

FORMULARIO DE REGISTRO PARA LOS ESTUDIANTES EN LAS ESCUELAS DE ST. CLOUD

ST. CLOUD AREA SCHOOLS STUDENT ENROLLMENT FORM

Si necesita ayuda completando este formulario, por favor llame al 320-370-8116

Fecha de hoy – today's date : _____ Grado a comenzar- Grade entering : _____		
Escuela- School : _____		
INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE – STUDENT INFORMATION		
Nombre legal del estudiante- STUDENT'S LEGAL NAME		
Apellido – Last name	Nombre- Name	Segundo nombre – Middle name
Dirección del estudiante - Student's ADDRESS		

Ciudad- City	Estado - State	Código postal – Zip Code
Fecha de nacimiento-DOB	Género- GENDER	Condado de residencia - County
_____	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	_____
País de nacimiento Country of birth	¿Están quedándose en un refugio o residencia temporaria? Si ___ No ___ <i>Are you staying at a temporary shelter?</i>	
_____	_____	
¿Son una familia militar? ___ Si No ___ Are you a military Family?	Servicio Activo ___ Active Service	Reserva ___ Reserve
Etnicidad del estudiante (solo marque una) Student's Ethnicity	Raza del estudiante Student's Race	
___ 1. Indígena Americano/Nativo de Alaska	Se requiere por Ley Federal del año escolar 2008-2009 que se reporten ambas	
___ 2. Asiático/Isleño del Pacifico	1. ¿Es Latino o hispano el estudiante? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
___ 3. Hispano	¿Qué raza es el alumno? (marque todas las que apliquen)	
___ 4. Negro (no de origen Hispano)	2. Indígena Americano o Nativo de Alaska	
___ 5. Blanco (no de origen Hispano)	3. Asiático	
	4. Negro o Afroamericano	
	5. Nativo Hawaiano o Isleño Pacifico	
	6. Blanco	
Previa Experiencia Escolar del Estudiante Student's Previous Shool Experience:		
Fecha de matriculación en una escuela de los EE.UU. _____		
Fecha de matriculación en una escuela de Minnesota _____		

INFORMACIÓN DEL PADRE/TUTOR PARENT/GUARDIAN INFORMATION**Nombre del padre/tutor – Parent/Guardian’s Name**

Apellido _____ Nombre _____ Relación al estudiante _____

Dirección _____ # de apartamento _____ Ciudad _____

Estado, Código postal _____ Correo electrónico _____ Idioma que habla _____
Número de teléfono del hogar _____
Número de teléfono de celular _____
Número de teléfono del trabajo _____**Nombre del padre/tutor – Parent/Guardian’s Name**

Apellido _____ Nombre _____ Relación al estudiante _____

Dirección _____ # de apartamento _____ Ciudad _____

Estado, Código postal _____ Correo electrónico _____ Idioma que habla _____
Número de teléfono del hogar _____
Número de teléfono de celular _____
Número de teléfono del trabajo _____**El alumno vive con: (escoja todas las opciones que apliquen) Student lives with:**

- Madre Madre y _____ Tutor Tutela de Estado Solo
- Padre Padre y _____ Padres sustitutos Esposo (a) Otro: _____

HISTORIAL DE EDUCACIÓN/ESCUELA – EDUCATION/SCHOOL HISTORY

Distrito escolar donde su niño recibió el Examen de Edad Temprana _____

Distrito Escolar de residencia _____

¿Tiene su niño necesidades especiales? (educación especial, salud, etc.) Si No

De ser así, por favor identifique _____

¿Ha asistido el estudiante alguna vez a una escuela pública en St. Cloud? Si No De ser así, ¿cual escuela(s)? _____**Escuela más reciente que asistió**, si fue diferente a una de las escuelas públicas de St. Cloud**Nombre de la escuela:** _____

