

FORMA DE REGISTRO
Distrito Escolar de Sisters



Información del estudiante:

Apellido _____ Nombre _____ Medio _____ Grado _____

Dirección de domicilio y # de teléfono _____

Nombre Preferido _____ Genero _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ Edad _____

Alguna condición medica? _____

Cuidad de nacimiento/Estado _____ Última escuela de atendió _____

El estudiante ha atendido escuela en el distrito escolar de Sisters? SI/NO Si la respuesta es si, cuando? _____

Pertenencia étnica (marque uno) Hispano/Latino No Hispano/Latino

Raza - (marque los que aplican)

Negro/Americano Africano	Asiano
Indio Americano/Nativo de Alaska	
Hawaiano/Isleño Pacífico	Blanco

Madre/Guardián de Estudiante:

Apellido _____ Nombre _____ Relación _____

Domicilio _____ Teléfono _____

Domicilio Postal _____ Correo Electrónico _____

Cuidad _____ Estado _____ Código Postal _____ Celular _____

Ocupación _____ Empleador _____ Teléfono _____

Por favor marque lo que corresponda a la persona que esta inscrita en cuanto a su relación con el estudiante:
____Permiso de levantar ____Tiene custodia legal ____Vive con este Padre ____Recibe correo

Padre/Guardián de Estudiante:

Apellido _____ Nombre _____ Relación _____

Domicilio _____ Teléfono _____

Domicilio Postal _____ Correo Electrónico _____

Cuidad _____ Estado _____ Código Postal _____ Celular _____

Ocupación _____ Empleador _____ Teléfono (____) _____

Por favor marque lo que corresponda a la persona que esta inscrita en cuanto a su relación con el estudiante:
____Permiso de levantar ____Tiene custodia legal ____Vive con este Padre ____Recibe correo

Contactos de Emergencia (aparte de los padres/guardianes):

Nombre _____ Relación _____ Teléfono _____ Permiso de levantar _____

Nombre _____ Relación _____ Teléfono _____ Permiso de levantar _____

Doctor _____ Teléfono _____ Cuidad _____

Fecha de Inscripción _____ Código de Inscripción _____ Numero del Estudiante _____

Distrito Escolar de Sisters
Información de Familia/Estudiante



Nombre del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Apodo: _____

Vive con: Padres Madre Padre Tutor Otro

Estado de Padres/Tutor: Soltero Casado Divorciado Separado Viuda Viudo

Por favor escriba los nombres y edades de otras personas que viven en el hogar:

NOMBRE	EDAD	RELACION

Información para los padres que trabajan:

Yo trabajo y mis niños son cuidados por:

Nombre de Niñera	Domicilio	# de Teléfono
------------------	-----------	---------------

Mi niño/a(s) será transportado a y desde la escuela a través de:

☐ Dejado y recogido por padre/madre/niñera

☐ Autobus ☐ Camina ****Por favor de avisar a la escuela inmediatamente si la situación cambia!*****

Información Legal

☐ Orden de Restricción ☐ Circunstancias Especiales (Lea detalles debajo)

?Hay enfermedades, accidentes, miedos o acontecimientos en su vida que debemos conocer?

Información Medica

Does your child have any physical disabilities that limit participation in physical activities or Physical Education (P.E.)? If so, please explain:

Díganos un poco acerca de su hijo/a

Nombre del estudiante _____ edad _____

Mi hijo/a disfruta de estas actividades: (deportes, pasatiempos, intereses, actividades)

¿Qué fortalezas, talentos, habilidades particulares tiene su hijo? (académico, atlético, música, otros)

¿Hay desafíos de aprendizaje o físicos desafíos físicos que su hijo/a tenga?

¿Hay alguna otra información acerca de su hijo/a que desea compartir?

Distrito Escolar de Sisters #6
ESCUELA SECUNDARIA DE SISTERS

Información Confidencial

Fecha: _____

Yo, el padre, el guarda, o el sustituto de _____, del grado _____
entiendo que con el fin de planear el programa educativo más adecuado para mi hijo, un
conocimiento de los servicios especiales es esencial *(no dude en escribir información en el
reverso de esta forma si no hay suficiente espacio proporcionado)*.

