

FORMULARIO DE INSCRIPCION DE LAS ESCUELAS DE LA CIUDAD DE KLAMATH KALLS

Si necesita ayuda o intérprete, por favor llame a la oficina Servicios de alumnos al teléfono 541-883-4747

Uso DE LA OFICINA SOLAMENTE

OFFICE USE ONLY

Enrollment Date Birth Certificate Immunizations Homeroom Teacher

INFORMACIÓN DEL ALUMNO

ESCUELA Grado
Alumno (nombre legal) Hombre Mujer
Nombre que prefiere:
Domicilio Código Postal
Dirección postal Dirección electrónica del padre
Número de teléfono Dirección electrónica del alumno
Fecha de nacimiento Lugar de nacimiento (ciudad, estado y país)
Grupo étnico: Hispano/Latino Yes No
Raza: Americana Indígena o Nativa de Alaska Negra o Afro-americana Blanca Asiática Nativa de Hawaii u otra isla del Pacífico
¿Nació el alumno en los Estados Unidos? Sí No Si no, ¿en qué fecha empezó sus estudios en los EE.UU.?
¿Necesita usted comunicación por escrito o por teléfono en español? Sí No (si sí, complete la encuesta)

INFORMACIÓN DE LOS PADRES/TUTORES

El alumno vive con:
• Apellido Nombre
Madre Padre Padrastro Tutor legal Padre adoptivo Flia. de adopción temporaria (Foster home) Carta poder Solo
Empleador Teléfono del trabajo Celular
• Apellido Nombre
Madre Padre Padrastro Tutor legal Padre adoptivo Flia. de adopción temporaria (Foster home) Carta poder Solo
Empleador Teléfono del trabajo Celular
El otro padre: sin custodia (con quien no vive)
Apellido Nombre
Madre Padre Padrastro Tutor legal Otro
Domicilio
Empleador Teléfono del trabajo Celular
Orden de restricción vigente Enviar correos Enviar informes de calificaciones Tiene permiso recoger al alumno

INFORMACIÓN EN CASO DE EMERGENCIA

Contacto:
Nombre: Teléfono de la casa Celular
Puede recogerlo/a Autorizo la asistencia médica Relación o parentesco con el alumno
Nombre: Teléfono de la casa Celular
Puede recogerlo/a Autorizo la asistencia médica Relación o parentesco con el alumno
Guardería/niñera Domicilio Teléfono
Primer nombre Apellido Calle Código postal

INFORMACIÓN DE NECESIDADES ESPECIALES

• ¿Este alumno tiene un IEP (Plan de Educación Individual) o un Plan 504 y/o necesita Educación Especial? Sí NO
• Si sí, ¿en qué área(s)?
• Necesidades académicas
Por favor, liste toda necesidad especial de salud como asma, dolor de cabeza, diabetes y alergias:

**INFORMACIÓN DE LA ESCUELA**

Última escuela que asistió \_\_\_\_\_ Último grado terminado \_\_\_\_\_ Último día de asistencia \_\_\_\_\_  
Dirección de la última escuela \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado/Código \_\_\_\_\_  
Por favor, liste toda escuela que ha asistido anteriormente indicando dirección, ciudad y estado \_\_\_\_\_

**Título I-C, Oregón, Programa de educación para migrante:** Está diseñado para ayudar a los niños y jóvenes entre los 3 y 21 años, quienes se cambian de lugar solos o con sus padres para buscar trabajo temporal en agricultura, área forestal y/o en actividades de pesca. Los servicios son gratuitos y pueden incluir: programas después de clase y escuela de verano, transferencia de expedientes médicos y educacionales, seguro contra accidentes las 24 horas, apoyo educacional, participación de padres y derivaciones a servicios y recursos dentro de la comunidad, entre otros.

- ¿Se ha mudado en los últimos 3 años?  Sí  NO Si sí, por favor conteste las siguientes preguntas:
- ¿La mudanza fue debido a la búsqueda de trabajo temporal o de temporada en agricultura o pesca?  Sí  NO
  - ¿El trabajo era en plantar árboles, acarrear productos, en depósitos en el campo, lechería o frutas y verduras?  Sí  NO
  - ¿El niño a quien Ud. está inscribiendo se mudó con usted?  Sí  NO

**ENCUESTA SOBRE EL IDIOMA: (PARA ALUMNOS CUYA PRIMERA LENGUA NO ES INGLES)**

- ¿Qué idioma aprendió el alumno cuando comenzó a hablar por primera vez? \_\_\_\_\_
- ¿Qué idioma utiliza el alumno con más frecuencia en la casa? \_\_\_\_\_
- ¿Qué idioma utilizan los adultos en la casa con más frecuencia para comunicarse con el alumno? \_\_\_\_\_
- ¿Qué idioma los adultos en la casa usan más seguido? \_\_\_\_\_
- ¿Su hijo/a estaba en un Programa para desarrollar el inglés?  Sí  NO ¿Ha salido del programa? \_\_\_\_\_ (fecha)

**Programas ESEA de Título X y McKinney-Vento** garantizan a todos los niños y jóvenes el derecho a una educación, sin importar la situación actual de vida. Los recursos del programa pueden incluir suministros de útiles escolares, ropa y otros servicios que aseguran el éxito de los alumnos.