Ciudad: _____ Teléfono _____

Fecha del último día que asistió: _____

INFORMACIÓN DE LA FAMILIA (por favor, enliste a todos los niños que viven en el mismo hogar) FAMILY INFORMATION								
Apellido	Nombre y segundo nombre	Fecha de nacimiento	Género	Escuela	Etnicidad	Raza (lea en la parte de abajo)	Lenguaje que se habla en el hogar	País de nacimiento
Etnicidad (Solamente solo escoja una) 1. Indígena Americano/Nativo de Alaska 2. Asiático/Isleño Pacífico 3. Hispano 4. Negro (no Hispano) 5. Blanco (no Hispano)					Raza (Seleccione todas las que aplican) 1. Hispano o Latino 4. Negro 2. Indígena Americano 5. Nativo Hawaiano o Isleño Pacífico 3. Asiático 6. Blanco			
INFORMACIÓN DE CONTACTOS DE EMERGENCIAS – EMERGENCY CONTACT INFORMATION								
Por favor, provea nombres y números de teléfonos de individuos que puedan ser contactados localmente por el propósito de emergencias si los padres no pueden ser contactados.								
Contacto de emergencias #1: Nombre _____								
Relación al estudiante: _____			Número de teléfono _____					
Dirección _____				Ciudad, Estado, Código Postal _____				
Contacto de emergencias #2: Nombre _____								
Relación al estudiante: _____			Número de teléfono _____					
Dirección _____				Ciudad, Estado, Código Postal _____				
INFORMACIÓN DE CONTACTO MEDICO								
Oficina del médico: _____					Teléfono: _____			
Dentista: _____					Teléfono: _____			
Información de Trabajador Migrante: ¿Se ha mudado alguno de los padres/estudiantes a este distrito escolar dentro de los últimos 3 años para conseguir empleo en la agricultura, pesca, productos lácteos, aves de carnes? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No								
Firma de Padre/Tutor Legal: _____					Relación al estudiante: _____			
Para el uso de oficina solamente – FOR OFFICE USE ONLY								

Por favor note: La información será utilizada por la administración y gerencia del programa de educación del estudiante. Se le anima, pero no es requerido legalmente a que complete la información en esta hoja. **Kindergarten:** Si algún niño es elegible para el kindergarten el cual es o tendrá 5 años de edad en o antes del 1º de septiembre, o cualquier niño que se transfiera a este sistema durante el año escolar, y ha atendido clases de kindergarten en otro distrito escolar. **Acta de Nacimiento:** Una acta de nacimiento legal, pasaporte, I-94, u otra identificación similar puede ser traída al distrito escolar a la hora de registrarse si está comenzando el kindergarten, o registrándose por primera vez en una escuela en MN. Estos certificados serán devueltos prontamente. **Certificado de Inmunización:** La Ley Estatal de Minnesota (Estatuto 121A.15) requiere que todos los niños al comienzo de la entrada inicial a una escuela pública a que presenten una declaración firmada por el médico, declarando que el niño ha sido vacunado en contra de Difteria, Tétano, Tos Ferina, Paperas, Sarampión Rubéola, Róbel - Sarampión Alemán, Polio, Varicela y Hepatitis B. Se provee excepción a un niño el cual puede estar en peligro por tales vacunas o uno que está siendo criado como adherente de una denominación religiosa cuyas enseñanzas esta opuestas a las vacunas. Este certificado debe de estar en el registro de la escuela de su niño (en cumplimiento con la Ley Estatal de Minnesota)

Formulario de Publicación de Fotos y Medios de Comunicación 2018-19

2018 – 19 Photo and Media Release Form

Estimado Padre/Tutor:

El Distrito 742 de las Escuelas de las Zonas de St. Cloud no define una fotografía estudiantil como Información del Directorio del Estudiante (información pública). Por lo tanto, debemos recibir su permiso para compartir imágenes fotográficas o videos de un estudiante en uno anuario, publicaciones del distrito/escuela, páginas web del distrito/escuela administradas por una cuenta de medios sociales y junta escolar y otras publicaciones públicas.

El Distrito 742 de las Escuelas de las Zonas de St. Cloud además pide su permiso para los siguientes propósitos:

- Durante el año escolar organizaciones de medios pudieran visitar la escuela de su hijo, para cubrir eventos especiales y pudieran entrevistar, grabar en video, o fotografiar su hijo.
- El Distrito 742 de las Escuelas de la Zonas de St. Cloud y sus asociados educacionales pudieran desear utilizar la foto de su hijo, grabación en video, o trabajo para propósitos promocionales y educacionales incluyendo, pero no limitados a: carteles, folletos, cable local de televisión, y o eventos locales tales como el Summertime by George (Tiempo de Verano en el George).

