

Escuelas de la Comunidad de Davenport

FORMA A

Inscripción para Estudiante Recurrente

También, consulta adjunta Formulario de Verificación por si hay actualizaciones/cambios

For Office Use	
Rec'd: _____	Entry Date: _____
Student I.D.: _____	Homeroom: _____
Proof of Address: _____	

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

DOMICILIO DEL ESTUDIANTE

Apellido Legal: _____
 Nombre: _____
 Nombre Preferido: _____
 Segundo Nombre: _____

Calle: _____ Apt/Lot#: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ C. Postal: _____
 County: _____

Domicilio donde recibe Correspondencia el mismo de arriba

Calle: _____ Apt/Lot#: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ C. Postal: _____

PADRE O TUTOR LEGAL

PADRE O TUTOR LEGAL

Primer Nombre/Apellido: _____
 Vive con el estudiante
 Relación con el estudiante: _____
 Misma dirección del estudiante. Cheque y vaya al Tel. de casa
 Calle: _____ Apt/Lot#: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ C. Postal: _____
 Tel. de casa: (____) _____ No disponible
 Lugar de Empleo: _____
 Tel. del Trabajo: (____) _____ Favor de no llamar
 Tel. Celular: (____) _____
 Correo Electrónico: _____

Primer Nombre/Apellido: _____
 Vive con el estudiante
 Relación con el estudiante: _____
 Misma dirección del estudiante
 Calle: _____ Apt/Lot#: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ C. Postal: _____
 Tel. de casa: (____) _____ No disponible
 Lugar de Empleo: _____
 Tel. del Trabajo: (____) _____ Favor de no llamar
 Tel. Celular: (____) _____
 Correo Electrónico: _____

PERSONAS A LLAMAR EN CASO DE EMERGENCIA (Contacto de Emergencia)

Por favor incluya a las personas que estén disponibles para recoger al estudiante en caso de que el padre o tutor no pueda ser localizado. En caso de emergencia, el personal docente puede llamar al 911.

Primera Persona a Llamar

Segunda persona a Llamar

Información de niñera, si aplica

Nombre y Apellidos: _____
 Segundo Nombre: _____
 Relación con el estudiante: _____
 Tel. de casa: (____) _____
 Tel. del Trabajo: (____) _____
 Tel. Celular: (____) _____
 Correo Electrónico: _____

Nombre y Apellidos: _____
 Segundo Nombre: _____
 Relación con el estudiante: _____
 Tel. de casa: (____) _____
 Tel. del Trabajo: (____) _____
 Tel. Celular: (____) _____
 Correo Electrónico: _____

Nombre y Apellidos: _____
 Segundo Nombre: _____
 Relación con el estudiante: _____
 Tel. de casa: (____) _____
 Tel. del Trabajo: (____) _____
 Tel. Celular: (____) _____
 Correo Electrónico: _____

PERMISO DEL PADRE O TUTOR

Divulgación de Información de Medios de Comunicación: El distrito se reserva el derecho a permitir la cobertura de medios de comunicación y de promoción de eventos públicos en el distrito escolar y la comunidad. La escuela de su hijo y el distrito pueden querer compartir el nombre de su hijo/a, fotografía, o celebrar los logros de su estudiante en la escuela, en diversos proyectos del distrito y con sus socios de educación. Los padres y tutores pueden pedir que la información de su hijo no sea compartida por cualquiera de estas oportunidades promocionales al notificar la escuela en cualquier momento durante el año escolar. Anualmente, los padres deben notificar la escuela de su preferencia.

Información del Directorio: El principal objetivo de esta información es exponer publicaciones de la escuela y en la página web del distrito. Esta información puede ser divulgada a organizaciones externas como editores del anuario y otros socios educativos. A menos que usted como padre o tutor lo rechace.

