

Los estudiantes de Kínder deberán tener 5 años de edad, y los Estudiantes de Preescolar deberán tener la edad de 4 años para el 15 de septiembre del presente año para inscribirse en nuestro Distrito Escolar.

Los siguientes documentos son **requeridos** por Weld County School District Re-3J para inscribir a su niño o niños:

IDENTIFICACION FOTOGRAFICA DEL PADRE/TUTOR LEGAL.

Se acepta la licencia de manejar u otra identificación con foto.

- El padre biológico, adoptivo o padre adoptivo.
- Los tutores legales deberán tener las formas de tutela apropiada, firmada y notariada o una copia de autorización de la corte.
- Se requiere la documentación de la custodia, si se aplica.

DOCUMENTACION DE LA FECHA DE NACIMIENTO DEL NINO

Favor de traer UNA de las siguientes pruebas emitidas por el gobierno:

- Certificado de Nacimiento (tamaño completo del certificado, enseñando el nombre de los padres al igual que el del niño es preferido)
- Pasaporte válido para Estudiantes de Intercambio

PRUEBA DE RESIDENCIA-para estudiantes dentro del distrito

Para inscribir al estudiante o estudiantes, los padres o tutores legales del estudiante o estudiantes deberán ser residentes de asistencia de Weld County Re-3J

- Si es dueño de su propia casa**, favor de traer **UNO de los siguientes** (solamente los originales serán aceptados):
 - Contrato de compra con la fecha de posesión o la fecha de cierre de no más de 90 días
 - Factura de Utilidades Actual (Ej: energía, agua, cable, basura) o estado de cuenta hipotecario – su nombre y dirección deberá estar claramente marcados (ambas partes de la factura son requeridas, la dirección y servicio deberán coincidir con la dirección de correo) – ultimo o presente mes; **no** se aceptan avisos de desconexión
- Si usted renta**, favor de traer **UNO de los siguientes** (se aceptan únicamente los originales):
 - Actual Contrato de Arrendamiento o Renta Firmado
 - Contrato de arrendamiento con fecha de posesión de no más de 60 días
 - Factura actual de utilidades (EJ: energía, agua, cable, basura) -- su nombre y dirección deberán estar claramente marcados (ambas partes de la factura son requeridas, la dirección y servicio deberán coincidir con la dirección de correo) – ultimo o presente mes; **no** se aceptan avisos de desconexión
- Si está viviendo con otra familia – TODO lo siguiente es requerido:**
 - Una carta del propietario indicando su situación de vivienda actual
 - Prueba actual de donde reside y la dirección (Ej: estado de cuenta bancaria, Nuevo recibo de licencia de conducir de Colorado, formulario de cambio de dirección del Servicio Postal de EE.UU, facturas recibidas incluyendo teléfono celular etc. con su nombre y dirección claramente indicado)

REGISTROS DE INMUNIZACION – Requerido por la ley del estado (vea los Requisitos de Inmunización)

SOLICITUD DE INSCRIPCION ABIERTA DENTRO DEL DISTRITO

- Imprima la “SOLICITUD DE INSCRIPCION ABIERTA dentro del distrito” del website del distrito (www.re3j.com) o usted podrá levantar la forma de SOLICITUD DE INSCRIPCION ABIERTA” de cualquier escuela en el Distrito
- Después de completar y firmar la forma y entregarla a la oficina principal de la escuela a la que usted desea que su estudiante asista
- La forma de Solicitud de Inscripción Abierta será aprobada por el Director y enviada a la Oficina del Distrito para ser aprobada
- La solicitud de Inscripción Abierta para Preescolar deberá ser aprobada por el Director o Directora en la oficina del Distrito

REQUISITOS DE INSCRIPCIONES FUERA DEL DISTRITO

- Imprima la “Solicitud Inicial” del website del distrito (www.re3j.com) o usted puede levantar una forma de “Solicitud Inicial” de cualquier escuela del Distrito
- Después de completar y firmar la forma y entregarla a la oficina principal de la escuela a la que usted desee que su estudiante asista con la documentación requerida que está en la lista de la pagina de Solicitud Inicial
- La forma de solicitud inicial será aprobada por el Director y enviada a la Oficina del Distrito para ser aprobada

INFORMACION DE LA ESCUELA A LA QUE ASISTIO ANTERIORMENTE

- Nombre, dirección, teléfono número de fax de la escuela previa
- Formulario de retiro con las calificaciones actuales de la escuela anterior
- La más reciente tarjeta de calificaciones
- Transcripción de estudiantes que entran a las escuelas secundaria y preparatoria
- Expediente de asistencia y reporte de comportamiento
- Ubicación a ESL (inglés como segunda idioma)
- Información del IEP o 504, si se aplica

