

Distrito Escolar de Gervais #1
Registro de Estudiantes 2021-2022

GRADO: _____ Gervais ES (K-5) Gervais MS (6-8) Gervais HS (9-12)
 Centro de Aprendizaje Temprano (3-4 años)

¿Su hijo ha asistido a alguna escuela en la SD de Gervais? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿En caso que sí, cuando? MM/DD/AAAA:	
Nombre de la escuela anterior (Ciudad y estado)		Última fecha a la que asistió: MM/DD/AAAA:	

En el año anterior antes de entrar al Kínder, ¿su hijo generalmente pasaba 5 horas o más por semana en un programa de preescolar o salón de clase preescolar (como en una escuela, Head Start o un centro de cuidado infantil)? Sí No **Si es así, por favor díganos dónde:**

Programas especiales: ¿A su conocimiento su hijo ha recibido alguno de los siguientes servicios?
 SPED/IEP Habla/Lenguaje TAG 504 EL Migrante

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE:

Apellido:		Nombre:	
Segundo Nombre:		Nombre Preferido:	
Fecha de Nacimiento: MM/DD/AAAA:		Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> No-Binar (X)	
Ciudad Natal:		Estado Natal:	
		País Natal:	

TELEFONO Y DIRECCIONES:

Teléfono principal:							
Dirección de calle:						Apt:	
Ciudad:			Estado:			Código postal:	
Dirección Postal: <input type="checkbox"/> Igual que arriba	Apartado Postal:		Ciudad:		Estado:		Código postal:

IDIOMAS EN EL HOGAR:

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: (Elija sólo una) Inglés o Español

ORIGEN ETNICO DEL ESTUDIANTE:

¿El estudiante es hispano o latino? Sí No

Raza: (Marque todo lo que se aplica) Caucásico Hispano Ruso Negro Asiático
 Indio Americano Nativo de Alaska Nativo de Hawái Isla del Pacífico

CELULAR del ESTUDIANTE: (Grados 6 a 12)

Nos gustaría llamar y/o enviar un mensaje de texto directamente al teléfono celular de su hijo con información relacionada con la escuela. ¿Tenemos su permiso? Sí No

Si no es así, ¿podemos enviar un mensaje de texto a su número de teléfono celular y usted lo envía a su hijo? Sí No

¿Podemos tener el número de teléfono celular de su hijo para poder llamar y/o enviarle mensajes de texto? Sí No

Teléfono celular del estudiante:

El Niño vive con: Padres Madre Padre Abuelos Padrastros Tutor Padre Temporal Si mismo

INFORMACION de los PADRES:**Madre:**

de Celular:

 Tiene la Custodia Vive con

Correo Electrónico:

Empleador:

de Trabajo:

Idioma preferido:

 Inglés Español Otro**Padre:**

de Celular:

 Tiene la Custodia Vive con

Correo Electrónico:

Empleador:

de Trabajo:

Idioma preferido:

 Inglés Español Otro**INFORMACIÓN DE PADRASTOS / PADRES TEMPORAL:****Madrasta:**

de Celular:

 Tiene la Custodia Vive con Permiso de recoger de la escuela

Correo Electrónico:

Empleador:

de Trabajo:

Idioma preferido:

 Inglés Español Otro**Padrastro:**

de Celular:

 Tiene la Custodia Vive con Permiso de recoger de la escuela

de Trabajo:

Empleador:

Correo Electrónico:

Idioma preferido:

 Inglés Español Otro**Tutor:**

Relación con el estudiante:

 Tiene la Custodia Vive con Permiso de recoger de la escuela

de Celular:

Idioma preferido:

 Inglés Español Otro

Empleador:

de Trabajo:

Correo Electrónico:

INFORMACION de CONTACTO de EMERGENCIA: (Los padres o tutores serán notificados primero.)**Nombre de contacto:**

Relación con el estudiante:

 Contacto de emergencia Permiso de recoger de la escuela

de Celular:

de Trabajo:

Idioma preferido: Inglés Español Otro

Nombre de contacto:		Relación con el estudiante:
<input type="checkbox"/> Contacto de emergencia	<input type="checkbox"/> Permiso de recoger de la escuela	# de Celular:
# de Trabajo:		Idioma preferido: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro
Nombre de contacto:		Relación con el estudiante:
<input type="checkbox"/> Contacto de emergencia	<input type="checkbox"/> Permiso de recoger de la escuela	# de Celular:
# de Trabajo:		Idioma preferido: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro
Nombre de contacto:		Relación con el estudiante:
<input type="checkbox"/> Contacto de emergencia	<input type="checkbox"/> Permiso de recoger de la escuela	# de Celular:
# de Trabajo:		Idioma preferido: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro
Nombre de contacto:		Relación con el estudiante:
<input type="checkbox"/> Contacto de emergencia	<input type="checkbox"/> Permiso de recoger de la escuela	# de Celular:
# de Trabajo:		Idioma preferido: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro
Nombre de contacto:		Relación con el estudiante:
<input type="checkbox"/> Contacto de emergencia	<input type="checkbox"/> Permiso de recoger de la escuela	# de Celular:
# de Trabajo:		Idioma preferido: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro

INFORMACION MEDICA / ALERGIA:

El personal de la escuela necesita saber cuándo su hijo tiene una afección médica para la cual puede necesitar ayuda durante el día escolar.
Recuerde informar a su consultorio escolar de cualquier cambio en las condiciones médicas.