A lo mejor de mis conocimientos, mi hijo es o no es en la necesidad de los siguientes servicios:

	Sí	No
1. Educación Especial		
a) Audiencia	_____	_____
b) Alocución	_____	_____
c) Evaluación para Servicios Especiales	_____	_____
d) PEI presente y activo	_____	_____
e) Servicios de Principiante de Lengua inglés	_____	_____
2. Asistencia extra en sus clases académicas	_____	_____
3. Hay un plan de conducta	_____	_____
4. Talentoso y dotado	_____	_____
5. ¿Usted habla otro idioma además de Inglés en su hogar?	_____	_____

6. ¿Medicaciones y que tipos? _____

7. ¿Tiene algunos problemas especiales con su salud?

8. ¿Necesita su hijo servicios especiales presentemente? ¿Si es si, que tipo de servicios?

9. ¿Ha recibido su niño algún servicio especial en la escuela durante los dos años pasados?
¿Qué servicios específicos?

Si es si en cualquiera de los servicios arriba, por favor especifique:



Estado de Oregón - Encuesta De Idiomas En Casa

Este documento se da cuando un estudiante entra al distrito escolar por primera vez.

El estado de Oregón respeta todos los idiomas y culturas de nuestros habitantes, y respeta todos los idiomas/ en nuestras escuelas. Fomentamos la revitalización de las lenguas indígenas y el multilingüismo.

Este documento es para entender si su estudiante califica para recibir apoyos adicionales para aprender el idioma inglés.

Nombre de su estudiante: _____ Grado: _____ Fecha: _____

Nombre de padre, madre, o guardián: _____

Firma de padre, madre, o guardián: _____

Información	Preguntas
La información en esta sección ayudará a la escuela a determinar si su estudiante necesita instrucción adicional en el idioma inglés.	1. ¿Qué idioma(s) se usa principalmente en su casa? _____ 2. ¿Cuál fue el primer idioma(s) que aprendió su estudiante? _____ 3. ¿Qué idioma(s) usa con más frecuencia su estudiante en casa? _____
Su respuesta a esta pregunta informará a la escuela si usted necesita un intérprete o documentos traducidos. Esto no tiene costo. <i>Esta sección es informativa y no se utiliza para identificar si su estudiante necesita apoyo para aprender el idioma inglés.</i>	¿En qué idioma(s) prefiere que la escuela se comunique con usted? _____



Cuestionario de Residencia del Estudiante

Nombre del Estudiante: _____

Date: _____

Nombre de la Escuela: _____

Grado: _____

Cumpleaños: _____

La respuesta a esta ayuda de información de implantación determina los servicios el estudiante tal vez elegible para recibir. Este cuestionario es conforme al Acto de McKinney-Vento Act 42 U.S.C. 11435

1. ¿Su dirección corriente temporal? Yes ☐ No ☐

2. ¿Este arreglo temporal es debido a la pérdida de domicilio o privación económica? Yes ☐ No ☐

Si usted contesto SÍ a las susodichas preguntas, por favor complete el resto de esta forma.

Si usted contesto NO, usted puede pararse aquí.

¿Dónde vive el estudiante presentemente? (compruebe una caja)

☐ En un motel

☐ en un refugio

☐ Con mas de una familia en la casa or apartamento

☐ Mudandose de un lugar a otro

☐ En un lugar no diseñado para acomodaciones durmiente ordinario como un coche, parque, o acampando

☐ Un programa domicial transicional

☐ Un vehiculo Recreacional para acampar

Nombre de los Padres/Guardianes legales: _____

Direccion Domicial: _____

Codigo: _____

Telefono: _____

Que asistencia necesita el Estudiante:

☐ Transportacion

☐ Ropa

☐ Programas despues de la escuela

☐ Provisiones Escolares

☐ Productos de Higiene

☐ Ayuda con Tarea

☐ Dental/Medico

Firma de los padres/Guardianes _____

Fecha: _____

Please send a copy to the McKinney-Vento Liaison at the Central Office.

