

Dear Parent/Guardian:

This packet contains important forms for the 2020-2021 school year. These forms must be filled out and signed by the student's parent/guardian and we ask that you use BLACK or BLUE PEN ; NO PENCIL. Please fill them out as accurately as possible and return the entire packet to the Jr. High with your student by Friday, April 24th. We are trying to get as many of these done at this time because we know the amount of paper work that goes out at the beginning of the new school year.

If you have any questions, you may call the Jr. High office at (806)592-5940. You may scan and email forms back at celina.hernandez@dcisd.org

**Thank you,
Billy Moore, Principal**

Note: Please keep forms stapled.

Estimado Padre o Tutor:

Este paquete contiene formularios importantes para el año escolar 2020-2021. Estos formularios deben ser llenados y firmados por el padre o tutor del estudiante y le pedimos que utilice PLUMA NEGRO o AZUL; NO LAPIZ. El favor de llenarlos con la mayor precisión posible y enviarlos de vuelta a la escuela con su hijo(a) antes del Viernes 24 de April. Estamos tratando de obtener el mayor número de estas formas hechas en este momento porque sabemos la cantidad de formas que salen al principio del año escolar.

Si usted tiene alguna pregunta, puede llamar a la oficina al 806-592-5940.

**Gracias,
Billy Moore, Principal**

Nota: Los formularios deben mantenerse grapadas.

ESCUELAS PUBLICAS DE DENVER CITY

WILLIAM G. GRAVITT JUNIOR HIGH

Hoja de Matrícula 2020-2021

Nombre de Estudiante: (Nombre Legal) Apellido Primer Nombre Segundo Nombre

Fecha de Entrada 8-17-20 Edad 1 de septiembre 2020 Género Grado 8

Fecha de Nacimiento Lugar de Nacimiento (Ciudad) (Estado)

Teléfono Celular Correo Electrónico

Dirección de Envío Ciudad Estado

Código Postal Dirección de domicilio (si es diferente de la dirección de correo)

¿Se va su niño/a en el camión? Si No Número de camión

¿Es el distrito escolar de Denver City su residencia legal? Si No Si no es su distrito, cuales?

Ultima escuela asistida Teléfono de escuela

Dirección de escuela Ciudad Estado Código Postal

¿Ha reprobado un grado? Sí No ¿Qué grado?

¿Ha asistido previamente las escuelas de Denver City? Sí No ¿Qué grado/s?

¿Ha tenido educación especial o terapia del habla? Si No

¿Ha tenido en un programa de ESL/LEP? Si No

¿Esta su hijo/a actualmente en el Plan 504? Si No

Los estudiantes viven con:

- Ambos Padres Madre Solamente Padre Solamente Guarda Legal Cada Padre Alternativamente Madre Y Padrastro Padre Y Madrastra Padre Prohijador Abuelos Otro

Padre o Guardián (encierre uno)

Nombre

Raza Fecha de nacimiento

Patrón

Teléfono de Trabajo

Celular de Trabajo

Madre o Guardián (encierre uno)

Nombre

Raza Fecha de nacimiento

Patrón

Teléfono de Trabajo

Celular de Trabajo

¿Se han movido dentro de tres (3) años, aunque por poco tiempo? Sí No

Cuándo se movió, ¿se movió de un distrito escolar a otro? Sí No

¿Se movió para que un miembro de la familia pudiera hallar trabajo en agricultura o pesca? Sí No

Liste los nombres de otros niños en las escuelas de Denver City:

Table with 2 columns: Nombre, Grado

¿Hay un mandato judicial o el divorcio decreta para sus niño/s que implican los derechos de los padres? Si No Si hay uno, por favor proporcione un documento oficial con un sello levantado para sus registros de niño/a.

Yo comprendo que la información que he dado es verdadera y correcta. Si doy otra información que no es cierta, estoy dispuesto a prosecución por las leyes estatales y federales.

Firma

Fecha

Cuestionario de Residencia para Estudiantes

La información en este formulario se requiere para cumplir con los requisitos establecidos en la ley conocida como McKinney-Vento Act (42 U.S.C. 11431). Las respuestas que usted proporciona ayudarán a que el personal de la escuela identifique los servicios que su hijo(a) puede recibir.