ESTA PÁGINA SE HA
DEJADO EN BLANCO
INTENCIONALMENTE

Nueva Forma de Inscripción Estudiantil 2017 – 2018

Nombre Legal de Estudiante			Staff Int. <input type="checkbox"/> Binder <input type="checkbox"/>
Apellido:	Primer Nombre:	Segundo Nombre:	
Fecha de Nacimiento:	Genero: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Grado:	
Teléfono Celular del Estudiante:			
El estudiante vive con: Favor de marcar			
El estudiante vive con: <input type="checkbox"/> Ambos Padres <input type="checkbox"/> Solamente con la Madre <input type="checkbox"/> Solamente con el Padre <input type="checkbox"/> Madre/Padrastro <input type="checkbox"/> Padre/Madrastra <input type="checkbox"/> Tutor Legal <input type="checkbox"/> Padres Adoptivos <input type="checkbox"/> Parientes _____ <input type="checkbox"/> Otro _____		Aviso: Tiene documentos aplicables y legales tales como los papeles de la custodia? Una copia deberá ser proporcionada a la escuela. <input type="checkbox"/> Si Con quien le gustaría que nos pusiéramos en contacto: Nombre: _____ <input type="checkbox"/> Mama/Papa <input type="checkbox"/> Madrastra/papa <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Padre Adoptivo	
Información de Contacto en Caso de Emergencia			
<i>(En caso de que los padres/tutor legal no pueda ser contactado, el estudiante será entregado únicamente a la persona indicada a continuación.)</i>			
Nombre:		Relación con el Estudiante:	
Teléfono de Casa:	Teléfono del Empleo:	Teléfono Celular:	
Nombre:		Relación con el Estudiante:	
Teléfono de Casa:	Teléfono del Empleo:	Teléfono Celular:	
Nombre:		Relación con el Estudiante:	
Teléfono de Casa:	Teléfono del Empleo:	Teléfono Celular:	
Información Requerida de la Escuela Anterior			
Ha asistido el estudiante alguna vez a otra escuela de Weld Re-3J? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Si la respuesta es sí, cual escuela: _____ Grado: _____ Año Escolar: _____			
Ultima Escuela a la que Asistió fuera del Distrito Escolar Weld Re-3J:			
Nombre de la Escuela: _____ Grado: _____ Año Escolar: _____			
Ciudad: _____ Estado: _____ Número de Teléfono: _____			
Cuando fue la primera vez que su estudiante fue inscrito en cualquier escuela de Colorado (incluyendo preescolar y kínder) _____ (mes/día/año)			
Cuando fue la primera vez que su estudiante fue inscrito en cualquier escuela de los EEUU (incluyendo preescolar y kínder) _____ (mes/día/año)			
Servicios u Otra Información Escolar			
Para poder proporcionarle a su estudiante el marco académico apropiado, es necesario identificar cualquier servicio especial que hayan recibido en su escuela anterior. Este estudiante ha recibido servicios para:			
Servicios	Grado	Año Escolar	Escuela
Educación Especial			
Ingles Como Segunda Lengua			
Dotado / Talentoso			
Clases de Intervención			
Título I			
Inmigrante			
Otra Información			
Plan 504			
Plan de Lectura			
Preescolar			
Escuela en Casa			
Escuela de Verano			
Retenido			

Imprima el Nombre del Padre/Tutor Legal (favor de imprimir) _____

Firma del Padre/Tutor Legal _____ **Fecha** _____

Nombre de la Familia _____

Nombre del Estudiante _____

Documentación para la Inscripción		FORMULARIO DEL HOGAR			Staff Int. <input type="checkbox"/>
Certificado de Nacimiento	PLP <input type="checkbox"/>	Comprobante de Residencia:		Custodia:	
Registro de Inmunizaciones	H <input type="checkbox"/>	Declaración de la Hipoteca	CF <input type="checkbox"/> PD <input type="checkbox"/>	Ordenada por la Corte	PLP <input type="checkbox"/> FL <input type="checkbox"/>
IEP	FL <input type="checkbox"/>	Contrato de Arrendamiento	CF <input type="checkbox"/> PD <input type="checkbox"/>	Poder Notarial	PLP <input type="checkbox"/> FL <input type="checkbox"/>
ILP		Facturas de Servicios Públicos	CF <input type="checkbox"/> PD <input type="checkbox"/>	Colocación en Hogares	PLP <input type="checkbox"/> FL <input type="checkbox"/>
504	FL <input type="checkbox"/> CF <input type="checkbox"/>	Declaración de Residencia	CF <input type="checkbox"/> PD <input type="checkbox"/>	Custodial Guardián	PLP <input type="checkbox"/> FL <input type="checkbox"/>
SASID	CF <input type="checkbox"/>	BOCES	DO <input type="checkbox"/> PD <input type="checkbox"/>	Fuera del Distrito ___ INTRA Distrito__	DO <input type="checkbox"/> FL <input type="checkbox"/>