School Contact Person: _____

Phone: _____



PREOCUPACIONES DE SALUD DE LOS ESTUDIANTES DEL DISTRITO ESCOLAR SISTERS

Re: _____ / ____ / ____
(nombre del estudiante/grado) (fecha de nacimiento)

Tutor: _____ Número de teléfono durante el día: _____

IMPRIMIR

Mi niño/a no tiene alguna preocupación médica actual _____
(firma)

Mi hijo/a tiene las siguientes inquietudes médicas (marque todas las que correspondan)

- ☐ TDA/TDAH
- ☐ Asma
- ☐ Trastorno hemorrágico (especificar) _____
- ☐ Condición cardíaca (especificar) _____
- ☐ Diabetes Tipo 1 _____ Tipo 2 _____
- ☐ Trastorno alimentario (especificar) _____
- ☐ Problema de ojos/oídos (especificar) _____
- ☐ Alergias alimentarias (especificar) _____
- ☐ Alergia a insectos (especificar) _____
- ☐ Alergia a medicamentos (especificar) _____
- ☐ Problema muscular/óseo/articular (especificar) _____
- ☐ Dolores de cabeza recurrentes _____
- ☐ Alergias estacionales/ambientales _____
- ☐ Convulsiones (especifique de qué tipo) _____
- ☐ Cirugía (especificar e indicar fecha) _____
- ☐ Otra especificar) _____

Notas de la enfermera

- ☐ Mi hijo/a está tomando medicamentos en casa (recetados, de venta libre, diarios o según sea necesario) (especifique): _____

- ☐ Mi hijo/a necesitará medicamentos durante el horario escolar: Inhalador/Epi-Pen/Otro (especifique): _____

(Los estudiantes que requieran un Epi-Pen traerán la dosis a la oficina y tendrán un protocolo de emergencia en el archivo)

Si su hijo/a tiene una inquietud médica, la enfermera se comunicará con usted para obtener más información y planificar el próximo año escolar. +++Si se produce algún cambio o se diagnostica una nueva condición durante el año escolar, yo, el padre/tutor, notificaré a la enfermera de la escuela sobre el nuevo estado proporcionando un nuevo formulario de inquietudes de salud del estudiante. Los viajes de una noche pueden requerir formularios adicionales.

Proveedor de seguros _____

En el caso de una emergencia, yo dox / no dox permiso para que mi hijo/a sea transportado al centro más cercano y para que su personal brinde el tratamiento necesario hasta que yo llegue.

Firma del Padre / Tutor: _____ Fecha: _____

Divulgación de información confidencial: para la seguridad y el bienestar de su hijo/a mientras está en la escuela y en excursiones, puede ser beneficioso que el personal escolar apropiado esté informado de cualquier condición médica incluida en este formulario de autorización médica. Tenga la seguridad de que el personal mantendrá esta información confidencial. Si no desea que se comparta la información médica, indíquelo a la escuela por escrito en este formulario.

Distrito Escolar de las Sisters



Notificación para los padres

Por ley, si los padres están legalmente separados o divorciados, cada padre tiene los mismos derechos a la custodia del niño/a o los niño/as A MENOS QUE uno de los padres tenga una orden judicial que indique cuál de los padres tiene la custodia del niño/a o los niño/as.

LA ESCUELA DEBE TENER UNA COPIA DE LA ORDEN JUDICIAL EN EL ARCHIVO. De lo contrario, ya sea el padre o la madre puede sacar al niño/a de la escuela con la identificación apropiada.

Si un padre llega con una orden judicial que establece la custodia actual del padre que inscribe, puede llevarse al niño/a o niño/as después de que se verifiquen los documentos, según sea necesario, y después de que se haya hecho todo lo posible para comunicarse con el padre que inscribe por teléfono.

He leído la declaración anterior de la ley.

