



Distrito Escolar de Saint Paul

Matriculación de alumnos 2021-2022 Formulario de inscripción

Por Favor Complete todas las secciones de los formularios de registro y regrese a la oficina - POR FAVOR IMPRIMA

Este formulario de registro es un documento legal. La información que proporcione debe ser precisa y completa.

| Información del estudiante | | | | | |
|--|--|---------------------------------|-------------------------------|---|-----------------------|
| Apellido legal: | | Primer nombre legal: | | Segundo nombre: Nombre Preferido Primero: | |
| Grado: | Género: Masculino x (no binario) Femenia | Fecha de nacimiento (m/d/aaaa): | | Ciudad natal: | Estado de nacimiento: |
| Dirección del domicilio (física, no PO BOX): | | Ciudad: | Estado: | Código postal: | Condado: |
| Dirección postal, si es diferente: | | Ciudad: | Estado: | Código postal: | Condado: |
| Número de teléfono del estudiante: | | Celular | | Casa | |
| Escuela Anterior | | | Último asistencia (mes / año) | | |
| | | | Ciudad: | Estado: | Grado: |

| Por favor responda ambos | | Raza y etnicidad | |
|---|--------------------------|---|--|
| ¿Es el estudiante hispano o latino? | | <i>Todas las personas de origen latino, hispano o español (declinado de un país de origen centro o sudamericano, mexicano, cubano, puertorriqueño, dominicano o de habla hispana, independientemente de su raza o idioma original) deben responder "Sí" a todas las personas respondiendo "sí" a esta primera pregunta se registrará como hispano / latino.</i> | |
| Sí | No | | |
| Raza: (Marcar to dos los que se aplican:) | <input type="checkbox"/> | Blanco (una persona que tiene su origen en cualquiera de los pueblos originarios de Europa, Medio Oriente o África del Norte) | |
| | <input type="checkbox"/> | Asiático (una persona que tiene su origen en cualquiera de los pueblos originarios del Lejano Oriente, el sureste de Asiak o el subsontinente indio). | |
| | <input type="checkbox"/> | Hawaiano Nativo o de otra Isla del Pacífico (una persona que tiene su origen en cualquiera de los pueblos originarios de Hawaii, Guam, Samoa u otras islas del Pacífico). | |
| | <input type="checkbox"/> | Negro de afroamericano (una persona que tiene su origen en cualquiera de los pueblos originarios de los grupos raciales negros de África). | |
| | <input type="checkbox"/> | Indigena estadounidense o nativo de Alaska (una persona que tiene su origen en cualquiera de los pueblos originarios de América del Norte, Central o del Sur, incluido México, que mantiene una afiliación tribal o un vínculo comunitario). | |

| TRANSPORTE ANTES Y DESPUÉS DE LA ESCUELA | | | | | |
|--|---------|---------|---------|-----------|------------------------------|
| Transporte de la mañana | Autobús | Caminar | Dejar | Guardería | (16 y mayores) manejar mismo |
| Transporte por la tarde | Autobús | Caminar | Recoger | Guardería | (16 y mayores) manejar mismo |

| Programas especiales | | | | | |
|--|----|----|--|----|----|
| ¿Está su hijo/a actualmente inscrito en un programa de Educación Especial? | Sí | No | ¿Es su hijo/a actualmente calificado para o tiene un plan 504? | Sí | No |
| ¿Los padres o tutores en los últimos 36 meses para trabajar o buscar trabajo en agricultura, pesca o procesamiento de alimentos relacionado? | | | | Sí | No |
| ¿Se el estudiante ha estado inscrito en programa talentosos y dotados? | | | | Sí | No |
| ¿El estudiante ha estado inscrito en un programa de idioma ingles "EL"? | | | | Sí | No |

