Procedimientos de registro

- Póngase en contacto con Angie Forsterer, Shanna Michelle, o Becky Stauffer al 833-5410 para obtener el papeleo de inscripción, O
    - Los formularios de inscripción también se pueden encontrar en línea en www.camas.wednet.edu. Bajo 'How Do I', haga clic en *Register for School*
    - Complete todos los formularios, imprima y firme por favor.

- Una vez que los formularios estén completos, llame a Angie Forsterer, Shanna Michelle, o Becky Stauffer al 833-5410 para hacer una cita para registrarse. La cita tardará aproximadamente 15 minutos por estudiante.

<u>Información adicional requerida:</u>

Para estudiantes de primaria:

- Certificado de nacimiento emitido por el estado u otro documento legal que confirme la fecha de nacimiento
- Información sobre inmunizaciones
- Dos artículos que demuestran la prueba de domicilio, es decir, factura de servicios públicos, contrato de arrendatario firmado, cheque de nómina actual con nombre y dirección, cheque del gobierno…

Para la secundaria (grados 6 a 8):

- Copia de la última boleta de calificaciones
- Información sobre inmunizaciones
- Dos artículos que demuestran la prueba de domicilio, es decir, factura de servicios públicos, contrato de arrendatario firmado, cheque de nómina actual con nombre y dirección, cheque del gobierno…
-

Para la preparatoria (grados 9 a 12):

- Expediente académico
- Información sobre inmunizaciones
- Dos artículos que demuestran la prueba de domicilio, es decir, factura de servicios públicos, contrato de arrendatario firmado, cheque de nómina actual con nombre y dirección, cheque del gobierno…

Si su estudiante está en un plan 504, un programa educativo individualizado (IEP por sus siglas en inglés) (recibiendo apoyo de Servicios Especiales) o participando actualmente en un programa de Dotados y Talentosos, por favor proporcione una copia de esa documentación en el momento del registro.

CAMAS SCHOOL DISTRICT

DISTRITO ESCOLAR DE CAMAS
FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN PARA ESTUDIANTES NUEVOS

NO ESCRIBA EN EL ÁREA SOMBREADA – PARA EL USO DE LA OFICINA SOLAMENTE				
SCHOOL	SCHOOL ENTRY DATE	ROOM NUMBER	BUS ROUTE AM PM	BOUNDARY EXCEPTION AM PM

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: *Apellido Legal*	*Primer Nombre Legal*	*Segundo Nombre Legal*	*CLASE DE*
FECHA DE NACIMIENTO (Mes/Día/Año/	*SEXO (M/F)* ☐*M* ☐*F*	*LUGAR DE NACIMIENTO:* *Cuidad* *Estado* *País*	*NIVEL DE GRADO*

HOGAR PRINCIPAL – El estudiante vive con: ☐ Ambos padres ☐ Padre solamente ☐ Madre solamente ☐ Abuelos ☐ Padre/Madrastra ☐ Madre/Padrastro ☐ Padrastro/Madrastra ☐ Tutor ☐ Agencia ☐ Sí mismo(a) ☐ Otro _____		**TELÉFONO PRINCIPAL** (incluya el código de área)
(padre o madre/tutor legal donde vive el estudiante) Apellido Legal Primer Nombre Legal	TELÉFONO (incluya el código de área) ☐ Trabajo ☐ Celular ☐ Casa	TELÉFONO (incluya el código de área) ☐ Trabajo ☐ Celular ☐ Casa
	CORREO ELECTRÓNICO	
(padre o madre/tutor legal donde vive el estudiante) Apellido Legal Primer Nombre Legal	TELÉFONO (incluya el código de área) ☐ Trabajo ☐ Celular ☐ Casa	TELÉFONO (incluya el código de área) ☐ Trabajo ☐ Celular ☐ Casa
	CORREO ELECTRÓNICO	
DIRECCIÓN FÍSICA	Ciudad Estado Código postal	
DIRECCIÓN DE CORREOS (Si es diferente de arriba)	Ciudad Estado Código postal	