HOGAR PRIMARIO (donde el estudiante o estudiantes viven la mayoría del tiempo)					
Apellido del Padre/Tutor Legal		Primer Nombre del Padre/Tutor Legal		Relación con el estudiante	
Teléfono de Casa *Requerido:		Teléfono del Empleo:			
Teléfono Celular:		Correo Electrónico *Requerido:			
Apellido del Padre/Tutor Legal		Primer Nombre del Padre/Tutor Legal		Relación con el Estudiante	
Teléfono de Casa *Requerido:		Teléfono del Empleo:			
Teléfono Celular:		Correo Electrónico *Requerido:			
Dirección de Residencia					
Ciudad		Estado		Zona Postal	Condado
Dirección Postal / Numero de Buzón			Preferimos nuestra correspondencia en: Ingles <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro		
Ciudad		Estado		Zona Postal	Condado
HOGAR SECUNDARIO (Padre/Tutor Legal reside en otra dirección)					
Apellido del Padre/Tutor Legal		Primer Nombre del Padre/Tutor Legal		Relación con el estudiante	
Teléfono de Casa *Requerido:		Teléfono del Empleo:			
Teléfono Celular:		Correo Electrónico *Requerido:			
Apellido del Padre/Tutor Legal		Primer Nombre del Padre/Tutor Legal		Relación con el estudiante	
Teléfono de Casa *Requerido:		Teléfono de Casa *Requerido:			
Teléfono Celular:		Correo Electrónico *Requerido:			
Prefiero la comunicación en: <input type="checkbox"/> Ingles <input type="checkbox"/> Espanol <input type="checkbox"/> Otro _____					
Dirección de Residencia					
Ciudad		Estado		Zona Postal	Condado
Dirección Postal / Numero de Buzón			Preferimos nuestra correspondencia en: Ingles <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro		
Ciudad		Estado		Zona Postal	Condado

