

Escuelas de la Comunidad de Davenport

2018 - 2019 FORMA A

Nueva Inscripción del Estudiante

For Office Use

Rec'd: \_\_\_\_\_ Entry Date: \_\_\_\_\_  
Student I.D.: \_\_\_\_\_ Homeroom: \_\_\_\_\_  
Proof of Address: \_\_\_\_\_

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

DOMICILIO DEL ESTUDIANTE

Apellido Legal: \_\_\_\_\_

Calle: \_\_\_\_\_ Apt/Lot#: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ C. Postal: \_\_\_\_\_

Nombre Preferido: \_\_\_\_\_

County: \_\_\_\_\_

Segundo Nombre: \_\_\_\_\_

**Domicilio donde recibe Correspondencia**  el mismo de arriba

Fecha de nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  Hombre  Mujer

Calle: \_\_\_\_\_ Apt/Lot#: \_\_\_\_\_

Verificación de Nacimiento (uso oficial solamente): \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ C. Postal: \_\_\_\_\_

INFORMACIÓN DE ADMISIÓN

Grado al que se inscribe: \_\_\_\_\_ Ha tenido alguna vez:  IEP  504 Plan

¿Asistió en una escuela de la Comunidad Davenport el año pasado?  Sí  No

Si es así, a cual (es) escuela(s): \_\_\_\_\_

Alguna escuela anterior asistido, aparte de DCSD:

Escuela y Distrito: \_\_\_\_\_

Dirección/Estado/Código Postal: \_\_\_\_\_

GRUPO ÉTNICO Y RAZA (Complete ambas partes: la parte A y la parte B)

Grupo Étnico (Complete solo uno)

Hispano/Latino  No es Hispano/Latino

El estudiante tiene Inscripción de Tribu Activa

Parte B: Raza (Marque TODAS las que sean necesarias)

Americano Nativo o Nativo de Alaska  Asiático

Raza Negra o Afroamericana  Blanco

Nativo de Hawái u Otras Islas Del Pacífico

Por favor indique todos los idiomas que se hablan con fluidez en el hogar: \_\_\_\_\_

Todos los estudiantes de nuevo ingreso deben completar una Encuesta del Idioma que Hablan en Casa, para identificar los estudiantes que son elegibles para los servicios del programa intensivo de inglés como Segundo Idioma (ESL)

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: \_\_\_\_\_

Nombre y Apellido de Estudiante: \_\_\_\_\_

### **HERMANOS EN EDAD ESCOLAR**

<b>Nombre de hermanos</b>	<b>Parentesco</b>	<b>Edad</b>	<b>Masculino/Femenino</b>	<b>Escuela a la que Asiste</b>
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

### **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.

<b><u>Primera Persona a Llamar</u></b>	<b><u>Segunda persona a Llamar</u></b>	<b><u>Información de niñera, si aplica</u></b>
Nombre y Apellidos: _____	Nombre y Apellidos: _____	Nombre y Apellidos: _____
Segundo Nombre: _____	Segundo Nombre: _____	Segundo Nombre: _____
Relación con el estudiante: _____	Relación con el estudiante: _____	Relación con el estudiante: _____
Tel. de casa: (____) _____	Tel. de casa: (____) _____	Tel. de casa: (____) _____
Tel. del Trabajo:(____) _____	Tel. del Trabajo:(____) _____	Tel. del Trabajo:(____) _____
Tel. Celular:(____) _____	Tel. Celular:(____) _____	Tel. Celular:(____) _____
Correo Electrónico: _____	Correo Electrónico: _____	Correo Electrónico: _____

### **INFORMACIÓN FAMILIAR (SI ES APLICABLE)**

Arreglo de Custodia del Padre o Tutor: _____	<input type="checkbox"/> Emigrante <input type="checkbox"/> Activo en el Servicio Militar
¿Quién tiene custodia de este estudiante? _____	En caso de ser afirmativo, dé la Rama de Servicio: _____
¿El estudiante vive con? _____	¿Dónde está ubicado? _____
¿Hay una orden de la corte? _____	

### **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](http://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

\_\_\_\_\_  
Fecha

REV 05/2018

# 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 círculo: **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 Cardíacos                               | Sí No Problemas del Oído                              | Sí No Conducta Bipolar                                     |
| Sí No Problemas de Alta Presión                         | Sí No Problemas de Vista/gafas/<br>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 Aseguranza  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**

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

# Escuelas de la Comunidad de Davenport – FORMA C

## Estudio Socio-Económico Familiar 2018-19

**SOLO 1 FORMULARIO POR HOGAR - NO LLENE EN CADA EDIFICIO**

**Este formulario debe ser llenado anualmente.**

Hay \_\_\_\_\_ personas en el hogar, incluyendo todos los niños y adultos.

El ingreso BRUTO anual total para TODAS las personas en el hogar (ingreso antes de impuestos o deducciones de nómina) es \$ \_\_\_\_\_ POR AÑO. Incluya la manutención infantil, ingresos secundarios y cualquier asistencia financiera del estado. Zero no será aceptado. Cualquier formulario con cero en este campo se considerará incompleto y **no se procesará.**

Ya llené este formulario en otro edificio de las Escuelas de la Comunidad de Davenport este año: \_\_\_\_\_. Por favor complete el nombre y la firma del padre/tutor a continuación

Sí, me gustaría ser considerado para la reducción o exención de cuotas estudiantiles. Al seleccionar esta opción significa que se compromete a liberar los detalles de esta forma y su estado de ingresos a los funcionarios escolares de las Escuelas de la Comunidad de Davenport para determinar la elegibilidad y para reducir o suprimir los cargos incluyendo: libros de texto del distrito, alquiler de instrumentos, y una sesión de educación del conductor. Por favor complete el formulario completo y firme para ser considerado.