Por favor, marque el recuadro que corresponda si algunas de las situaciones siguientes se aplican a Ud.:

- Vive en un refugio de emergencias o de paso.
- Vive en un motel, hotel, remolque, camping (campground) o parque.
- Vive temporalmente con amigos o parientes debido a dificultades económicas o pérdida de vivienda.
- Se muda de casa en casa sin contar con vivienda permanente.
- Vive en un coche, parque, sitio público, edificio abandonado, infravivienda, estación de autobuses o trenes.
- Es un joven no acompañado sin custodia física de un padre o tutor.

\_\_\_\_ Doy mi permiso para que el distrito escolar de la ciudad de Klamath Falls divulgue información confidencial a los Servicios Integrales de Jóvenes (IYS). IYS ofrece apoyo y recursos a los alumnos/familias a quienes se los identifican como desamparados. Este consentimiento es válido por un año y se lo puede cambiar en todo momento cuando lo solicite.

**REGLAMENTO DEL DISTRITO**

Nuestras escuelas tienen un reglamento riguroso sobre drogas, tabaco, alcohol y armas para asegurar así un ambiente seguro y sano. Se suspenderán y/o se expulsarán a los alumnos quienes se encuentran involucrados con algunos de ellos.

Su inicial al lado de cada declaración indica que entiende las consecuencias a cada comportamiento.

\_\_\_\_ Entiendo que se suspenderán a los alumnos y posiblemente se los expulsarán si poseen, traen, guardan, venden, consumen, si están bajo la influencia de o usan alguna bebida alcohólica, drogas ilícitas, tabaco sin humo, productos de tabaco o cigarrillos durante horas de clase o en eventos escolares dentro de 1.000 yardas del campo escolar.

\_\_\_\_ Entiendo que se suspenderán a los alumnos y posiblemente se los expulsarán si poseen algo que se puede tomar por arma, incluyendo entre otras cosas, navajas y cuchillos aserruchados de cualquier tamaño, cadenas, armas de fuego, estrellas arrojadizas, artefactos de armas de fuego, manoplas metálicas, escopetas de balines, pistolas de aire comprimido, navajas de afeitar, explosivos, gases nocivos, irritantes o venenosos, venenos, drogas u otros artículos diseñados con la intención de usar, vender, dañar, amenazar o acosar a un alumno, personal, padres y patrocinadores.

\_\_\_\_ He recibido una copia del Acuerdo aceptable del uso del Internet y Acceso a la red del distrito. Entiendo que cualquier quebrantamiento a los reglamentos enumerados es inmoral y puede constituir un delito penal. Si mi hijo/a comete una infracción, sus privilegios de acceso se pueden revocar, y se pueden tomar medidas disciplinarias y/o demandas legales. Por la siguiente, doy permiso para que mi hijo/a utilice el Internet en la escuela.

Código de conducta de las escuelas de la ciudad de Klamath Falls: \_\_\_\_ Tengo acceso a la red \_\_\_\_ Me gustaría recibir una copia

Manual de la escuela: \_\_\_\_ Tengo acceso a la red \_\_\_\_ Me gustaría recibir una copia

**PERMISO MÉDICO**

Quizás fuere necesario reconocer la necesidad de dar tratamiento médico en caso de emergencia y el personal de la escuela no puede ponerse en contacto conmigo. Por lo tanto, doy permiso por adelantado al cuidado de emergencia, incluyendo transporte en ambulancia y al hospital, como así fuere necesario hacerlo bajo circunstancias en ese momento existentes.

- Sí  NO

El reconocimiento de la información médica sobre un estudiante puede necesitar ser compartido con el personal del distrito de la escuela, doy permiso a compartir toda

información y procedimiento o protocolo médico de emergencia con respecto a mi hijo/a con el personal apropiado de la escuela.  Sí  NO

Los medicamentos recetados que necesitan ser tomados en la escuela deben estar en el envase original con la receta adjunta y se deben llevar a la oficina/enfermería. Se requiere autorización por escrito del padre para que el personal de la escuela pueda administrar el medicamento recetado o supervisar al alumno administrársela a sí mismo. El padre o tutor debe autorizar al personal de la escuela a administrar todo medicamento sin receta según las instrucciones de la receta. Todo medicamento sin receta traído desde la casa a la escuela debe estar en el envase original y se debe guardar en la oficina.

Deben entregarse a la escuela los archivos de las vacunas dentro de los 30 días de matriculación o a su hijo/a se le excluirá de la escuela de acuerdo con la ley de Oregón.

La ley de Oregón no exige la firma del padre para transferir los archivos del alumno en la matriculación en un nuevo distrito. Si su hijo se está matriculando en nuestro distrito de uno fuera de Oregón, su firma al pie del formulario de inscripción indica que se ha concedido permiso para que los archivos del alumno sean entregados a las escuelas de la Ciudad de Klamath Falls.

**AL FIRMAR ESTE DOCUMENTO, INDICO QUE HE LEÍDO Y ENTIENDO LA INFORMACIÓN EN ESTE DOCUMENTO.**

**X Firma de Padre/Tutor:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_