Imprima el Nombre del Padre/Tutor Legal (favor de imprimir) _____

Firma del Padre/Tutor Legal _____

Fecha _____

Nombre de la Familia _____

Nombre del Estudiante _____

NINOS DE EDAD ESCOLAR* VIVIENDO CON EL PADRE/ TUTOR LEGAL EN EL HOGAR ANTERIORMENTE MENCIONADO				
				Staff Int. <input type="checkbox"/> Scan Admin <input type="checkbox"/>
NOMBRE Y APELLIDO LEGAL DEL ESTUDIANTE	ESCUELA	GRADO	NOMBRE DEL PADRE/TUTOR LEGAL	NOMBRE DEL PADRE/TUTOR LEGAL
<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Hoff <input type="checkbox"/> Lochbuie <input type="checkbox"/> Hudson <input type="checkbox"/> CCA <input type="checkbox"/> WCMS <input type="checkbox"/> WCHS		<input type="checkbox"/> Mama/Papa <input type="checkbox"/> Madrastra/Papa <input type="checkbox"/> Tutor Legal <input type="checkbox"/> Padre Adoptivo	<input type="checkbox"/> Papa/Mama <input type="checkbox"/> Padrastro/Mama <input type="checkbox"/> Tutor Legal <input type="checkbox"/> Padre Adoptivo
	<input type="checkbox"/> Hoff <input type="checkbox"/> Lochbuie <input type="checkbox"/> Hudson <input type="checkbox"/> CCA <input type="checkbox"/> WCMS <input type="checkbox"/> WCHS		<input type="checkbox"/> Mama/Papa <input type="checkbox"/> Madrastra/Papa <input type="checkbox"/> Tutor Legal <input type="checkbox"/> Padre Adoptivo	<input type="checkbox"/> Papa/Mama <input type="checkbox"/> Padrastro/Mama <input type="checkbox"/> Tutor Legal <input type="checkbox"/> Padre Adoptivo
<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Hoff <input type="checkbox"/> Lochbuie <input type="checkbox"/> Hudson <input type="checkbox"/> CCA <input type="checkbox"/> WCMS <input type="checkbox"/> WCHS		<input type="checkbox"/> Mama/Papa <input type="checkbox"/> Madrastra/Papa <input type="checkbox"/> Tutor Legal <input type="checkbox"/> Padre Adoptivo	<input type="checkbox"/> Papa/Mama <input type="checkbox"/> Padrastro/Mama <input type="checkbox"/> Tutor Legal <input type="checkbox"/> Padre Adoptivo
<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Hoff <input type="checkbox"/> Lochbuie <input type="checkbox"/> Hudson <input type="checkbox"/> CCA <input type="checkbox"/> WCMS <input type="checkbox"/> WCHS		<input type="checkbox"/> Mama/Papa <input type="checkbox"/> Madrastra/Papa <input type="checkbox"/> Tutor Legal <input type="checkbox"/> Padre Adoptivo	<input type="checkbox"/> Papa/Mama <input type="checkbox"/> Padrastro/Mama <input type="checkbox"/> Tutor Legal <input type="checkbox"/> Padre Adoptivo
<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Hoff <input type="checkbox"/> Lochbuie <input type="checkbox"/> Hudson <input type="checkbox"/> CCA <input type="checkbox"/> WCMS <input type="checkbox"/> WCHS		<input type="checkbox"/> Mama/Papa <input type="checkbox"/> Madrastra/Papa <input type="checkbox"/> Tutor Legal <input type="checkbox"/> Padre Adoptivo	<input type="checkbox"/> Papa/Mama <input type="checkbox"/> Padrastro/Mama <input type="checkbox"/> Tutor Legal <input type="checkbox"/> Padre Adoptivo
<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Hoff <input type="checkbox"/> Lochbuie <input type="checkbox"/> Hudson <input type="checkbox"/> CCA <input type="checkbox"/> WCMS <input type="checkbox"/> WCHS		<input type="checkbox"/> Mama/Papa <input type="checkbox"/> Madrastra/Papa <input type="checkbox"/> Tutor Legal <input type="checkbox"/> Padre Adoptivo	<input type="checkbox"/> Papa/Mama <input type="checkbox"/> Padrastro/Mama <input type="checkbox"/> Tutor Legal <input type="checkbox"/> Padre Adoptivo
<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Hoff <input type="checkbox"/> Lochbuie <input type="checkbox"/> Hudson <input type="checkbox"/> CCA <input type="checkbox"/> WCMS <input type="checkbox"/> WCHS		<input type="checkbox"/> Mama/Papa <input type="checkbox"/> Madrastra/Papa <input type="checkbox"/> Tutor Legal <input type="checkbox"/> Padre Adoptivo	<input type="checkbox"/> Papa/Mama <input type="checkbox"/> Padrastro/Mama <input type="checkbox"/> Tutor Legal <input type="checkbox"/> Padre Adoptivo
ESTADO DE RESIDENCIA ACTUAL				
<p><i>La Ley McKinney-Vento Assistance protege y apoya los derechos educacionales del estudiante que no tiene un hogar permanente. Sus respuestas ayudan a determinar los servicios a los que el estudiante es elegible para recibir, tales como desayuno y comida gratis, información sobre los recursos comunitarios, necesidades básicas, un defensor, etc. Esta información sensible se mantendrá confidencial para la privacidad familiar. (Ley 42 U.S.C.11435)</i></p> <p>Favor de seleccionar de las siguientes que se relacionan con la residencia primaria del estudiante: (donde el estudiante o estudiantes residen la mayor parte del tiempo)</p> <p>¿Es su domicilio actual un arreglo de vivienda temporal? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Es este arreglo temporal debido a la perdida de la vivienda o dificultades económicas? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Si su respuesta es SI a las preguntas anteriores, favor de completar el resto de esta sección.</p> <p>Si su respuesta es NO, vaya a la siguiente sección (Niños de Edad Escolar).</p> <p><input type="checkbox"/> Casa/Apartamento/Condominio/Townhouse/Dúplex <input type="checkbox"/> ¿Esta usted viviendo con amistades/familia debido a la pérdida de su casa por dificultades económicas?</p> <p><input type="checkbox"/> Motel/Hotel <input type="checkbox"/> ¿Eres un estudiante que no vive con un padre o tutor legal?</p> <p><input type="checkbox"/> Campamento/RV/Carro <input type="checkbox"/> Otro, favor de describir _____</p> <p><input type="checkbox"/> Refugio de Emergencia</p> <p><input type="checkbox"/> Programa de Vivienda de transición</p> <p>La presentación de información falsa o la falsificación de documentos es una ofensa bajo la sección 37.10, código Penal, y al inscribir a un niño con documentos falsos la persona será responsable por pagar la matrícula y otros costos. TEC.Sec.25.002(3)(d).</p> <p>***Favor de enviar una copia a Homeless Liaison en la Oficina Central. Fax 303-536-2010</p> <p>Firma de la Persona de Enlace para Desamparados _____ Fecha _____</p>				

Imprima el Nombre del Padre/Tutor Legal (favor de imprimir) _____

Firma del Padre/Tutor Legal _____

Fecha _____

Origen Étnico Hispano/Latino:

1. ¿Es este estudiante **Hispano o Latino/a**? (seleccione uno solamente)

Maestro de ESL Orig. CF PD LEP Tab

No, no es **Hispano ni Latino/a**

Si, Hispano o Latino/a —Una persona Cubana, Mexicana, Puerto Rico, Cubano, Suramericano o Centroamericano, u otra cultura Española u origen sin importar la raza

2. ¿Cuál es la raza del estudiante? (seleccione una solamente)

Indio Americano o Nativo de Alaska —Una persona teniendo orígenes en cualquiera de las gentes originales de Norteamérica y quien mantiene identificación cultural a través de la afiliación de una tribu o reconocimiento de la comunidad.

Asiático o de las Islas del Pacífico —Una persona teniendo orígenes en cualquiera de las gentes originales del Lejano Oriente. Sudeste de Asia, las Islas del Pacífico o el subcontinente indio.

Negro o Afroamericano (No de Origen Hispano)—Una persona teniendo orígenes en cualquiera de los grupos raciales Negros de África

Nativo de Hawái o de Otras Islas del Pacífico—Una persona teniendo orígenes en cualquiera de las gentes originales de Hawái, Guam, Samoa u otras Islas del Pacífico.

Blanco (No de Origen Hispano)— Una persona teniendo orígenes en cualquiera de las gentes originales de Europa, Norte de África, Medio Oriente.

Aviso: La falta de contestación a ambas preguntas resultara en el uso de los datos étnicos raciales anteriores o un observador identificándote.

Aviso: El Departamento de Educación de los Estados Unidos ha dirigido como varias combinaciones de razas/etnicidad deben de ser reportadas. Todas las personas identificándose como Hispanos/Latinos serán reportadas como 'Hispanos'. Personas No Hispanas quienes se identifican como una sola raza serán reportadas dentro de la categoría especificada. Las personas No Hispanas que se identifican con múltiples razas serán reportadas dentro de 'Dos o más razas'.

Información de Antecedentes del Idioma

Los reglamentos Estatales y Federales requieren que las escuelas determinen el lenguaje hablado y entendido por cada estudiante. Esta información es necesaria para proporcionar la instrucción apropiada. Gracias por proporcionar esta información tan importante.

1. ¿Cual fue la primera lengua que este estudiante hablo? _____

2. ¿Hay otra lengua otra que no sea Ingles hablada en casa? Si No

¿Cual lengua o lenguas?): _____

¿Habla el estudiante otra lengua que no sea Ingles? Si No

¿Cual lengua o lenguas?): _____

Teacher Checklist to be filled out by second language program teacher for all PHLOTE students:

SCHOOL USE ONLY

A. This student most proficiently speaks:

_____ 1. English _____ 2. Language other than English _____ 3. Difficult to determine

B. This student best understands:

_____ 1. English _____ 2. Language other than English _____ 3. Difficult to determine

Assessment Results for PHLOTE

students:W-APT Results

	Kinder 1st Semester: Listening & Speaking W-APT	Kinder 2nd Semester: All 4 domains W-APT	Grade 1, 1st Semester: All 4 domains of Kinder W-APT	Grade1, 2nd Semester : All 4 domains of 1st grade W-APT	Grades 2-12: All 4 domains of appropriate grade level W-APT
NEP	0-21	0-28	0-28	≤ 3	≤ 3
LEP	22-28	25-59	29-59	3.1-4.9	3.1-4.9
May not be EL:	29+	Oral 29+, Reading 14+ Writing 17+	Oral 29+, Reading 14+ Writing 17+	5 or higher & 5 in each domain	5 or higher & 5 in each domain
Score					

Body of Evidence used to determine language proficiency

	State Assessments	District Assessments	Content Assessments
Name of Assessment			
Reading Scores			
Writing Scores			
Other Scores			

Student is: (Mark One) NEP LEP FEP PHLOTE FELL

Parent Refusal _____

Teacher's Signature _____ Date: _____

Imprima el Nombre del Padre/Tutor Legal (favor de imprimir) _____

Firma del Padre/Tutor Legal _____ **Fecha** _____

Forma de Permiso de los Padres 2016-2017

Staff Int. _____

Permiso de los Padres Para Excursiones:

El Distrito Escolar de Weld County Re-3J patrocina actividades y excursiones cada año. Para que su estudiante pueda participar en estas actividades y excursiones o ser permitido ir en el camión, debemos tener las formas de permiso firmadas en el expediente. Favor de firmar en la parte inferior para su estudiante.