| Título X: Programa McKinney-Vento | | |
|--|--|--------------------------|
| Programa Título X McKinney-Vento: este programa garantiza que los estudiantes, sin importar su situación de vivienda, tengan acceso a una educación pública. Los recursos del programa pueden incluir ayuda con el transporte, útiles escolares y otros servicios para asegurar que tenga éxito en la escuela. Por favor, marque las cajas que correspondan: | | |
| <input type="checkbox"/> | Se está quedando un motel, carro, campamento/vehículo recreacional(RV) hasta que pueda encontrar una vivienda accesible. | |
| <input type="checkbox"/> | Estás compartiendo la vivienda con otra familia debido a dificultades económicas. | |
| <input type="checkbox"/> | Se están moviendo de un lugar a otro, sin vivienda permanente. | <input type="checkbox"/> |
| | Estás viviendo en un refugio. | <input type="checkbox"/> |
| | Ninguna corresponde a mi situación | <input type="checkbox"/> |

| INFORMACIÓN MÉDICA DEL ESTUDIANTE Parte 1 | | |
|--|--------------------------|-----------------------------|
| La escuela debe ser notificado si su estudiante tiene una condición / enfermedad que tiene el potencial para presentar una emergencia que pone en peligro la vida. ¿Tiene su estudiante una condición médica que tiene el potencial de presentar una emergencia que pone en peligro la vida o una condición que puede necesitar un alojamiento especial? | | |
| En caso afirmativo, pídale a la secretaria de la escuela los formularios adicionales. | <input type="checkbox"/> | Sí <input type="checkbox"/> |
| ¿Necesitará su hijo medicamentos recetados o de venta libre administrados en la escuela? | <input type="checkbox"/> | Sí <input type="checkbox"/> |
| En caso afirmativo, pídale a la secretaria de la escuela los formularios adicionales. | <input type="checkbox"/> | Sí <input type="checkbox"/> |

INFORMACIÓN MÉDICA DEL ESTUDIANTE Parte 2

He leído la Política de medicamentos para estudiantes y entiendo que si mi estudiante necesita tomar algún medicamento durante el año escolar, debo traer personalmente el medicamento a la oficina y completar un formulario de medicamentos, incluso para medicamentos de venta libre (OTC). Entiendo que los estudiantes (grados 9-12) se les permite automedicarse con mi permiso (el padre), el director y el médico (para medicamentos recetados). Entiendo que la receta debe estar en su envase original con la etiqueta de la farmacia y tendré que completar y firmar un formulario de Autorización médica antes de que la escuela administre el medicamento.

Aceptar

Discrepar

CONTACTOS DE EMERGENCIA

Encaso de que no podamos contactar a un Padre/tutor por favor, liste las personas de confianza que están disponibles durante el día para proporcionar cuidado a su hijola.

| | | | |
|---|-------------------|-----------------------|--|
| Orden de llamada en caso de emergencia: | Apellido: | Nombre: | Relación: |
| 1° | Teléfono celular: | Teléfono del trabajo: | Habla inglés: Sí No no, lista idioma principal: |
| Orden de llamada en caso de emergencia: | Apellido: | Nombre: | Relación: |
| 2do | Teléfono celular: | Teléfono del trabajo: | Habla inglés: Sí No no, lista idioma principal: |

INFORMACIÓN SOBRE PERSONOS NO AUTORIZADA PARA HACER CONTACTO CON EL ESTUDIANTE O RECIBIR AL ESTUDIANTE

¿Existe un orden de restricción / corte actual para este estudiante? Sí No

Fecha de caducidad: _____ Inicial _____

* Si hay una orden de restricción / corte actual que limita el acceso de los padres a un padre sin custodia, debe presentar una copia de dicha orden antes de que la escuela pueda limitar el acceso de los padres al estudiante. He presentado una orden judicial / de restricción actual: Sí No

| | | | |
|---------|-----------|------------------------------|--------------------------|
| Nombre: | Relación: | ¿Orden de restricción? Sí No | ¿Mandato judicial? Sí No |
| Nombre: | Relación: | ¿Orden de restricción? Sí No | ¿Mandato judicial? Sí No |

HERMANOS QUE ASISTEN LA ESCUELA de SAN PABLO

| | | | |
|-----------|---------|--------|-------------|
| Apellido: | Nombre: | Grado: | la escuela: |
| Apellido: | Nombre: | Grado: | la escuela: |
| Apellido: | Nombre: | Grado: | la escuela: |

NOTIFICACIONES FEDERALES

Válido hasta que lo modifique el padre o tutor (comuníquese con la oficina de la escuela): si no se selecciona, se asumirá que Sí