La ley permite la divulgación de la información de los estudiantes a funcionarios que tengan un interés educativo legítimo, tales como contratistas, consultores, voluntarios o de otras personas del distrito, que han sido contratados para prestar servicios o funciones institucionales escolares. El Distrito puede divulgar información de los estudiantes por esta razón que permite la ley. Para obtener más información, visite la siguiente página web del distrito escolar: www.davenportschools.org/enrollment-and-registration. La información del directorio también es compartida para las publicaciones, anuarios, y sitios web para uso interno y fuera de las organizaciones educativas o socios, a menos que usted expresamente lo prohíba como padre o tutor. Los padres y tutores pueden pedir que la información de su hijo no sea compartida por cualquiera de estas oportunidades promocionales al notificar la escuela en cualquier momento durante el año escolar. Anualmente, los padres deben notificar la escuela de su preferencia.

La información contenida en este formulario puede ser compartida con el personal escolar para las prestaciones de servicios de salud apropiadas y/o servicios educativos. La divulgación de esta puede ser revocada en cualquier momento enviando una solicitud escrita a la escuela. Estoy de acuerdo en notificar la escuela de cualquier cambio que haya durante el presente año escolar. Es de mi conocimiento que la inscripción de los estudiantes de nuevo ingreso está condicionada hasta que se reciban los registros oficiales escolares, de salud, cartilla de vacunación y prueba de domicilio.

Tecnología One to One (Uno a Uno): El distrito proveerá a cada estudiante un dispositivo para usar en la escuela y los estudiantes de los grados 9-12 recibirán un dispositivo para usar en la escuela y en el hogar. Este equipo es, y permanece en todo momento, propiedad de las Escuelas Comunitarias de Davenport y se presta al estudiante con propósitos educativos solamente para el año escolar académico. El equipo será devuelto a la escuela si el estudiante se muda de las Escuelas Comunitarias de Davenport o antes del final del año escolar.

Firma del padre/tutor que aprueba el registro escolar

REV 05/2017

Fecha

Escuelas de la Comunidad de Davenport - FORMA B

Información de Servicios de Salud

La salud y el bienestar de su hijo son muy importantes para nosotros. Por favor tome un momento y describa las necesidades de salud del estudiante. La información en este formulario se puede compartir con el personal docente de la escuela con el fin de proporcionar servicios adecuados de salud y/o educativos. La divulgación de esta información es para este año escolar. Este comunicado se puede revocar en cualquier momento con una solicitud por escrito a la escuela.

Nombre del estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Grado: _____

INFORMACIÓN DE SALUD DE EMERGENCIA PARA SU HIJO

Ha sido diagnosticado su hijo, por un médico, por lo siguiente: (Marque con un circulo: **Sí** o **No** y **cuál condición**)

- | | | |
|---|---|--|
| Sí No Asma o Espasmos Bronquiales | Sí No Problemas de la piel | Sí No Déficit de Atención |
| Sí No Alergias (alimentos, medicamentos, otros) | Sí No Problemas Neuromusculares | Sí No Déficit de Atención por Hiperactividad |
| Sí No Diabetes | Sí No Problemas de los Huesos | Sí No Ansiedad |
| Sí No Problemas Cardiacos | Sí No Problemas del Oído | Sí No Conducta Bipolar |
| Sí No Problemas de Alta Presión | Sí No Problemas de Vista/gafas/
Lentes de contacto | Sí No Problemas de Conducta |
| Sí No Desordenes Sanguíneos (células falciformes, otro) | Sí No Migraña/ Dolores de Cabeza | Sí No Depresión |
| Sí No Problemas Urinarios/Riñón | Sí No Convulsiones/ Epilepsia | Sí No Problemas de Salud mental (OCD, ODD, RAD, Tourettes) |
| Sí No Problemas estomacales | Sí No Problemas del Lenguaje | Sí No Otros Problemas de Salud |
| Sí No Necesidades Fisiológicas | Sí No Ayuda para Caminar | |
| Sí No Silla de Ruedas | | |

Si respondió "Sí" a cualquier condición por favor añada más información si necesita e incluya **cualquier procedimiento a seguir por la enfermera** que se tenga que hacer en la escuela: _____

Restricción de actividades debido a esta condición: _____

*Medicinas que está tomando: _____ No está tomando medicinas

* Si estas medicinas se administran en la escuela, por favor complete un formulario de Consentimiento de Administración de Medicinas.