Doy mi permiso para que el estudiante nombrado anteriormente asista a las actividades y excursiones patrocinadas por Weld County School District RE-3J. De acuerdo con la Política del Distrito 1-33 usted recibirá una forma de permiso antes de cada Excursión excluyendo actividades extra curriculares.

Iniciales del Padre: _____

Permiso de los Padres para la Publicidad:

El Distrito Escolar de Weld County Re=3J ha designado la siguiente información como información para directorio que podrá ser usada en publicaciones de periódico y en el Website del Distrito Escolar de Weld Re-3J: nombre del estudiante, grado, participación en oficialmente reconocidas actividades y deportes, listas de honor, imagen digital y premios recibidos. Si usted no desea que Weld County School District Re-3J use la información del directorio de su hijo en publicaciones en periódicos o en el website de Weld Re-3J, si su consentimiento anterior por escrito, favor de firmar esta forma y devolverla a la oficina de la escuela a la que asiste su hijo, no mas tarde del día 1° de septiembre o dos semanas después de inscribir a su hijo. Si se da la información del directorio antes de recibir su petición, el Distrito no podrá detener el uso de la información de su hijo.

Si, doy mi permiso a Weld County School District Re-3J para permitir que mi hijo sea filmado/fotografiado y entrevistado para publicidad.

No doy mi permiso a Weld County School District Re-3J para permitir que mi hijo sea filmado/fotografiado y entrevistado para publicidad.

Iniciales del Padre: _____

Permiso de los Padres para el Uso del Internet:

Como padre o tutor de un estudiante en Weld County School District Re-3J he leído la Política J-24, Política de Internet, entiendo su contenido, y estoy de acuerdo en que mi hijo cumpla con él. Estoy completamente enterada de que el sistema tecnológico escolar es administrado por Weld County School District Re-3J y será usada únicamente con intenciones oficiales de negocios y educativas de Weld County School District Re-3J. Si mi hijo cometiera cualquier violación de la Política J-34, su acceso y privilegios serán revocados y otra acción disciplinaria tomara lugar.

Yo doy permiso a mi hijo para el acceso a Internet

Iniciales del Padre: _____

Día Con Nieve/Información de Cierre de Emergencia

Favor de indicar el procedimiento que se seguirá en caso de que se cierre la escuela debido a las inclemencias del tiempo u otra situación de emergencia que podría causar que los estudiantes salgan de la escuela temprano

Ir a Casa como de costumbre Ir a la Niñera Viajar en el Camión como de costumbre

Ir a la Casa del Vecino: Nombre del Vecino _____

Dirección y Número de Teléfono del Vecino _____

Otro (describa): _____

Iniciales del Padre: _____

Transportación:

favor de indicar como este estudiante estará llegando a la escuela y de la escuela a casa

Caminando a la escuela y de la escuela Recogido y llevado a la escuela por el padre

*Camión proporcionado por el Distrito

Estudiante Conductor de la HS: Marca: _____ Modelo _____ Color _____

Año _____ Numero de Placas _____

Numero de Permiso de Estacionamiento _____ (expedido por la Escuela Secundaria)

Si su estudiante estará usando diferentes vehículos favor de informar a la oficina de Weld Central High School

*Tengo acceso al Manual de Transportación a través de Re3J.comwebsite enlistado bajo the Parents Tab. SI NO

Otro favor de describir: _____ Iniciales del Padre: _____

Manual Estudiantil

Tengo acceso al Manual para Estudiantes o he recibido una copia del Manual para Estudiante para el estudiante nombrado anteriormente.

Si No

Iniciales del Padre: _____

Portal Infinite Campus Padre/Tutor Legal y Estudiante

He recibido información de cómo entrar al Parent Portal para tener acceso a la información del estudiante y comunicación con la escuela.

Si No

Iniciales del Padre: _____

Nombre del Estudiante _____

Grado _____

Fecha de Nacimiento _____

Elegibilidad de Inscripción

Favor de completar el Formulario de Inscripción Sobre la Seguridad en las Escuelas para cada estudiante que espera usted inscribir. Esta información ayudara al personal en la verificación de la elegibilidad para la inscripción. El personal se pondrá en contacto con la escuela de cada estudiante para verificar la exactitud de la información proporcionada. El proporcionar información incompleta o inexacta podrá retrasar la inscripción o podrá tener como resultado que la inscripción sea revocada (terminada) a un tiempo más tarde.

Autoridad de Negar la Admisión

La ley de Colorado (C.R.S. 22-33-106.3) autoriza a los distritos escolares para negar la admisión a los estudiantes que desean inscribirse en condiciones específicas. RE-3J Política J-15(JF) Admisión y Negación para la Admisión.

Declaración de Elegibilidad

Favor de responder las siguientes preguntas encerrándolas con ya sea un “Si” o “No” a cada pregunta. Basado sobre sus respuestas información adicional será solicitada.