Fotografías / Video Aula Virtual: la fotografía de mi estudiante puede aparecer o ser utilizada por equipos atléticos escolares, publicaciones escolares tales como anuarios, boletines, anuncios diarios, medios de comunicación como nuestro sitio web y el periódico. (Si la respuesta es no proporcione una declaración escrita a la escuela): Sí No

Nombre del estudiante: El nombre de mi estudiante puede aparecer o ser usado por equipos atléticos escolares, publicaciones escolares como anuarios, boletines informativos, anuncios diarios, medios de comunicación como nuestro sitio web y el periódico. (Si la respuesta es no proporcione una declaración escrita a la escuela): Sí No

Solo para la escuela secundaria: (el distrito está obligado por ley a revelar nombres, direcciones y números de teléfono de estudiantes secundarios a reclutadores del ejercito, colegio, universidades, a menos que los padres o estudiantes elegibles soliciten al retención del distrito).

El nombre / información de contacto de mi estudiante puede ser divulgado a los reclutadores del ejercito. Sí No

El nombre / información de contacto de mi estudiante puede ser divulgado a los reclutadores de universidades / entrenadores. Sí No

ACUERDO DE USO ACEPTABLE DE TELECOMUNICACIONES DE ESTUDIANTES

Para el estudiante:

Como usuario de la red de computadoras del Distrito Escolar San Pablo, he leído y acepto cumplir con las reglas establecidas. Entiendo las consecuencias por el acceso y / o uso incorrectos incluidos en el Manual del Estudiante de mi escuela. De acuerdo Discrepar

Para el padre:

Como padre o tutor de los estudiantes, he leído el Acuerdo de uso aceptable y los sitios de Internet se filtran y la información electrónica puede ser monitoreada. Entiendo que mis hijos pueden ser disciplinados por el uso inapropiado o inaceptable de la red de computadoras. Además, entiendo que el uso de la red de computadoras por parte de los estudiantes está diseñado para propósitos educativos. Entiendo que es imposible para las Escuelas de San Pablo filtrar o restringir el acceso a todos los materiales inapropiados. No responsabilizaré al Distrito Escolar de San Pablo por materiales inapropiados o inaceptables que mi hijo (a) pueda adquirir en el sistema de la red. De acuerdo Discrepar

PARTICIPACIÓN DEPORTIVA Y DE ACTIVIDADES (APÉNDICE B)

NOTA: Independientemente de si participa o no en los programas deportivos, se espera que los estudiantes cumplan con esta política para cualquiera y todas las actividades asociadas con las Escuelas de San Pablo. La Política completa de participación en actividades deportivas y se puede encontrar en el Manual del estudiante en el Apéndice B.

He leído la declaración de política que rige la participación de los estudiantes en actividades deportivas y actividades y me comprometo con esta política. De acuerdo Discrepar

ACUERDO DE CONSENTIMIENTO DEL MANUAL

Mi (s) estudiante (s) y yo hemos leído el Manual de Padres / Estudiantes. Estoy de acuerdo en que mi familia y yo acataremos las políticas descritas en el Manual del Estudiante tal como están escritas.

De acuerdo Discrepar

INSTRUCCION DE ENFERMEDAD INFECCIOSA

Los Estándares del Departamento de Educación de Oregon requieren que la escuela incorpore un plan de estudios apropiado para la edad sobre enfermedades infecciosas, incluido el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) (ARC) (VIH) y la Hepatitis B, como parte integral del plan de estudios de educación para la salud en los niveles de primarias, intermedias la secundaria. Cualquier padre puede solicitar que su (s) hijo (s) sea eximido de esa parte del programa de instrucción requerido por esta regla bajo los procedimientos establecidos en ORS 336.025 (2) y OAR 581-22-415.

- Sí, Mis hijos pueden participar en la unidad de enfermedades transmisibles y de transmisión sexual.
- NO, mi (s) hijo (s) no pueden participar en la unidad para de enfermedades de transmisión sexual.