¿Su hijo tiene una afección médica? No Sí, por favor complete el Formulario de Salud Estudiantil

INFORMACION del MEDICO:

Nombre de la clínica:		Teléfono:	
Seguro de salud:	ID#	Gr#	

ESTUDIANTE MILITARIO CONECTADO:

En cualquier momento durante el año escolar, ¿tiene el estudiante un padre o tutor que sea miembro de las Fuerzas Armadas en servicio activo o de tiempo completo de la Guardia Nacional? Sí No

HORARIO de CONFERENCIAS de PADRES / MAESTRO:

Idioma de preferencia: Inglés Español Otro _____

Horario de preferencia: (seleccione uno solamente) 12:00 pm – 3:00 pm 4:00 pm – 7:30 pm Cualquier hora

PERMISO para el AUDIO y VISUAL:

Doy mi permiso para que... No doy mi permiso para que...

... mi hijo será fotografiado o video grabado por el distrito o los medios de comunicación. Entiendo que a mi hijo no se le pagará y estos artículos podrían ser publicados en el periódico, la televisión, Internet u otros medios de comunicación.

PERMISO DE INTERNET:

- Doy mi permiso para que mi hijo use la conexión a Internet del distrito para el uso de computadoras y las pruebas estatales.
- No doy mi permiso para que mi hijo use la conexión a Internet del distrito para el uso de computadoras y las pruebas estatales.

INFORMACION MIGRANTE AGRICULTRA:

¿Alguien en su hogar ha trabajado o está trabajando en la agricultura, la pesca, la guardería, la silvicultura, los molinos, la agricultura, las lecherías o las conservas en los últimos 3 años? Sí No

SOLTAR INFORMACIÓN A LOS MILITARES: (Grados 9 a 12)

La ley federal requiere que los distritos escolares proporcionen, a solicitud de reclutadores militares o una institución de educación superior, acceso a los nombres, direcciones y listas de teléfonos de los estudiantes de la escuela secundaria. Un estudiante de escuela secundaria o el padre del estudiante pueden solicitar que el nombre, la dirección y la lista de teléfonos del estudiante no se divulguen sin el consentimiento previo por escrito de los padres, y el distrito notificará a los padres de la opción de hacer una solicitud y cumplirá con cualquier solicitud. . ¿Das permiso? Sí No

HIJOS que VIVEN en CASA: (de 0 a 21 años)

Nombre _____
Género: Masculino Femenino No-Binar (X)
Fecha de nacimiento _____

Nombre _____
Género: Masculino Femenino No-Binar (X)
Fecha de nacimiento _____

Nombre _____
Género: Masculino Femenino No-Binar (X)
Fecha de nacimiento _____

Nombre _____
Género: Masculino Femenino No-Binar (X)
Fecha de nacimiento _____

Nombre _____
Género: Masculino Femenino No-Binar (X)
Fecha de nacimiento _____

Nombre _____
Género: Masculino Femenino No-Binar (X)
Fecha de nacimiento _____

Acepto la información tal como he indicado en este formulario. Sí No

Nombre en Molde: _____

Firma: _____

Fecha:

MM/DD/AAAA:

LA LEY DE OREGON REQUIERE QUE EL PROGRESO Y EL COMPORTAMIENTO O CUALQUIER RECORDADO EDUCATIVO, QUE SE RELACIONE CON EL ESTUDIANTE ANTERIOR, SE COMPARTIRA CON LOS PADRES NO PERSONALADOS EN SU SOLICITUD.

Distrito Escolar de Gervais #1 290 1st ST PO BOX 100 Gervais, OR 97026-0100 Teléfono 503-792-3803 Fax 503-792-3809

AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN

El Distrito Escolar de Gervais no discrimina por motivos de raza, religión, color, origen nacional, discapacidad, estado civil, orientación sexual, sexo o edad en la prestación o acceso a los beneficios de los servicios, actividades y programas educativos de acuerdo con Título VI, Título VII, Título IX y otros derechos civiles o discriminación; Artículo 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973, en su forma enmendada; y la Ley Estadounidense con Discapacidades.

Se ha designado lo siguiente para coordinar el cumplimiento de estos requisitos legales y puede ser contactado en la oficina del Distrito Escolar de Gervais para información adicional y/o problemas de cumplimiento:

Coordinador del Título II, Coordinador del Título IX y Coordinador de la Sección 504: Director de Programas Especiales