Por favor, indique si da permiso a que se comparta la imagen de su estudiante para estas clases de propósitos indicados en la parte inferior. Firme y escriba la fecha en este **Formulario de Publicación de Fotos y Medios de Comunicación 2018-19**, valido hasta a través de septiembre 2019. Este formulario debe de ser devuelto a la escuela de su hijo lo más antes posible, donde se mantendrá en su registro.

Si, yo doy mi permiso a las Escuelas de la Zonas de St. Cloud Distrito 742 y sus asociados autorizados y medios de comunicación utilicen la foto, grabación de video, trabajo del estudiantes y/o referencia de mi hijo para propósitos escolares y/o eventos escolares como se describen anteriormente en este formulario.

No, yo no doy mi permiso a las Escuelas de la Zonas de St. Cloud Distrito 742 y sus asociados autorizados y medios de comunicación utilicen la foto, grabación de video, trabajo del estudiantes y/o referencia de mi hijo para propósitos escolares y/o eventos escolares como se describen anteriormente en este formulario.

Escuela: _____

Fecha: _____

Nombre del Estudiante: _____

Firma del Padre/Tutor:

Minnesota es el hogar de más de 100 diferentes idiomas. La capacidad de hablar y entender múltiples idiomas es valorizado. La información que usted provee será utilizada por el distrito escolar para ver si su estudiante es multilingüe. En Minnesota, los estudiantes que son multilingües pueden cualificar para un Sello Multilingüe después de más exámenes. Adicionalmente, la información que usted provee determinara si su estudiante debería tomar un examen de aptitud de inglés. Basado en los resultados de este examen, su estudiante puede ser elegible clases del desarrollo del idioma inglés. **Acceso a la enseñanza es requerido por ley federal y estatal. Como padre o tutor, usted tiene el derecho en cualquier momento de rechazar enseñanza para estudiantes que están aprendiendo inglés.**

Información del estudiante – Student's home language	
Nombre completo del estudiante (apellido, nombre, 2º nombre)	Fecha de nacimiento o número de identificación estudiantil:

	Marque todas las que mejor identifique a su estudiante:	Indique el idioma aparte del Inglés en el espacio proporcionado
1. Mi estudiante primero aprendió:	<input type="checkbox"/> idioma (s) aparte del inglés <input type="checkbox"/> Inglés y el idioma (2) a parte del Inglés <input type="checkbox"/> Solo inglés	
2. Mi estudiante habla:	<input type="checkbox"/> idioma (s) aparte del inglés <input type="checkbox"/> Inglés y el idioma (2) a parte del Inglés <input type="checkbox"/> Solo inglés	
3. Mi estudiante comprende	<input type="checkbox"/> idioma (s) aparte del inglés <input type="checkbox"/> Inglés y el idioma (2) a parte del Inglés <input type="checkbox"/> Solo inglés	
Mi estudiante tiene interacción consistente en:	<input type="checkbox"/> idioma (s) aparte del inglés <input type="checkbox"/> Inglés y el idioma (2) a parte del Inglés <input type="checkbox"/> Solo inglés	

El uso de idioma no identifica su estudiante como un estudiante del idioma de inglés. Si indica un idioma a parte del inglés, se le brindara un examen de competencia lingüística de inglés.

Información de Padre/Tutor	
Nombre del padre/tutor (impreso)	
Firma de padre/tutor	Fecha

*Toda la información es privada. Solamente será compartida con el personal del distrito que necesita la información para mejor servir a su estudiante y legalmente requiere reportar acerca del idioma hogareño y es elegible para el Departamento de Educación de Minnesota. En el distrito y Departamento de Educación, esta información no será compartida con otros individuos o identidades, excepto si ellos están autorizados por ley estatal o federal a acceder a la información. El cumplimiento de la petición de información es voluntario.