POLÍTICA DE ALMUERZO (SÓLO GRADO 9-12) / SECCIÓN DE PERMISO

Mi (s) estudiante (s) y yo hemos leído la política de almuerzo y estamos de acuerdo en cumplir con las siguientes pautas de almuerzo:

- 1 No llegaré tarde o perderé el 5° periodo.
- 2 No permitiré que otro estudiante viaje conmigo y no lo haré con otro estudiante (a menos que sea mi hermano).
- 3 No iré a ningún otro destino que no sea mi propia casa.
- 4 Entiendo que las consecuencias de abusar de este privilegio pueden ir desde una detención o una suspensión dentro de la escuela hasta la pérdida del privilegio de salir de la escuela para el almuerzo.

Nombre del estudiante (por favor imprimir)

Grado

Firma del alumno

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE DE KINDERGARTEN SOLAMENTE

En el año anterior al jardín de infantes, ¿su hijo solía pasar 5 horas o más por semana en un clase preescolar o preescolar (como en una escuela, Head Start o centro de cuidado infantil)?

Sí No

Si es así, por favor dínos dónde: _____

La ley estatal exige que un niño menor 7 años de edad se somela a un examen dental antes de ingresar a la escuela por primera vez. (ORS 326.580)

¿Su hijo ya ha tenido un examen dental?

Sí No

Si es así, entonces fecha (MM / YY): _____

PARA NO PARTICUPAR EN EL REQUISITO DE EXAMEN DENTAL

Mi hijo no fue examinado debido a lo siguiente (marque todas las que correspondan y las iniciales):

Ya presentamos un formulario de certificación en una escuela anterior.

Inicial _____

El examen dental es contrario a las creencias religiosas de estudiantes o familias.

Inicial _____

El examen dental es una carga (consulte la definición a continuación).

Inicial _____

El examen dental es una carga para el estudiante o el padre o tutor del estudiante cuando:

- (A) El costo de obtener el examen dental es demasiado alto; o
- (B) El alumno no tiene acceso a un cribador; o
- (C) El estudiante no pudo obtener una cita con un cribador.

INFORMACIÓN DE CONTACTO PARA EL SISTEMA DE NOTIFICACIÓN DE DISTRITOS

Confirme su información de contacto a la que se enviarán nuestros mensajes de notificación del distrito.

Número de teléfono de casa para un correo de voz _____

Número de teléfono celular para un mensaje de texto _____

Dirección de correo electrónico para un mensaje enviado a su correo electrónico _____

REGLAS Y REGLAMENTOS DE VIAJE EN AUTOBÚS Todo el transporte incluye, rutas diarias, deportes, excursiones y actividades

Para su seguridad, se han establecido las siguientes reglas para viajar en el autobús escolar. Por favor Léalos cuidadosamente Se espera que usted siga estas reglas en todo momento. Los estudiantes también se rigen por la Responsabilidad y Derechos Políticas Estudiantiles del Distrito. Se recuerda que viajar en el autobús escolar es un privilegio; cualquier infracción de las reglas puede resultar en la suspensión de los privilegios de montar el autobús. Gracias por su cooperación

1. Los estudiantes transportados están bajo la autoridad del conductor del autobús.
2. Pelear, luchar o actividad bulliciosa está prohibida en el autobús.
3. Los estudiantes usarán la puerta de emergencia sólo en caso de emergencia
4. Los estudiantes estarán a tiempo para el autobús, tanto mañana y tarde.
5. Los estudiantes no podrán llevar animales, armas de fuego, armas o material potencialmente peligroso en el autobús.
6. Los estudiantes deben permanecer sentados mientras el autobús está en movimiento.
7. Los estudiantes pueden ser asignados asientos por el conductor del autobús.
8. Cuando sea necesario para cruzar la calle, los estudiantes se cruzan delante del autobús o como instruido por el conductor del autobús.
9. Los estudiantes no extenderán sus manos, brazos o cabezas por las ventanas del autobús.
10. Los estudiantes deben tener permiso por escrito para salir del autobús excepto en el hogar o la escuela.
11. Los estudiantes conversará en tonos normales; lenguaje fuerte o vulgar está prohibida.
12. Los estudiantes no podrán abrir o cerrar las ventanas sin permiso del conductor.
13. Los estudiantes mantendrán el autobús limpio y deberán abstenerse de dañarlo.
14. Los estudiantes deben ser cortés con el conductor, a sus compañeros estudiantes y transeúntes.
15. Los estudiantes que se niegan a obedecer las indicaciones del conductor del autobús con prontitud o negarse a obedecer las regulaciones pueden perder, su privilegio de viajar en el autobús.
16. Comer comida, masticar chicle o bebidas que no sean agua no están permitidos. Coloque toda la basura en el bote de basura..

