

ASTORIA SCHOOL DISTRICT

STUDENT REGISTRATION FORM

Por favor imprima utilizando una pluma, complete todas las páginas y firme la última página. Este formulario de inscripción es un registro oficial. Las preguntas del formulario solicitan información importante que ayudará a ofrecer servicios para su hijo. Si cualquier información cambia durante el año escolar, por favor notifique a su escuela inmediatamente.

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

APELLIDO LEGAL _____ NOMBRE LEGAL _____ MEDIO LEGAL _____

“CONOCIDO COMO” NOMBRE Y APELLIDO (si diferente): _____ (cambio de nombre oficiales no pueden realizarse sin documentación legal)

GRADO: _____ GÉNERO Femenino Masculino FECHA DE NACIMIENTO: _____ IDIOMA DEL HOGAR: _____

Reglamentos Federales y Estatales exigen que las escuelas recojan la siguiente información para los informes estadísticos. Para obtener más información, su escuela puede ayudar.

ETNICIDAD - Hispano/Latino Sí No (Nota: grupo étnico y raza debe ser seleccionada)

RAZA: (seleccione al menos uno) Indio Americano/Nativo de Alaska Asiático Moreno Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico Blanco

DIRECCION DE CASA _____ DIRECCIÓN DE ENVIO (si es diferente) _____

CIUDAD _____ ESTADO _____ ZONA POSTAL _____ CIUDAD _____ ESTADO _____ ZONA POSTAL _____

TELÉFONO CASA (¿celular? Sí No) _____ TELÉFONO CELULAR _____

INFORMACION PADRE/TUTOR—

Telefonos de contacto y correos electrónicos serán utilizados para distribuir información importante.

PADRE/ADULTO RESPONSABLE #1: MADRE PADRE TUTOR OTRO: _____

¿VIVIENDO CON ESTUDIANTE? S N ¿NECESITA TRADUCCIÓN/INTERPRETE? S N

APELLIDO _____ NOMBRE _____

LENGUAJE PRINCIPAL _____ CORREO ELECTRÓNICO _____

DIRECCIÓN DE ENVIO _____ CIUDAD _____ ESTADO _____ ZONA POSTAL _____

TELÉFONO CASA _____ ¿Celular? Sí No

CELULAR _____ TELEFONO TRABAJO _____ INTERESADO EN SER VOLUNTARIO Sí No

EMPLEADOR _____ TÍTULO DE TRABAJO _____

¿Contacto permitido con el estudiante? Sí No

¿Tiene derechos educacionales? Sí No

¿Tiene Custodia de estudiante? Sí No

¿Recibir envíos escolares? Sí No

¿Padre matriculando? Sí No

¿Soltar al estudiante? Sí No

SERVICIO MILITAR: (por favor marque, si aplica)

Veterano/ Militar Retirado

Militar Activo

Militar Reserva

INFORMACION PADRE/TUTOR—

Telefonos de contacto y correos electrónicos serán utilizados para distribuir información importante.

PADRE/ADULTO RESPONSABLE #2: MADRE PADRE TUTOR OTRO: _____

¿VIVIENDO CON ESTUDIANTE? S N ¿NECESITA TRADUCCIÓN/INTERPRETE? S N

APELLIDO _____ NOMBRE _____

LENGUAJE PRINCIPAL _____ CORREO ELECTRÓNICO _____

DIRECCIÓN DE ENVIO _____ CIUDAD _____ ESTADO _____ ZONA POSTAL _____

TELÉFONO CASA _____ ¿Celular? Sí No

CELULAR _____ TELEFONO TRABAJO _____ INTERESADO EN SER VOLUNTARIO Sí No

EMPLEADOR _____ TÍTULO DE TRABAJO _____

¿Contacto permitido con el estudiante? Sí No

¿Tiene derechos educacionales? Sí No

¿Tiene Custodia de estudiante? Sí No

¿Recibir envíos escolares? Sí No

¿Padre matriculando? Sí No

¿Soltar al estudiante? Sí No

SERVICIO MILITAR: (por favor marque, si aplica)

Veterano/ Militar Retirado

Militar Activo

Militar Reserva

CONTACTOS DE EMERGENCIA ADICIONALES - En una emergencia, padre/tutor(es) en la sección anterior, será llamado primero. Al anotar nombres en esta sección como contactos de emergencia, usted está autorizando a estas personas para recoger a su hijo en la escuela si no puede ser localizado.