_____ Si _____ No 1. ¿Ha graduado su estudiante de la escuela, terminado el grado 12, o recibido cualquier otro certificado de finalización tal como un diploma de equivalencia general (G.E.D.) de un programa de educación secundario?

Si la respuesta es “si”, favor de consultar con el personal de inscripciones.

_____ Si _____ No 2. ¿Esta su estudiante entre las edades de 5 y 20 (no aplicable para los programas preescolares)?

Si la respuesta es “no”, favor de consultar con el personal de inscripciones.

_____ Si _____ No 3. ¿Ha sido su estudiante expulsado, considerado para la expulsión o de lo contrario se le ha pedido que salga de cualquier escuela y/o distrito debido a la disciplina, asistencia o problemas de seguridad durante los últimos 12 meses?

Si la respuesta es sí, escuela/distrito/estado: _____

Razón por la expulsión: _____

Fecha o fechas de expulsión: _____

_____ Si _____ No 4. ¿Es su estudiante un residente de Weld County School District Re-3J o de lo contrario ha sido su estudiante formalmente concedido una elección o la colocación de transferencia por escrito?

Si la respuesta es “no”, favor de consultar con el personal de inscripciones.

_____ Si _____ No 5. ¿Ha proporcionado usted la documentación que ha sido solicitada relacionada con las inmunizaciones de su estudiante?

Si la respuesta es “no”, favor de consultar con el personal de inscripciones.

_____ Si _____ No 6. ¿Ha sido su estudiante suspendido o expulsado de la escuela, o citado penalmente por comportamiento en la escuela o en la comunidad durante los últimos 12 meses lo cual pueda ser peligroso para la seguridad y el bienestar de otros alumnos o del personal de la escuela?

Verifico que la información proporcionada es exacta y verdadera a lo mejor de mi conocimiento. Además entiendo que el proveer información falsa o incompleta podrá retrasar la inscripción o podrá tener como resultado la revocación (terminación) a un tiempo más tarde.

HOJA DE INFORMACION SOBRE LA SALUD DEL ESTUDIANTE 2015-2016

Staff Int. _____

Propósito: Esta información es para ayudarnos a proporcionar la seguridad y el bienestar de su hijo bajo nuestro cuidado.
Esta información también es importante que sea dada a los Servicios de Emergencia Médica (EMS) si necesitan ser llamados para su niño(a)

Apellido:	Primer Nombre:	Medio Nombre:
Fecha de Nacimiento:	Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Grado:

Seguro Medico: Marque la caja apropiada que indica su actual estado con el seguro medico del estudiante:
 Aseguranza Particular _____ Estudiante sin seguro _____ # de Medicaid _____ CHP+# _____

Otra Información

Nombre del Medico de Atención Primaria		Número de Teléfono del Medico de Atención Primaria	
Nombre del Hospital Preferido		Número de Teléfono del Hospital Preferido	

Todo Medicamento deberá ser proporcionado por un padre/tutor legal.

Todo medicamento requiere el permiso por escrito de un padre y la autorización escrita de un medico. incluyendo OTC medicamento para dolor y Pastillas para la Tos.

Las formas están disponibles en la Oficina de la Salud.

Todo medicamento deberá permanecer en el Salón de la Salud con Excepciones de algunos casos.

Medicamentos Dados en la Escuela

(incluyendo antes y después de actividades escolares/deportes)

Medicamento de emergencia para alergias graves (EpiPen o similar) Si No

Medicamento de emergencia para una convulsión (Diastat o similar) Si No

Medicamento para el asma (Inhalador o- Nebulizador) Si No

Medicamento de emergencia (Glucagon) Si No

Otros Medicamentos Si No

Lista _____

Medicamentos Dados en Casa

Liste todos los Medicamentos: _____

Atención Medica/Equipo Requerido en la Escuela

Atención Medica <input type="checkbox"/> Alimentación GT <input type="checkbox"/> Cateterismo <input type="checkbox"/> Oxigeno <input type="checkbox"/> Alimentación Oral Asistida <input type="checkbox"/> Ir al Baño/Pañales <input type="checkbox"/> Otro _____	Equipo Medico <input type="checkbox"/> Silla de Ruedas <input type="checkbox"/> Andadera <input type="checkbox"/> Otro _____
---	--

En el evento de una emergencia, doy mi permiso al personal escolar de responder a la emergencia, primeros en responder y el personal de ambulancia de tener toda la información anterior.

Nombre del Estudiante _____

Información de la Salud 2017-2018

Staff Int. _____

¿Que información de la salud desea usted que el personal de la escuela este enterado?

Esta información también se dará a Servicios de Emergencia Media si ellos lo requieren.