El nombre del estudiante

Escriba el nombre del padre/tutor

Firma del padre / tutor

FECHA

OREGON TITLE 1C MIGRANT EDUCATION PROGRAM

The Title 1C Program offers services to children and families who have moved within the last **three** years to look for temporary or seasonal work in **agriculture, forestry, nurseries, ranch work and dairy work.**

Have you or your family moved within the past three years with the purpose of obtaining work in the activities listed above? YES/NO

If you responded "YES" please complete the following form and we will provide you with information on the 1C Program:

Date: _____ Name of School(s): _____

Name of Mother/Father: _____

Names of Children: _____

Address: _____ Telephone: _____

PROGRAMA DE EDUCACIÓN MIGRANTE TÍTULO 1C OREGON

El Programa de Título 1C ofrece servicios a los niños y familias que se han mudado durante los últimos **tres** años para buscar trabajo temporal o estacional en **agricultura, trabajo forestal, viveros, ranchos y lecherías.**

¿Se ha mudado usted o sus hijos durante los últimos tres años con el propósito de trabajar en las actividades nombradas arriba? SÍ/NO

Si ha contestado "SÍ" por favor complete el siguiente formulario y nosotros le proporcionaremos información del Programa 1C:

Fecha de hoy: _____ Nombre de escuela(s): _____

Nombre de madre/padre: _____

Nombre de niños(as): _____

Domicilio: _____ Teléfono: _____

TITLE 1C STAFF WILL VISIT SCHOOLS FREQUENTLY TO PICK UP ALL COMPLETED SURVEYS. PLEASE DO NOT PLACE SURVEYS IN CUM FILES

Formulario de permiso
de los padres del
Distrito Escolar de
Sisters



Nombre del estudiante (apellido, nombre) _____

Calificación _____

Acuerdo de uso de Internet

Mi hijo/a entiende que debe tener permiso del personal para usar Internet. Además, entiende que TODAS las siguientes acciones en Internet están prohibidas.

- Comprobación de correo electrónico personal
- Enviar o mostrar mensajes o imágenes ofensivos
- Usar lenguaje obsceno
- Acosar, insultar o atacar verbalmente a otros en línea
- Dañar computadoras, sistemas informáticos o redes informáticas
- Usar la contraseña de otra persona para acceder a sitios o enviar correos electrónicos
- Traspasar las carpetas, el trabajo o los archivos de otra persona
- Visitar o participar en salas de chat
- Descarga de archivos de cualquier tipo sin supervisión directa del personal
- Jugar juegos de computadora sin permiso
- Impresión para uso personal

Un estudiante que participe en cualquiera de las acciones enumeradas anteriormente estará sujeto a medidas disciplinarias, que pueden incluir la prohibición del uso de las computadoras de la escuela.

Revisión del manual

Al firmar, NOSOTROS significamos, como estudiante Y como padres/tutores, que hemos leído el Manual y entendemos la información que contiene y entendemos la política de uso aceptable de la tecnología del distrito escolar.

Equipo de tecnología

Entiendo que si mi hijo/a usa cualquier equipo tecnológico para uso escolar, seré responsable de los daños ocasionados durante dicho uso.

Uso de imágenes de estudiantes

Doy mi permiso para que la fotografía o el video de mi estudiante se usen con fines escolares (como el Anuario) o para funciones publicitarias.

___ Si tengo mis iniciales aquí, NO doy permiso al Distrito Escolar Sisters y sus agentes para usar imágenes de sonido, video o fotografías de mi hijo/a para comunicados de prensa, folletos promocionales u otras producciones relacionadas con la escuela, eventos deportivos o actividades.

Comunicaciones escolares

Entiendo que todas las comunicaciones escolares se transmitirán electrónicamente a través de Internet. Sin embargo, también entiendo que si *no tengo capacidad de acceso a internet* para obtener dicha información, entonces las publicaciones estarán disponibles para mí si las solicito. Doy permiso para que Sisters School District utilice mi dirección de correo electrónico actual para notificaciones escolares.