RELACIÓN AL ESTUDIANTE _____ NOMBRE Y APELLIDO _____

TELÉFONO CASA _____ TELÉFONO TRABAJO _____ CELULAR _____

.....

RELACIÓN AL ESTUDIANTE _____ NOMBRE Y APELLIDO _____

TELÉFONO CASA _____ TELÉFONO TRABAJO _____ CELULAR _____

.....

RELACIÓN AL ESTUDIANTE _____ NOMBRE Y APELLIDO _____

TELÉFONO CASA _____ TELÉFONO TRABAJO _____ CELULAR _____

HERMANOS – Favor de anotar nombres de los hermanos del estudiante que asisten actualmente a escuelas en el distrito.

APELLIDO/HERMANO(A) _____ NOMBRE/HERMANO(A) _____

RELACIÓN AL ESTUDIANTE _____ ESCUELA _____ GRADO _____

.....

APELLIDO/HERMANO(A) _____ NOMBRE/HERMANO(A) _____

RELACIÓN AL ESTUDIANTE _____ ESCUELA _____ GRADO _____

.....

APELLIDO/HERMANO(A) _____ NOMBRE/HERMANO(A) _____

RELACIÓN AL ESTUDIANTE _____ ESCUELA _____ GRADO _____

AL FIRMAR ESTA FORMA, ACEPTO QUE TODA LA INFORMACION ES CIERTO. SI ES DETERMINADO QUE LA DIRECION QUE YO HE DADO ES FALSO, RECONOZCO QUE MI ESTUDIANTE PODRIA SER REMOVIDO INMEDIATAMENTE DE LA ESCUELA.

FIRMA DEL PADRE/ADULTO RESPONSIBLE (requerido) _____ FECHA _____

FIRMA DEL PADRE/ADULTO RESPONSIBLE _____ FECHA _____

APELLIDO DEL ESTUDIANTE: _____ NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____

ESCUELA: Astor LCE AMS AHS

GRADO: _____

ASTORIA SCHOOL DISTRICT

FORMA DE REGISTRO ESTUDIANTIL- Cuestionario del Programa de Estudiantes y Familias

<input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Texto <input type="checkbox"/> Email <input type="checkbox"/> Otro: _____	¿Cómo podemos comunicarnos mejor con su familia sobre eventos y cierres escolares? (Marca todo lo que aplica)
<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español	¿En cuál idioma prefiere que sea el idioma principal para recibir correspondencia de la escuela?
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Tiene su estudiante o previamente ha tenido un Plan de Educación Individual (IEP)?
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Tiene su estudiante o ha tenido previamente un Plan de Sección 504?
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Su estudiante ha sido oficialmente identificado como Talento y Dotado en nuestro distrito escolar o distrito escolar anterior?
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<p>Programa de Título VII-A, Indian Education: ¿Es el estudiante, o un padre o abuelo un miembro de una tribu estadounidense federalmente reconocida de los Estados Unidos (incluyendo nativo de Alaska)?</p> <p>Si es SI, por favor complete el nombre de la tribu: _____ Afiliación # _____</p>
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<p>Programa de Trabajadores Temporales y Estacionales: Bajo Título IC como parte de "The Elementary and Secondary Education Act", el Programa de Educación Migrante fue desarrollado para proporcionar ayuda y apoyo para mejorar las oportunidades educativas y éxito académico de agricultura, trabajadores en canerías, los pescadores, y sus familias.</p> <p>¿Se ha cambiado usted o algún miembro de la familia en los últimos tres años con la intención de trabajar en?: (marque todo lo que aplica)</p> <p> <input type="checkbox"/> agricultura <input type="checkbox"/> cosecha <input type="checkbox"/> pesca <input type="checkbox"/> ganadería <input type="checkbox"/> forestal <input type="checkbox"/> invernaderos <input type="checkbox"/> canerías <input type="checkbox"/> Ninguno de estos <input type="checkbox"/> otro trabajo temporal, por favor especifique _____ </p>
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<p>Programa Título X McKinney-Vento: Por favor, coloque una marca en la casilla correspondiente si aplica a usted:</p> <p> <input type="checkbox"/> Se hospeda en hotel, coche o campamento hasta que pueda encontrar vivienda económica <input type="checkbox"/> Está compartiendo vivienda con otra familia debido a dificultades económicas <input type="checkbox"/> Su hijo está viviendo con un familiar/amigo/o alguien que no sean los padres custodiales <input type="checkbox"/> Está viviendo en un albergue, vivienda temporal o moviéndose de un lugar a otro sin vivienda permanente </p>