Iniciales del estudiante _____

Fecha _____

Iniciales de los padres _____

Fecha _____

PERMISOS DE PADRES / TUTORES

Las leyes federales y las políticas de la junta escolar protegen la privacidad de los registros educativos del estudiante y definen y brindan a los padres ciertos derechos o permisos con respecto a los registros de sus hijos. A continuación se muestran los permisos definidos:

- Contacto permitido:** Este adulto puede tener contacto con el niño.
- Derechos educativos:** Tiene derechos legales para acceder a los registros educativos (calificaciones, asistencia, comportamiento, etc.) Para obtener más información, consulte la política del estudiante JO / IGBAB..
- Tiene custodia** Adulto que tiene la custodia legal de este alumno.
- Correos permitidos:** El correo físico en papel se puede enviar a este hogar, si se permiten los Derechos Educativos, ej. Las boletas de calificaciones.
- Liberar a:** El Distrito / Escuela puede entregar al niño a este adulto.

De conformidad con las disposiciones de ORS 107.154, cualquiera de los padres puede solicitar los registros escolares poniéndose en contacto con la escuela.

¿Hay custodia conjunta de este estudiante? Sí No

INFORMACIÓN DEL PADRE / TUTOR

| | | | | | | | |
|--|------------|---------------------------------------|---|---|-----------------------|--------------------------|----------------------|
| Madre Tutor | Padre Otro | Madrastra Si es otro, lista relación: | Padrastro | Orden de llamada en caso de emergencia: PRIMERO | | | |
| Apellido: | | | | Nombre: | | | |
| Si la dirección es diferente a la del estudiante, marque aquí para recibir copias de la correspondencia. | | | Dirección, Ciudad, Estado, Código Postal: | | | | |
| Vive con el estudiante? Sí No | | Contacto permitido? Sí No | | ¿Derechos educativos? Sí No | | Tiene custodia? Sí No | ¿Liberar a? Sí No |
| Habla inglés Sí No | | Si no, indique el idioma principal: | | | | | |
| ¿Le gustaría recibir anuncios / boletines informativos diarios / semanales? Sí No Dirección de correo electrónico si Sí: | | | | | | | |
| El numero de orden del llamada 1 se utilizará para todas las comunicaciones y se considerará su teléfono principal. | | | | | | | |
| Número de Telefono: | | Casa | Célular | Orden de llamada: PRIMERA | | | |
| Número de Telefono: | | Casa | Célular | Orden de llamada: SEGUNDO | | | |
| Dirección de correo electrónico: | | | Empleador: | | Teléfono del trabajo: | | |

INFORMACIÓN DEL PADRE / TUTOR

| | | | | | | | |
|--|------------|---------------------------------------|---|---|-----------------------|--------------------------|----------------------|
| Madre Tutor | Padre Otro | Madrastra Si es otro, lista relación: | Padrastro | Orden de llamada en caso de emergencia: SEGUNDO | | | |
| Apellido: | | | | Nombre: | | | |
| Si la dirección es diferente a la del estudiante, marque aquí para recibir copias de la correspondencia. | | | Dirección, Ciudad, Estado, Código Postal: | | | | |
| Vive con el estudiante? Sí No | | Contacto permitido? Sí No | | ¿Derechos educativos? Sí No | | Tiene custodia? Sí No | ¿Liberar a? Sí No |
| Habla inglés Sí No | | Si no, indique el idioma principal: | | | | | |
| ¿Le gustaría recibir anuncios / boletines informativos diarios / semanales? Sí No Dirección de correo electrónico si Sí: | | | | | | | |
| El numero de orden del llamada 1 se utilizará para todas las comunicaciones y se considerará su teléfono principal. | | | | | | | |
| Número de Telefono: | | Casa | Célular | Orden de llamada: PRIMERA | | | |
| Número de Telefono: | | Casa | Célular | Orden de llamada: SEGUNDO | | | |
| Dirección de correo electrónico: | | | Empleador: | | Teléfono del trabajo: | | |