NO, **me niego** a que se reduzcan o se suspendan los aranceles escolares de mis alumnos. Al seleccionar esta opción, significa que comprende que no se calcularán los beneficios de tarifas exentas y que usted es responsable del pago de todas las tarifas escolares. Por favor complete el nombre y la firma del padre / tutor.

Para calificar para la reducción o exención de la tarifa escolar, brinde la siguiente información. Solo se debe completar un formulario por hogar, no por estudiante. **Las solicitudes incompletas no serán procesadas.**

**Nombre(s) de Estudiante(s)**

**Escuela**

**Grado para 2018/19**

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

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Domicilio de estudiante: \_\_\_\_\_

**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.

\_\_\_\_\_ Teléfono : (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**ESCRIBIR NOMBRE DEL PADRE / TUTOR**

\_\_\_\_\_ **FIRMA DEL PADRE / TUTOR**

\_\_\_\_\_ **FECHA**

**Página está intencionalmente en blanco**

Student I.D. #: \_\_\_\_\_  
Date Distributed: \_\_\_\_\_ Rec'd: \_\_\_\_\_

Note: If question #5 is marked YES, forward within  
24 hours to ASC – ESL Office.

## Escuelas de la Comunidad de Davenport - FORMA D Encuesta del Idioma Doméstico

### INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  Hombre  Mujer  
Nombre del Padre o Tutor: \_\_\_\_\_ Tel. de la casa: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  Fuera de la lista  
Nombre de Padre/Tutor: \_\_\_\_\_ Tel. del trabajo: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  No llamen  
Calle: \_\_\_\_\_ Apt/Lot#: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### PAÍS DE ORIGEN DE IDIOMA MATERNO

1) ¿Nació su hijo en los Estados Unidos?  Sí  No

De ser así, ¿en qué estado? \_\_\_\_\_

De no ser así, ¿en qué país? \_\_\_\_\_

2) ¿Ha asistido su hijo por lo menos tres años, durante su vida escolar, a una escuela en los Estados Unidos?  Sí\*  No

\*Si la respuesta es afirmativa, indique el nombre de la escuela o escuelas, estado y fechas de asistencia.

Nombre de la escuela \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Fechas de asistencia \_\_\_\_\_

Nombre de la escuela \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Fechas de asistencia \_\_\_\_\_

Nombre de la escuela \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Fechas de asistencia \_\_\_\_\_

3) ¿Qué idioma habla usted y su familia con más frecuencia en el hogar? \_\_\_\_\_

4) ¿En qué idioma le gustaría recibir la información escolar? \_\_\_\_\_

5) ¿Es el idioma principal de su hijo que habla en el hogar distinto del idioma Inglés?  Sí\*  No

**\*Si su respuesta a la pregunta 5 es "Sí", responda las preguntas siguientes:**

1) ¿Qué idioma aprendió su hijo cuando empezó hablar? \_\_\_\_\_

2) ¿Qué idioma habla en casa su hijo con más frecuencia? \_\_\_\_\_

3) ¿En qué idioma le habla a su hijo con más frecuencia? (Padre) \_\_\_\_\_ (Madre) \_\_\_\_\_

4) Describa el idioma que su hijo entiende. (Marque solo uno)

Entiende solamente el idioma del hogar y no el idioma inglés.

Entiende mayormente el idioma del hogar y algo de inglés.

Entiende el idioma del hogar y el idioma inglés por igual.

Entiende mayormente inglés y algo del idioma del hogar.

Entiende solamente inglés.

# Informe de la Raza y Origen Étnico de los Estudiantes

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ Persona completando este formulario : (marque uno)  
Apellido del Estudiante: \_\_\_\_\_  Padre/Tutor  Estudiante  Otro: \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  Masculino  Femenino Fecha Completada: \_\_\_\_\_

La Secretaría de Educación de los Estados Unidos ha implementado nuevos estándares para que los distritos escolares informen sobre la raza y origen étnico de los estudiantes. Sus respuestas a lo siguiente se mantendrán estrictamente confidenciales y los datos que proporcionó se utilizarán únicamente con lo relacionado con la educación.

**1) ¿Es su hijo de origen étnico hispano, latino o español?**  Sí  No

Incluye personas de origen cubano, mexicano, puertorriqueño, sudamericano o centroamericano u otra cultura de origen español.

**2) Categorías raciales:** Por favor marque una o más de las categorías raciales a continuación

Indígena Americano o Nativo de Alaska

Originario de cualquiera de los grupos nativos en Norte, Centro, y Sudamérica quienes mantienen una relación con esas tribus o conexión con esa comunidad.

Asiático

Originario de cualquiera de los grupos nativos de personas del Lejano Oriente, Sudeste asiático o el subcontinente Indio, por ejemplo: Camboya, China, Japón, Corea, Malasia, Islas Filipinas, Tailandia y Vietnam.

Afroamericano o raza negra

Originario de cualquier de los grupos raciales de África

Nativo de Hawai u de otra isla del Pacífico

Originario de cualquiera de los grupos nativos de Hawai, Guam, Samoa u otras islas del Pacífico.

Blanco

Originario de cualquiera de grupos nativos de personas de Europa, Oriente Medio o del Norte de África.

**Por favor llene el formulario completamente y devuélvalo.**

\_\_\_\_\_  
**Firma del Padre o Tutor**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**