El Distrito Escolar de Astoria 1C, Condado de Clatsop, Astoria, Oregon, no discrimina por motivos de raza, religión, color, origen nacional, discapacidad, estado civil, sexo, orientación sexual o edad en proveer educación o acceso a beneficios de servicios educativos, actividades, y programas en acuerdo con Título VI, Título VII, Título IX, y otros derechos civiles o cuestiones de discriminación; Sección 504 del Acta de Rehabilitación de 1973, versión modificada; el Acto de los Estadounidenses con Discapacidades; y los Actos de los Americanos con Discapacidades de 2008.

APELLIDO DEL ESTUDIANTE: _____ NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____

ESCUELA: Astor LCE AMS AHS

GRADO: _____

ASTORIA SCHOOL DISTRICT

FORMA DE REGISTRO ESTUDIANTIL-Permisos y Autorizaciones

He leído, entiendo y autorizo/doy permiso al Distrito Escolar de Astoria a (Por favor marque cada uno):

Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	De acuerdo con la ley federal y la póliza del distrito, divulgar la siguiente información de directorio limitado a través de los procedimientos adecuados y no sin la dirección administrativa: <ul style="list-style-type: none"> • Nombre del estudiante; • Fotografía del estudiante • Participación en deportes y actividades oficialmente reconocidos; • Peso y altura de los miembros del equipo atlético; • Premios recibidos; • La escuela o programa anterior más reciente al que asistió; • Nivel de grado
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Contactarlo por correo electrónico, teléfono celular, teléfono de trabajo y/o teléfono de su hogar a través del sistema de comunicación automatizado de nuestro distrito para notificarle la asistencia de estudiantes, eventos escolares y/o emergencias/actualizaciones relacionadas con la escuela.
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Usar fotografías de estudiantes o trabajos de estudiantes en anuarios, boletines informativos, sitios web y otras publicaciones relacionadas con la escuela. Entiendo que la información confidencial y personal no será divulgada ni publicada.
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Permitir a las agencias de medios externas (periódicos locales o estaciones de radio) que hayan sido permitidos cubrir un evento escolar o tomar fotos en la escuela o distrito para usar la foto y el nombre de mi hijo.
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Permitir que mi estudiante participe y sea transportado para excursiones locales dentro del condado de Clatsop caminando o en autobús. Siempre se enviará a casa un formulario detallado de "Permiso para Paseo" para la autorización de los padres antes de cualquier viaje que se extienda fuera del condado de Clatsop.
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Proporcionar a mi hijo acceso a Internet / computadora para proyectos y tareas escolares y crear un ID de usuario de Google del Distrito Escolar de Astoria y un correo electrónico que permita a mi hijo acceder a Google Apps for Education.
(SECUNDARIA SOLAMENTE)	El 'Every Student Succeeds Act' of 2016' requiere que los distritos escolares, a solicitud, los nombres, direcciones, y teléfonos de juniors (tercer año) y seniors (cuarto año) a los reclutadores militares, colegios, y universidades. Doy permiso al Distrito Escolar de Astoria de dar el nombre, dirección y número de teléfono de mi hijo a: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Reclutadores Militares <input type="checkbox"/> Reclutadores de Universidad
_____ (Iniciales)	Entiendo que en caso de emergencia cuando los padres o contactos de emergencia autorizados no puedan ser contactados, las autoridades escolares ejercerán su juicio profesional para buscar transporte/atención médica para mi estudiante si determinan que se necesita observación o tratamiento médico inmediato.

FIRMA DEL PADRE/RESPONSIBLE ADULTO (requerido) _____ **FECHA** _____

Para avisos anuales e información adicional sobre información de directorio, expedientes estudiantiles, reclutamiento militar y protección de derechos estudiantiles, por favor vea la Guía de Derechos y Responsabilidades del Estudiante del Distrito.

**Si marco "no" a cualquier de los permisos/autorizaciones anteriores, somete su solicitud detallada por escrito a la oficina de la escuela de su hijo. La falta de marcar la casilla en cualquier artículo dado, se interpretará como consentimiento.*