Solicitud de Transporte y Requerido de Cambio (Incluyendo Solicitud a Transporte a la Guardería)

Transportation Request and Change Form (Including Daycare)

- Por favor complete este formulario
 - si su hijo es un **nuevo estudiante** quien utilizara servicios del bus escolar o
 - por **cambios con respecto al uso de guardería, dirección de hogar, o número de teléfono.**
- Cualquier cambio a la localización donde se recoge o trae de vueltas a su hijo requiere: **firma del padre/tutor y fecha requerida para cuando este deba tomar acción.**
- Cada estudiante es permitido una parada de bus en el a.m. y una en el p.m. **Los padres son responsables por sus arreglos temporarios.**
 - por favor, permita hasta (3) días de negocios para la que la solicitud de transporte sea completada.

RAZÓN POR LA SOLICITUD – Reason for request

- Estudiante nuevo - **New student**
- Guardería (nueva o cambio) **Day care (new or change)** Padre prefiere proveer propio transporte en a.m. p.m.
- Cambio de dirección/teléfono **Change of address/phone** **Parent chooses to - self transport**

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE –STUDENT INFORMATION

Nombre del estudiante – **Student’s name:** _____ #ID _____

Nombre de padre/tutor – **Parent/Guardian Name:** _____ Email: _____

Dirección de su hogar- **Home Address :** _____

Teléfono – **Home phone:** _____ Tel. de emergencia – **Emergency phone** _____

ESCUELA/PROGRAMA – SCHOOL/PROGRAM

Escuela – **School** _____ Grado – **Grade** _____

Programa de Inmersión – **Immersion Programs:**

Inmersión al idioma chino (Madison) **Chinese Immersion (Madison)**

Inmersión al idioma español (Clearview) **Spanish Immersion (Clearview)**

INFORMACIÓN PARA RECOGER/DEVOLVER – PICK UP/DROP-OFF INFORMATION

Se recoge al estudiante en – **Pick up Student by:** Se recoge al estudiante en – **Pick up Student by:**

La dirección de la casa La dirección de la guardería La dirección de la casa La dirección de la guardería

Home address Daycare address Home address Daycare address

INFORMACIÓN DE LA GUARDERÍA – DAYCARE INFORMATION

Nombre del proveedor –**Provider’s name** _____ Tel. _____

Dirección- **Address:** _____

Fecha que comienza el servicio – **Requested start date:** _____ Año escolar – **School year** _____

FIRMA – SIGNATURE

Firma de padre/tutor – **Parent/Guardian signature** _____ Fecha-**Date** _____

DEVUÉLVALO A – RETURN TO: DISTRICT TRANSPORTATION: 737 OSSEO AVE. SO., ST. CLOUD, MN 56301 O EMAIL DBS@ISD742.ORG TEL: 320-253-9370 FAX: 320-529-434

Office use only: Copleted by: _____ **Date** _____

Solicitud de Registros

RECORD REQUEST

DE – FROM _____

_____, Fecha de nacimiento **DOB** _____ grado –**grade** _____ se ha matriculado en nuestra escuela- *has enrolled in our School*. Por favor envíe los siguientes artículos lo más pronto posible. *Please send the following items as soon as possible:*

- Expediente Acumulativo – **Cumulative Record**
- Transcripción de Calificaciones y claves del sistema de calificaciones – **Transcript of Grades and key to your grading system**
- Calificaciones/grados de retiro – **Withdrawal grades**
- Expedientes de asistencia – **Attendance Records**
- Expedientes de disciplina – **Discipline Records**
- Resultados de pruebas estándares /Prueba de Nivel de Conocimiento de Inglés/**Standard Test Score/WICA English Proficiency Test Scores**
- Expedientes de salud y Expedientes de vacunas- **Health Records and Immunization Records**
- Programa de Educación Individualizado (IEP por sus siglas en inglés) más recientes y Materiales relacionados (si aplica) **Current IEP and Related Materials (if applicable)**
- Expedientes psicológicos (si aplica) – **Psychological Reports (if applicable)**
- Resultados de MCA (por sus siglas en inglés) – **MCA Testing Results**
- Resultados de MAP/NWEA (por sus siglas en inglés) - **MAP/NWEA Testing Results**
- Número MARSS (por sus siglas en inglés) - **MARSS Number:** _____

