoy

Evaluacion de necesidades **Marca la respuesta con cheque( ) -**

4. lTienen algunos de sus nifios problemas medicales que intervienen con su habilidad de aprender? [] Si []No
   Explica: _____

5. **En Qué** areas necesitan sus nifios ayuda adicional en escuela?

	Lectura	**Matema.ticas**	**Idioma**	**Otra(especifique)**
Nifio 1	[ ]	[ ]	[ ]	[ ] _____
Ni:fio 2	[ ]	[ ]	[ ]	[ ] _____
Ni:fio 3	[ ]	[ ]	[ ]	[ ] _____

6. lTienen todos sus nifios sus inmunizaciones corrientes?
   [ ]**Si** [ ]**No**]**No se**
4. lTiene usted los registros de la inmunizaci6n? [ ]Si [ ]No
   []Nariz
5. lHa establecido usted un seguro primario para la salud? [ ]Si [ ]No[ ]No se
   Si no, lQuiere usted informaci6n del seguro primario para la salud? [ ]Si [ ]No[ ]No se

Recursos y Referencias **Marca la respuesta con cheque( ) -**

4. lQuiere usted informaci6n de:
   El departamento de salud para la publica o comunidad [ ] Si [ ] **No**
   La division de Servicios de Familia [Sí [] No
5. tPodemos compartir su nombre con estas agencies?
   [ ] **Sí**] **No**
6. lCuando prefiere usted que llama alguien de la escuela? [ ]por la mafiana]por la tarde o noche
   Dias de la semana:
   [ ]lunes [ ]martes [ ]miercoles [ ]jueves [ ]viernes

Número de la persona completando este forma	Nombre de la persona en la entrevista Y su relaci6n con las estudiantes