Mi dirección de correo electrónico es (escriba claramente) _____

Firma de los padres

Fecha

Firma del estudiante

Fecha

Escuela Secundaria de Sisters
Permiso de liberar archivos de estudiantes

Nombre de la escuela anterior_____

Dirección_____

Ciudad_____Estado_____Codigo_____

Telefono_____Fax_____

PORFAVOR ENVIE LOS ARCHIVOS A: SISTERS SECUNDARIA SCHOOL

15200 McKenzie Hwy

SISTERS, OR 97759

Phone (541) 549-2099 Fax (541) 549-2098

Attn: Mary Lesowske

PLEASE, SEND RECORDS FOR:

Nombre del Estudiante	Grado	Cumpleaños
Nombre del Estudiante	Grado	Cumpleaños
Nombre del Estudiante	Grado	Cumpleaños

***** USO PARA LA OFICINA*****

_____Cumulative Folder

_____Immunization, Physical & Medical Records

_____Report Cards/Transcripts/Grades @ Exit Date

_____Special Education Records

_____TAG Records

_____Discipline & Behavior Records

(ORS 336.214 quedará modificado como sigue: Cualquier escuela o institución educativa podrá transferir sin pena a cualquier otra escuela o institución educativa todos los registros de progreso de estudiante relativos a un individuo en particular, siempre que han recibido notificación del alumno matricularse en la escuela o institución.)

Me queda autorizar y solicitar que todos los registros relativos a los alumnos con nombre anteriores transmitida para el distrito escolar de Sisters. Se entiende que esta información se utilizará para desarrollar el programa de formación más adecuado para mi hijo. Además, se entiende que los registros se mantienen y se utilizará de conformidad con las leyes del Estado de Oregon y los derechos de educación de familia Federal y Ley de privacidad de 1974. Yo he sido notificado de mi derecho a recibir una copia de los registros, a revisar los registros y a tener una audiencia para quitar o corregir cualquier información que es inexacta, engañosa o de lo contrario viola el derecho a la privacidad u otros derechos del estudiante.

Firma del padre o tutor

Fecha

FORMULARIO DE RESPUESTA RÁPIDA

Fecha ___/___/___

El estudiante nombrado a continuación se está inscribiendo en Sisters Escuela _____.
Estamos enviando una solicitud de registros escolares a su escuela, pero antes de permitir que el estudiante comience a asistir a clases, nos gustaría que responda las siguientes preguntas. Si prefiere que nuestra escuela se comuniqué con usted por teléfono, complete la parte inferior de esta hoja y un administrador lo llamará.

Nombre de estudiante: _____

Fecha de nacimiento: ___/___/_____

Transferencia desde: _____

Por favor, conteste a las siguientes preguntas:

- 1) Fecha de retiro ___/___/___
- 2) ¿Ha sido este estudiante alguna vez recomendado o expulsado de la escuela? En caso afirmativo, proporcione las fechas de expulsión y las razones o adjunte un informe de expulsión.
- 3) ¿Ha sido este estudiante alguna vez suspendido por algo que no sea problemas menores de conducta? En caso afirmativo, explique los motivos de la suspensión y la duración de la suspensión o adjunte un informe de suspensión.
- 4) ¿Cómo caracterizaría la asistencia de este estudiante? Si es problemático, incluya el número de días de ausencia por trimestre, trimestre o semestre o adjunte un informe de asistencia.

Nombre/Título de la persona que completa este formulario: _____

Teléfono de contacto: ___/___/___ Correo electrónico de contacto: _____

Envíe sus respuestas por fax o escanee y envíelas por correo electrónico a:

Escuela secundaria de Sisters
Susie Seaney, Registradora
Número de fax: 541.549.4051
Correo electrónico:
susie.seaney@ssd6.org

Escuela intermedia Sisters
Jessica Porter, Registradora
Número de fax: 541.549.2098
Correo electrónico:
jessica.porter@ssd6.org

Escuela primaria Sisters
Carlene Turpen, Registradora
Número de fax: 541.549.2093
Correo electrónico:
carlene.turpen@ssd6.org