(El personal de la escuela incluye al maestro, asistente de maestro, personal del salón de la salud, y/o personal de la Cocina.)

ADD <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Lastimadura de Cabeza/Concusion/ TBI <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
ADHD <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Actualmente Bajo Tratamiento <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Autismo/Espectro de Autismo/Asperger <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Pasado y Resuelto <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Alergias a Medicamentos <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Problemas de Audición <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Si si, cual _____	Usa un audífono o audífonos <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Reacción _____	Cirugía del Oído <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Alergias a Comidas <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Actualmente tiene Tubos <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Lista de Alergias _____	Sistema Inmunitario/Problema Autoinmune <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Alergias (otro) <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Tipo 1 <input type="checkbox"/> Tipo 2
Lista de Alergias _____	<input type="checkbox"/> Celiaco <input type="checkbox"/> Crohn <input type="checkbox"/> Lupus
Enfermedad de Huesos/Articulación/Problemas Musculares <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Esclerosis Múltiple
<input type="checkbox"/> Fracturas Actuales <input type="checkbox"/> Parálisis Cerebral	<input type="checkbox"/> Artritis Reumatoide
<input type="checkbox"/> Artritis <input type="checkbox"/> Distrofia Muscular	<input type="checkbox"/> Esclerodermia <input type="checkbox"/> Trasplante
<input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Otro _____
Desorden Sanguíneo <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Riñón/Problemas de la Vejiga <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Hemofilia <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Células Falciformes	<input type="checkbox"/> Piedras en Riñones <input type="checkbox"/> Incontinencia Diurna
<input type="checkbox"/> Sangrado Inusual/Hematomas	<input type="checkbox"/> Otro _____
<input type="checkbox"/> Otro _____	Prótesis <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Cáncer <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Lista _____
Cardiovascular/Problemas del Corazón <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Respiratorio/Problemas Pulmonares <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Cardiomiopatía <input type="checkbox"/> Agrandamiento del Corazón	<input type="checkbox"/> Enfermedad Crónica del Pulmón <input type="checkbox"/> Fibrosis Quística
<input type="checkbox"/> Alta Presión	<input type="checkbox"/> Otro _____
<input type="checkbox"/> Otro _____	Problemas de la Piel <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Emocional/Problemas de Comportamiento <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Eczema <input type="checkbox"/> Erupciones
<input type="checkbox"/> Ansiedad <input type="checkbox"/> Bipolar <input type="checkbox"/> Depresión	<input type="checkbox"/> Otro _____
<input type="checkbox"/> Anorexia <input type="checkbox"/> Bulimia <input type="checkbox"/> ODD	Problemas de Tiroide <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Otro _____	Visión
Gastrointestinal/Problemas de Estomago <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Lentes de Contacto <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Incontinencia Intestinal de Día <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Lentes que se usaran por
Otro _____	Todo el tiempo <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	Solamente en el Salón de Clases <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	Solamente para Leer <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

Medicamentos Dados en el Hogar

Lista:

Enfermedades en el Pasado/Lastimaduras/Hospitalizaciones

Enfermedad:

Lastimadura:

Hospitalización:



Encuesta de Elegibilidad para Programas



Estimado Padre/Tutor:

Nuestro distrito escolar recibe fondos para proveer apoyo y servicios adicionales a los estudiantes que califican para programa específicos. Su cooperación al contestar este formulario nos ayudará a identificar a los estudiantes elegibles y ayudará a nuestro distrito escolar a recibir fondos suplementarios. Toda la información es confidencial y no será utilizada para otros propósitos.

Nombre del padre o tutor: _____ Fecha _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono: _____ ¿Mejor hora para llamar? _____

Favor de anotar a todos los menores de 22 años que vivan en su hogar

Nombre y Apellido	Fecha de Nacimiento	Nombre de la Escuela

¿En qué año fue la última vez que su familia se mudó? _____

En los últimos tres años, ¿alguno de los padres o tutores han trabajado o aplicado para trabajar en cualquiera de las siguientes áreas? Si No

Si su respuesta es sí, marque cuál o cuáles

- Siembra/ ganadería
- Plantación/cosecha
- Aves de corral
- Lechería
- Procesadora (preparar) de Alimentos
- Empacadora de carne
- Selección/clasificación/empaque vegetales y/o frutas
- Limpiar/Preparar/empacar vegetales y/o frutas
- Empacadora de granos
- Carga y descarga de frutas o vegetales
- Enlatado (Fábricas de conserva)
- Huertas
- Invernadero/Vivero
- Tratamiento de árboles/Forestación
- Irrigación
- Siembra de zacate
- Ranchos de engorda
- Granja de Cerdos