Es un delito reportar información falsa o falsificar documentos. Estos delitos son penalizados bajo la Sección 37.10 del Código Penal. Al inscribir a un niño con documentos falsos la persona responsable esta obligada a cubrir el pago de colegiatura o cualquier otro costo relacionado. [TEC Sec. 25.002(3)(d)].

Las siguientes preguntas se refieren all estudiante que se esta inscribiendo:

Fecha de Hoy _____ Estudiante _____ Grado _____

Completar esta forma: _____ Relación con el estudiante _____

Address (Dirección donde duerme cada noche) _____

Telefono Principal (____) _____ Otro Telefono (____) _____

Marque con "X" todos los cuadros que siguen que describen donde el estudiante duerme cada noche. Deja en blanco los cuadros que no aplican.

	<p>En una casa que pertenece a, o es rentada por, el padre o guardián legal del estudiante (C189=0)</p>
	<p>En un lugar que no tiene ventanas, puertas, agua potable, calefacción, electricidad, o donde viven demasiadas personas (C189=3)</p>
	<p>En la casa de un amigo o pariente, <u>porque perdí mi vivienda, or por razones de falta económica, or por alguna razón parecida.</u> (C189=2) <i>(Por ejemplo: incendio, inundación, pérdida de trabajo, divorcio, violencia doméstica, echado de la casa por los padres, padre es militar y ha sido enviado fuera del país, padre(s) en la cárcel, etc.)</i></p>
	<p>En un albergue (C189=5) <i>(Por ejemplo: viviendo en un albergue familiar, albergues para víctimas de violencia doméstica, albergue infantil/juvenil, viviendas FEMA)</i></p>
	<p>En un lugar generalmente no designado para dormir, tal como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • una tienda de campaña • un carro o camión • un edificio abandonado • en la calle • en un parque <p style="text-align: center;">(C189=3)</p>
	<p>En un hotel o motel a causa de haber perdido mi vivienda o por falta económica <i>(Por ejemplo: a causa de problemas económicos, desalojo, no poder obtener depósitos requeridos para instalarse en un apartamento o casa, inundación, incendio, huracán, etc.) (C189=4)</i></p>
	<p>En un programa de vivienda transicional (C189=5) <i>(Una vivienda proveída como parte de un programa por un periodo de tiempo fijo - tiene fecha de comienzo y fecha cuando vence. La vivienda está pagada por una iglesia, una organización sin fin de lucro, una agencia del gobierno, u otra organización.)</i></p>
	<p>El estudiante vive aquí a causa de un desastre natural. Marque con "X" el tipo de desastre, junto con la información requerida:</p> <p style="padding-left: 40px;">___ Huracán y el nombre del mismo: _____</p> <p style="padding-left: 40px;">___ Inundación</p> <p style="padding-left: 40px;">___ Tornado</p> <p style="padding-left: 40px;">___ Incendio o fuego de llanura, bosque, relámpago, etc.</p>

	___ Otra razón - Por favor describe: _____ Fecha cuando ocurrió el desastre: _____ Donde ocurrió el desastre, incluyendo el condado: _____
	El estudiante no duerme en ninguno de los lugares mencionados. Indica donde duerme el estudiante:

Por favor proporcione la siguiente información para los hermanos y hermanas de edad escolar del estudiante:

Apellido	Primer Nombre	Hermano o Hermana	Viven en el Mismo Lugar (X)	Grado

Proporcione la siguiente información para todos los niños de edad escolar que viven en el mismo lugar:

Apellido	Primer Nombre	Grado

 Firma del Padre / Guardián / Proveedor de Cuidado/ o Estudiante (si no acompañado)

 Fecha

Para Uso Exclusivo de la Escuela

Por la presente certifico que el estudiante mencionado en este formulario califica para el Programa de Nutrición en la escuela bajo los requisitos del Acta McKinney-Vento.

 Firma del oficial autorizado

 Fecha

PERMANENTE INFORMACION MEDICO

Nombre de estudiante _____
 (Apellido) (Primer) (Medio)

Fecha de nacimiento _____ Grado 8 Teléfono _____ Teléfono celular _____

Dirección de correo _____ Dirección física _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

PARA LOS PADRES o GUARDIAN: Es necesario que nos den esta información para llamadas de emergencia.

