

DISTRITO ESCOLAR DE GERVAIS #1**LA MATRICULA DEL ALUMNO 2016-2017**

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.

Nombre de escuela anterior: _____ Fecha de último día: _____
 Programas especiales: ¿Conoce si su hijo ha recibido alguno de los siguientes servicios?
 IEP/SPED Habla/Lenguaje TAG Apoyo de lectura 504 ELL

INFORMACIÓN DE ALUMNO:

Apellido:				Nombre de Pila:				Segundo nombre:											
Nombre preferido:				Fecha de nacimiento:(mes/día/año)				Ciudad de nacimiento:				Estado de nacimiento:							
Teléfono O celular#:												Genero:		<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino					
Correo electrónico:																			
La dirección física:								Postal: <input type="checkbox"/> Igual que la dirección física											
Calle:								PO BOX #:				Ciudad:							
Ciudad:				Estado:				Código:				Estado:				Código:			

INFORMACIÓN DE LOS PADRES:

Niño vive con: Madre Padre Abuelos Padrastrros Tutores Padres Temporal Mismo

Primer contacto:								La relación:													
Celular:														Trabajo#:							
Segundo contacto:								La relación:													
Celular:														Trabajo#:							

INFORMACIÓN DE CONTACTOS DE EMERGENCIA: (No incluirse a usted mismo)

Nombre de Emergencia #1:															
Relación al estudiante:								Celular#							
Nombre de Emergencia #2:															
Relación al estudiante:								Celular#							
Nombre de Emergencia #3:															
Relación al estudiante:								Celular#							

Etnicidad: <input type="checkbox"/> Si Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No Hispano/Latino	
Raza: <input type="checkbox"/> Caucásico <input type="checkbox"/> Ruso <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Asia	<input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái <input type="checkbox"/> Islas del Pacifico
Idiomas en el hogar: (Por favor, seleccione)	
Idioma del alumno: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Ruso <input type="checkbox"/> Otros: _____	
Idioma de los padres: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Ruso <input type="checkbox"/> Otros: _____	
Idioma de correspondencia: <input type="checkbox"/> Inglés o <input type="checkbox"/> Español (Elija sólo una)	
Preferencia de Idioma de la Conferencia: <input type="checkbox"/> Inglés o <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otros: _____	
Horario de Preferencia de Conferencia: <input type="checkbox"/> 12:00 – 3:00 pm or <input type="checkbox"/> 4:00 – 7:30 pm (Elija sólo una)	

INFORMACIÓN MÉDICA/ALERGIA:	
¿Su hijo/a tiene alguna condición médica o alergias?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí - por favor complete el formulario de Historia de Salud.
Nombre del médico y Teléfono	
Nombre de seguro de salud/ID/Grupo	

PERMISO PARA EL AUDIO Y VISUAL:	
<input type="checkbox"/> Sí, doy permiso para que... <input type="checkbox"/> 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:	
<input type="checkbox"/> 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.	
<input type="checkbox"/> 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:	
Situación de Vivienda de Emergencia o Desplazado:	
<input type="checkbox"/> Compartida <input type="checkbox"/> Albergué/Transición <input type="checkbox"/> Vehículo/Calle/Parque/Lugar Publico <input type="checkbox"/> Hotel	
¿En los últimos 3 años dejaron su hogar por más de 5 días? A su regreso a su casa usted busca cualquier tipo de trabajo en trabajo de campo, vivero, cañería, pesca, reforestación o de trabajo temporal en las lecheras? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

HIJOS QUE VIVEN EN SU CASA: (0 a 18 años)					
Nombre	Fecha de nacimiento	Género	Nombre	Fecha de nacimiento	Género
		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenina			<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenina
		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenina			<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenina

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 Título VI, Título VII, Título 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 para información adicional o asuntos de cumplimiento: Coordinador de Título II, Coordinador de Título IX, Coordinador de Sección 504 Director de Programs Especial 290 First Street - Gervais, OR 97026