DISTRITO ESCOLAR DE GERVAIS #1 LA MATRICULA DEL ALUMNO 2017-2018

Grado: _____ ☐Gervais ES ☐Gervais MS ☐Gervais HS ☐Samuel Brown Academia

☐Preschool AM ☐Preschool PM ☐Daycare

¿Anteriormente ha asistido su hijo al Distrito Escolar de Gervais? ☐Sí o ☐No	Sí, que mes y año.
Escuela anterior (Cuidad y Estado):	Fecha de último día:
Programas especiales: ¿Conoce si su hijo ha recibió alguno de los siguientes servicios? ☐IEP/SPED ☐Habla/Lenguaje ☐TAG ☐Apoyo de lectura ☐504 ☐ELL	

INFORMACIÓN DE ESTUDIANTE:			
Apellido:		Nombre de Pila:	
Segundo nombre:		Nombre preferido:	
Fecha de nacimiento:	Género: ☐Femenino ☐Masculino	Ciudad de nacimiento:	Estado de nacimiento:

INFORMACIÓN DE TELÉFONO Y DIRECCIÓN:													
Teléfono:					-				-				
Correo electrónico**:**													

¿Cuál es la dirección de tu casa?:			¿Cuál es su dirección postal?:(☐**Igual que la dirección física**)	
Calle:			PO BOX:	Cuidad:
Cuidad:	Estado:	Código:	Estado:	Código:

ETNICIDAD DE ESTUDIANTE:
Es Hispano o Latino: ☐Sí ☐No
Raza: ☐Caucásico ☐Hispano ☐Ruso ☐Negro ☐Asia ☐Indio Americano ☐Nativo de Alaska ☐Nativo de Hawái ☐Islas del Pacifico
Idiomas en el hogar: (Por favor, seleccione)
Idioma del alumno: ☐ Inglés ☐ Español ☐ Ruso ☐ Otro:_____
Idioma de los padres: ☐ Inglés ☐ Español ☐ Ruso ☐ Otro:_____
Idioma de correspondencia: ☐ Inglés o ☐ Español (Elija sólo una)

INFORMACIÓN DE LOS PADRES:																									
Niño vive con: ☐Padres ☐Madre ☐Padre ☐Abuelos ☐ Padrastros ☐Tutores ☐Padres Temporal ☐Mismo																									
Contactó 1:													Relación al estudiante:												
Celular:				-				-					Trabajo:				-				-				
Contactó 2:													Relación al estudiante:												
Celular:				-				-					Trabajo:				-				-				
Contactó 3:													Relación al estudiante:												
Celular:				-				-					Trabajo:				-				-				
Contactó 4:													Relación al estudiante:												
Celular:				-				-					Trabajo:				-				-				

ESTUDIANTE MILITAR CONECTADO: En cualquier momento durante el año escolar, el estudiante tiene un padre o tutor que es miembro de las Fuerzas Armadas en servicio activo o Guardia Nacional de tiempo completo. Por favor marque uno: ☐Sí ☐No

INFORMACIÓN DE CONTACTOS DE EMERGENCIA: (No incluirse a usted mismo)													
Nombre de Emergencia #1:													
Relación al estudiante:	Celular ☐ O Casa ☐				-				-				
Nombre de Emergencia #2:													
Relación al estudiante:	Celular ☐ O Casa ☐				-				-				
Nombre de Emergencia #3:													
Relación al estudiante:	Celular ☐ O Casa ☐				-				-				

INFORMACIÓN MÉDICA/ALERGIA:		
¿Su hijo/a tiene alguna condición médica o alergias?	❑ No ❑ Sí - por favor complete el formulario de Historia de Salud.	
Nombre de la Clínica:	Teléfono:	
Nombre de Seguro de salud	#ID	#Grupo

PERMISO PARA EL AUDIO Y VISUAL:

☐Sí, doy permiso para que... ☐ No, doy permiso para que...
...mi hijo(a) sea fotografiado o grabado en video por el distrito escolar o los medios de comunicación. Entiendo que mi hijo(a) no se le pagara y estos artículos podrían publicarse en el diario, TV, internet y otros medios.

PERMISO PARA EL USO DE COMPUTADORAS:

☐Sí, doy mi permiso para que mi hijo (a) use la conexión de internet del distrito para el uso de las computadoras y para tomar las pruebas estatales.
☐ No, doy mi permiso para que mi hijo (a) use la conexión de internet del distrito para el uso de las computadoras y para tomar las pruebas estatales.

OTRA INFORMACION:

¿Alguien en su familia está trabajando o ha trabajado en la agricultura, pesca, vivero, forestal, molinos, agricultura, lechería o empacadoras (cañerías) en los últimos 3 años? ☐Sí ☐ No

HIJOS QUE VIVEN EN SU CASA: (0 a 18 años)					
Nombre	Fecha de nacimiento	Género	Nombre	Fecha de nacimiento	Género
		☐Masculino ☐Femenina			☐Masculino ☐Femenina
		☐Masculino ☐Femenina			☐Masculino ☐Femenina

Preferencia de Idioma de la Conferencia: ☐ Inglés o ☐ Español ☐ Otros:_____
Horario de Preferencia de Conferencia: ☐ 12:00 – 3:00 pm o ☐ 4:00 – 7:30 pm (Elija sólo una)

Yo estoy de acuerdo con la información que yo he indicado en esta forma:

_____ _____

Su firma Fecha

LA LEY DE OREGÓN REQUIERE QUE LOS ARCHIVOS DE PROGRESO Y CONDUCTUAL O CUALQUIER ARCHIVO EDUCATIVO QUE RELACIONA AL ESTUDIANTE QUE SE COMPARTIRÁ CON LOS PADRES NON-CUSTODIALES EN SU DEMANDA.
Gervais School District #1 - 290 1st ST - PO BOX 100 – Gervais, OR 97026-0100 - Telephone 503-792-3801 – Fax 503-792-3809
AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN
El distrito Escolar de Gervais no discrimina en principios de raza, religión, color, nacionalidad de origen, deshabilitad, estado civil, orientación sexual o edad en proveer o tener acceso a beneficios de servicios de educación, actividades y programas de acuerdo con Titulo VI, Titulo VII, Titulo IX y otros derechos civiles o asuntos discriminatorios; Sección 504 del Acto de Rehabilitación de 1973, como enmendado,
según; y el Acto Americano con incapacidad Lo siguiente ha sido designado para coordinar cumplir con estos requerimientos legales, y pueden ponerse en contacto con la Oficina del Distrito Escolar de Gervais pare información adicional o asuntos de cumplimiento: Coordinador de Titulo II, Coordinador de Titulo IX, Coordinador de Sección 504Director de Programs Especial 290 First Street - Gervais, OR 97026