Dirección de trabajo _____ Teléfono de trabajo _____
 Padre o Guardian _____

Madre o Guardian _____

NECESITAMOS INFORMACIÓN DE DOS FAMILIARES o VECINOS CON TELÉFONO Y TRANSPORTE QUE PODEMOS HABLAR SI NO ENCONTRAMOS LOS PADRES.

Nombre _____ Nombre _____
 Teléfono _____ Teléfono celular _____ Teléfono _____ Teléfono celular _____

HISTORIA FISICO DEL ESTUDIANTE

	AÑO		AÑO		AÑO
Accidente – Grave		Hipertensión		Ataques/Epilepsia/Otros	
Alergia – medicina/otro		Enfermedad – grave		Impedimento en hablar	
Asma		Obstáculo		Operación de gravedad	
Enfermedad cardiaco (corazón)		Deformidad		Enfermedad de orinar	
Diabetes		Impedimento de oído		Perdida de vista	

INFORMACION DE SALUD: Ponga a cualquier otra condición de salud en una lista o condiciones crónicas. (La información de salud será compartida en "una necesidad de saber" base) Por favor Explique _____

Doctor: Primer preferencia _____ Segunda preferencia _____

¿Si su niño/niña en tenido enfermedades mencionados arriba, en recibido ayuda médica? Si _____ No _____

¿Está él/ella tomando tratamiento ahora? Si _____ No _____

¿Ha tomado su niño/niña un examen físico completo durante los pasados 12 meses? Si _____ No _____

¿Esta su niño/niña en medicina a este tiempo? Si _____ No _____

¿Pues sique? _____

¿Por cuales condiciones? _____

¿Esta su niño/niña en la asistencia médica en este tiempo? _____

Nombre de médico o clínica _____

Más comentarios _____

FAVOR DE SENTIRSE LIBRE CONSULTAR CON LA ESCUELA DE LOS PROBLEMAS DE SALUD DE SU NIÑO/NIÑA

Firma de Padre o Guardian _____

Fecha _____

**Solicitar Infomacion de alergia a los alimentos
"Amenaza para la Vida"**

Estimado Parde:

Esta forma permite reveler si su hijo tiene una alergia alimentaria severa que usted cree que es potencialmente mortal.

"Alergia alimentaria severa" significa una amenaza peligrosa al cuerpo humano a un alergeno transmitido por los alimentos introducidos por inhalacion, ingestion, o contacto con la piel que require atencion medica inmediata.

Por favor ponga todos los alimentos a los que su hijo/a tiene una alergia potencialmente mortal. Con el fin de proporcionar una atencion adecuada para su hijo durante el horario escolar, compruebe si los siguientes son disponibles.

No hay informacion para informar.

(Marque la casilla se aplica y complete la informacion del estudiant)

Comida	Nota de Doctor	Epi-pluma

***NOTA* LA VIDA AMENAZANDO diagnostic debe ser confirmado por una documentacion medica**

Ademas:

Debe tener la documentacion de medico con la eleccion de alimentos alternativos para solicitar la dieta o comida con las modificaciones especiales.

Para solicitar una dieta especial o modificacion de un plan de alimentacion, o para proporcionar informacion de su medico acerca de su alergia a los alimentos del nino/a, debe comunicarse con la enfermera de la escuela o al administrador de la escuela donde su hijo/a asiste.

El distrito mantendra la confidencialidad de la informacion proporcionada arriba y puede reveler la informacion a los maestros, consejeros escolares y otro personal escolar apropiado unicamente dentro de las limitaciones de Los Derechos Educativos de la Familia y La ley de Privacidad y la politica del distrito.

Nombre de Estudiante: _____ Fecha: _____

Escuela: _____ Grado: _____

Nombre de Padre/Guardian: _____

Numero de trabajo: _____ Cell: _____ Numero de Casa: _____

Firma de Padre/ Guardian: _____ Fecha: _____

Fecha que la escuela recibio la forma: _____