SEGUNDO HOGAR – El estudiante vive con: ☐ Ambos padres ☐ Padre solamente ☐ Madre solamente ☐ Abuelos ☐ Padre/Madrastra ☐ Madre/Padrastro ☐ Padrastro/Madrastra ☐ Tutor ☐ Agencia ☐ Sí mismo(a) ☐ Otro _____		**TELÉFONO PRINCIPAL** (incluya el código de área)
(padre o madre que no tiene la custodia y no vive con el estudiante) Apellido Legal Primer Nombre Legal	TELÉFONO (incluya el código de área) ☐ Trabajo ☐ Celular _____	TELÉFONO (incluya el código de área) ☐ Trabajo ☐ Celular _____
	CORREO ELECTRÓNICO	
(padre o madre que no tiene la custodia y no vive con el estudiante) Apellido Legal Primer Nombre Legal	TELÉFONO (incluya el código de área) ☐ Trabajo ☐ Celular _____	TELÉFONO (incluya el código de área) ☐ Trabajo ☐ Celular _____
	CORREO ELECTRÓNICO	
SEGUNDA DIRECCIÓN FÍSICA	Ciudad Estado Código postal	
SEGUNDA DIRECCIÓN DE CORREOS (Si es diferente de arriba)	Ciudad Estado Código postal	

¿HAY UN PLAN DE CUSTODIA CONJUNTA O DE PATERNIDAD EN EFECTO? ☐ Sí ☐ No (En caso afirmativo, el plan debe estar archivado con la escuela para su cumplimiento)
¿HAY UNA RESTRICCIÓN LEGAL QUE PREVENGA QUE EL PADRE/MADRE QUE NO TIENE CUSTODIA VISITE A LA ESCUELA, TENGA ACCESO A LOS INFORMES ESCOLARES/REGISTROS, O SAQUE EL ESTUDIANTE DE LA ESCUELA? ☐ Sí ☐ No (En caso afirmativo, los documentos legales deben estar archivados con la escuela para su cumplimiento)
¿HAY UNA ORDEN DE RESTRICCIÓN EN EFECTO? ☐ Sí ☐ No (En caso afirmativo, los documentos legales deben estar archivados con la escuela para su cumplimiento)
La orden de restricción es contra: ☐ Madre ☐ Padre ☐ Otro _____

¿ALGUNA VEZ HA ESTADO SUSPENDIDO EL ESTUDIANTE POR UNA VIOLACIÓN DE ARMAS?	☐ Sí	☐No	Fecha: _____
¿ALGUNA VEZ HA ESTADO EL ESTUDIANTE SUSPENDIDO A LARGO PLAZO O EXPULSADO?	☐ Sí	☐No	Fecha: _____
¿ALGUNA VEZ HA TENIDO EL ESTUDIANTE UNA VIOLACIÓN DE DROGAS?	☐ Sí	☐No	Fecha: _____
¿ALGUNA VEZ HA TENIDO EL ESTUDIANTE UNA VIOLACIÓN DE ALCOHOL?	☐ Sí	☐No	Fecha: _____

ESCUELA PREVIAMENTE ASISTIDA	DISTRITO ESCOLAR PREVIAMENTE ASISTIDO	UBICACIÓN DE LA ESCUELA ANTERIOR (ciudad y estado)

¿ALGUNA VEZ HA ASISTIDO A LAS ESCUELAS PÚBLICAS DE CAMAS EL ESTUDIANTE? ☐ Sí ☐No En caso afirmativo, nombre de la escuela asistida: _____

¿ESTÁ SU HIJO/A ACTUALMENTE INSCRITO EN UN PROGRAMA DE EDUCACIÓN ESPECIAL? ☐ Sí ☐No
¿ES SU HIJO/A ACTUALMENTE CALIFICADO PARA O TIENE UN PLAN 504? ☐ Sí ☐ No
¿ESTÁ SU HIJO/A ACTUALMENTE PARTICIPANDO EN: ☐ Título ☐ Inglés como segundo idioma (ESL por sus siglas en inglés)
☐ Un Programa de Asistencia de Aprendizaje (LAP por sus siglas en inglés) ☐ Programa de Dotados y Tal ☐ Otro: _____