INFORMACIÓN DEL PADRE / TUTOR

| | | | | | | | |
|--|------------|---------------------------------------|---|---|-----------------------|--------------------------|----------------------|
| Madre Tutor | Padre Otro | Madrastra Si es otro, lista relación: | Padrastro | Orden de llamada en caso de emergencia: TERCERO | | | |
| Apellido: | | | | Nombre: | | | |
| Si la dirección es diferente a la del estudiante, marque aquí para recibir copias de la correspondencia. | | | Dirección, Ciudad, Estado, Código Postal: | | | | |
| Vive con el estudiante? Sí No | | Contacto permitido? Sí No | | ¿Derechos educativos? Sí No | | Tiene custodia? Sí No | ¿Liberar a? Sí No |
| Habla inglés Sí No | | Si no, indique el idioma principal: | | | | | |
| ¿Le gustaría recibir anuncios / boletines informativos diarios / semanales? Sí No Dirección de correo electrónico si Sí: | | | | | | | |
| El numero de orden del llamada 1 se utilizará para todas las comunicaciones y se considerará su teléfono principal. | | | | | | | |
| Número de Telefono: | | Casa | Célular | Orden de llamada: PRIMERA | | | |
| Número de Telefono: | | Casa | Célular | Orden de llamada: SEGUNDO | | | |
| Dirección de correo electrónico: | | | Empleador: | | Teléfono del trabajo: | | |

Entiendo que la información de contacto proporcionada anteriormente se utilizará para la comunicación entre el hogar y la escuela y no se compartirá. Estoy de acuerdo en notificar a la escuela de mi estudiante cualquier cambio en la información de contacto que he proporcionado. Inicial

REGISTRO DE INSCRIPCIÓN

| | |
|---|-----------------------------|
| Nombre de la persona que está matriculando al estudiante (Por favor escriba el nombre): | Relación con el estudiante: |
|---|-----------------------------|

Razón para inscribirse en el distrito escolar de St. Paul:

- Empleo
- Preferencia escolar y / o comunitaria
- Otro: _____

Yo, los abajo firmantes, autorizo a los funcionarios del Distrito Escolar de San Pablo a contactar directamente a las personas nombradas en este formulario, y autorizo al personal de emergencias o médico a brindar el tratamiento que se considere necesario en una emergencia, por la salud de dicho niño.

En caso de que no se pueda contactar a los padres / tutores u otras personas nombradas en este formulario, se autoriza a los funcionarios de la escuela a tomar las medidas que se consideren necesarias, a su juicio, por la salud del niño mencionado anteriormente.

No responsabilizaré financieramente al distrito escolar por la atención de emergencia y / o el transporte de dicho niño.

Certifico con mi firma a continuación que toda la información proporcionada en estas páginas es verdadera y precisa a mi leal saber y entender. Además certifico firmando a continuación que estoy de acuerdo y cumpliré con todas las políticas y procedimientos enumerados anteriormente, en las páginas del Paquete de inscripción del estudiante y en el Manual del estudiante.

Firma del padre / tutor

Fecha

Nombre del padre (en letra de imprenta)

Nombre del estudiante (por favor imprima)

Grado

Firma del alumno

Declaración de no discriminación:

La política de la Junta de Educación y el Distrito Escolar del Distrito Escolar de San Pablo es que no habrá discriminación ni acoso por ningún motivo protegido por la ley, incluyendo pero no limitado a, raza, el color, el género, el estado civil percibido o real del individuo, estado, religión, orientación sexual, origen nacional o étnico, edad, discapacidad mental o física, embarazo, estado familiar, estado económico o estado de veterano, incluidos, entre otros, programas educativos, actividades o empleo. Las personas que tengan preguntas sobre igualdad de oportunidades y no discriminación deben comunicarse con el Superintendente / Coordinador del Título IX y las personas que tengan preguntas sobre necesidades especiales deben comunicarse con el Director de Programas Especiales / Coordinador de la Sección 504 en la Oficina del Distrito Escolar de St. Paul, 20449 Main Street NE, St. Paul, Oregon 97137, teléfono (503) 633-2541.