DE ACUERDO CON LA LEYES FEDERALES Y ESTATALES, EL PERMISO DEL PADRE O ESTUDIANTE MAYOR DE EDAD YA NO ES REQUERIDO CUANDO LOS EXPEDIENTES SO REQUERIDO POR UN PERSONAL ESCOLAR AUTORIZADO. **IN ACCORDANCE WITH REVISED FEDERAL AND STATE STATUTES, PERMISSION OF THE PARENT OR ADULT STUDENT IS NO LONGER REQUIRED WHEN RECORDS ARE REQUESTED BY AUTHORIZED SCHOOL PERSONNEL.**

Gracias por la prontitud en este asunto – **Thank you for your promptness in this matter.**

He aquí otorgo permiso a _____
I hereby give permission (nombre de escuela previa) **(name of previous school)**

a transferir los expedientes escolares de _____
to transfer the School records of (nombre del estudiante) **(name of student)**

al Distrito 742. Entiendo que tengo el derecho de ver los expedientes y recibir una interpretación en su reunión. **to District 742. I understand that I have the right to see the records and receive an interpretation of their meeting.**

Fecha-**Date** Firma de Padre/Tutor Legal/Estudiante mayor de edad **Signature of Parent of Legal Guardian/Adult Student**

ANNUAL HEALTH INFORMATION

INFORMACIÓN ANUAL DE SALUD DEL ESTUDIANTE

POR FAVOR PROVEA UNA LISTA COMPLETA DEL REGISTRO DE VACUNAS DEL ESTUDIANTE CUANDO ESTE COMIENCE EL KINDERGARTEN Y GRADO 7, Y ESTUDIANTES NUEVOS AL DISTRITO.

Nombre del estudiante: _____

Fecha de nacimiento: _____

Año Escolar: _____

Género: _____

Escuela: _____

Grado: _____

Otro ID: _____

Aula de Clases: _____

CUIDADO DE SALUD

Nombre de medico/clínica _____

Nombre de especialista de salud (neurología, comportamiento, ortopédico, etc.) _____

¿Ha tenido su hijo un examen físico durante el año?: Si No Fecha: __/__/__

1. Marque cualquier condición de salud actual enlistadas a continuación la cual la escuela debería estar al tanto:

TDAH (ADHD por sus siglas en ingles) Ansiedad Depresión Historial de varicelas: Si o No
De ser así, mes/año: __/__/__

Alergias:

Comidas _____ Síntomas _____ Diabetes: bomba de insulina__ Inyector__
Picaduras de abeja _____ Síntomas _____ Convulsiones/Epilepsia
Ambientales _____ Síntomas _____ Dolores de cabeza
Látex _____ Síntomas _____ Audición: Audífonos _____ Tubos _____
Medicamentos _____ Síntomas _____ Visión: Lentes _____ Contactos _____

Otras condiciones de salud (riñones, corazón, pulmones) _____

Mi hijo tiene un EpiPen Si o No ¿Es esto una emergencia? Si o No

Asma Inhalador Si o No Tipo _____

Autismo/Asperger

2. ¿Tiene su hijo alguna discapacidad, limitaciones físicas o atraso del desarrollo? Si o No, de ser a si por favor explique:

3. Enliste cualquier enfermedad seria o lesión seria que ocurrió durante el año: _____

4. Medicamentos	Dosis	Veces al día	Razón por la cual	Tomado en hogar	Tomado en la escuela
			toma el medicamento		

5. ¿Ha tenido su hijo alguna vacuna durante el año? Incluya mes/día/año

Tdap __/__/__ DTP __/__/__ Polio __/__/__ MMR __/__/__ Refuerzo TD __/__/__ Varicela __/__/__
Menactra (Menegitis) __/__/__/__ Hep B __/__/__/__/__/__/__/__/__ Hep A __/__/__/__/__/__/__/__/__

Por favor, acuérdesse de informarle al chofer del autobús si su hijo tiene una condición que pudiera resultar en una situación de emergencia en el bus. NO medicamentos, prescritos o sin prescripción serán administrados a menos que estén prescripto por el medico de su hijo niño y proveídos por un padre. Consentimiento por escrito anualmente para dispensar el medicamento es requerido por un padre y medico. Los medicamentos deben de ser traídos a la escuela por un padre en un envase con etiqueta de la farmacia. Esta información es compartida con el personal.

Firma de padre/tutor _____

Fecha _____