Explique si su hijo/a ha sido hospitalizado, tenido una cirugía, enfermedad grave, o alguna lesión _____

Prueba de varios exámenes son necesarios para que los niños entren al kínder, incluyendo vacunas, detección de plomo examen de la vista y dental. Por favor adjunte la prueba de exención, si es elegible.

Nombre del Doctor/Teléfono: _____

Nombre del Dentista/Teléfono: _____

Nombre del Terapeuta/Consejero/Teléfono: _____

Seguro Médico (cheque uno): Seguro Médico Privado Medicaid No Asegurancia Otro, especifique: _____

Liste personas que estén disponibles en una emergencia y que la enfermera pueda comunicarles sobre problemas de salud:

Nombre: _____ Teléfono #: _____ Tel. Celular (if any): _____

Página está intencionalmente en blanco

**Escuelas de la Comunidad de Davenport – FORMA C
2017-18 Estudio Socio-Económico Familiar**

For Office Use

Please detach and send to ASC c/o EduBenefits with school name and date on envelope

SOLICITUD PARA ESTAR EXENTO EN PAGO DE CUOTAS ESCOLARES -SOLO LLENE 1 POR FAMILIA

SÍ, me gustaría ser considerado para una exención de cuotas.

Al seleccionar esta opción significa que se compromete publicar los detalles de esta forma y su estado de ingresos a los funcionarios de las Escuelas de la Comunidad de Davenport para determinar la elegibilidad y con renuncia a los cargos incluyendo: libros de texto del distrito, vestuario para graduación, renta de instrumentos, y una sesión de educación del conductor. Por favor complete el formulario y firmar para ser considerado.

Ya llené esta forma en _____.

Si ya ha completado el formulario en otro edificio o programa, por favor anote a esa ubicación. Por favor complete el nombre del padre/tutor y firma a continuación.

NO, rechazo la exención de cuotas de la escuela.

Al seleccionar esta opción significa que ha leído y entendido los beneficios de exención descritos anteriormente y está seleccionando para rechazar la exención de la cuota escolar. Si no acepta, por favor, todavía complete el nombre del padre/tuto y firma.

Para calificar a estar exento en pago de cuotas escolares, por favor complete lo siguiente. Los cuestionarios incompletos NO pueden ser procesados, y por favor escriba en letra de molde legible:

Nombre de Estudiante (s)

Utilice el nombre completo de su estudiante-no apodos ni diminutivos

	Escuela	Grado para 2017/18
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Domicilio de estudiante: _____

Hay _____ personas en mi hogar, incluyendo niños y adultos. El total de ingreso anual para todas las personas en el hogar antes de impuestos, seguros, gastos médicos, manutención de hijos, etc. es de \$_____ por año.

Certificación: Yo aseguro que el ingreso total familiar que estoy reportando es correcto. Entiendo que los funcionarios escolares pueden verificar esta información y de resultar falsa, puedo perder estos beneficios.

Nombre de Padre o Tutor en letra de molde legible

Teléfono: (____) _____

Firma de Padre o Tutor

Fecha

Nota: Para los padres que no desean compartir esta información en la escuela, hay una versión electrónica disponible en www.davenportschools.org en la página de Inscripción y Registro (Enrollment and Registration Page). Una vez que llene el cuestionario lo puede mandar por correo electrónico a: edubenefits@davenportschools.org para mantener la confidencialidad y también se pueden enviar por correo a: EduBenefits, Achievement Service Center, 1606 Brady Street, Davenport, IA 52803.