¿ALGUNA VEZ HA ESTADO RETENIDO SU HIJO/A?
☐ Sí ☐ No ¿En caso afirmativo, a qué nivel de grado?
_____

POR FAVOR HAGA UNA LISTA DE LOS OTROS HERMANOS ASISTIENDO A LAS ESCUELAS PÚBLICAS DE CAMAS

Apellido	Primer nombre	Escuela	Grado

INFORMACIÓN DE CONTACTO NO-PARENTAL/EMERGENCIA:
Cuando ocurren lesiones, enfermedades u otras situaciones que no sean de emergencia que involucren a su hijo, queremos poder contactar rápidamente a las familias u otros adultos responsables. En el caso de que no podamos contactar a un padre/tutor, por favor, liste las personas de confianza que están disponibles durante el día para proporcionar cuidado a su hijo.

CONTACTO PRINCIPAL (que no sea padre/madre/tutor) *Apellido* *Primer Nombre*	RELACIÓN CON EL NIÑO(A)	TELÉFONO (incluya el código de área) ☐ Casa ☐ Trabajo ☐ Celular	TELÉFONO (incluya el código de área) ☐ Casa ☐ Trabajo ☐ Celular
DIRECCIÓN POSTAL DE CONTACTO PRINCIPAL	*CIUDAD*	*ESTADO*	*CÓDIGO POSTAL*
SEGUNDO CONTACTO (que no sea padre/madre/tutor) *Apellido* *Primer Nombre*	RELACIÓN CON EL NIÑO(A)	TELÉFONO (incluya el código de área) ☐ Casa ☐ Trabajo ☐ Celular	TELÉFONO (incluya el código de área) ☐ Casa ☐ Trabajo ☐ Celular
DIRECCIÓN POSTAL DEL SEGUNDO CONTACTO	*CIUDAD*	*ESTADO*	*CÓDIGO POSTAL*
TERCER CONTACTO (que no sea padre/madre/tutor) *Apellido* *Primer Nombre*	RELACIÓN CON EL NIÑO(A)	TELÉFONO (incluya el código de área) ☐ Casa ☐ Trabajo ☐ Celular	TELÉFONO (incluya el código de área) ☐ Casa ☐ Trabajo ☐ Celular
DIRECCIÓN POSTAL DEL TERCER CONTACTO	*CIUDAD*	*ESTADO*	*CÓDIGO POSTAL*

VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN: La información en este formulario es verdadera y precisa a esta fecha. Entiendo que la falsificación de información para lograr la inscripción o asignación puede ser causa de revocación de la inscripción o asignación del estudiante a una escuela de las Escuelas Públicas de Camas.

Firma del padre/madre/tutor _____ Fecha _____

CAMAS SCHOOL DISTRICT

SOLICITUD DE ENVÍO DE REGISTROS PERSONALMENTE IDENTIFICABLES

Nombre de estudiante _____ Fecha de nacimiento: _____ Grado: _____

Sexo: M F

El estudiante mencionado arriba se ha inscrito en:

❒ Dorothy Fox Elementary
2623 NW Sierra St
Camas, WA 98607
Ph 360-833-5700
Fax 360-833-5701

❒ Grass Valley Elementary
3000 NW Grass Valley Dr
Camas, WA 98607
Ph 360-833-5710
Fax 360-833-5711

❒ Helen Baller Elementary
1954 NE Garfield St Camas, WA 98607
Ph 360-833-5720
Fax 360-833-5721

❒ Lacamas Heights Elementary
4600 NE Garfield St
Camas, WA 98607
Ph 360-833-5740
Fax 360-833-5741

❒ Prune Hill Elementary
1601 NW Tidland St
Camas, WA 98607
Ph 360-833-5730
Fax 360-833-5731

❒ Woodburn Elementary 2400 NE Woodburn Dr Camas, WA 98607
Ph 360-833-5860
Fax 360-833-5861

❒ Liberty Middle School
1612 NE Garfield St
Camas, WA 98607
Ph 360-833-5805
Fax 360-833-5854

❒ Skyridge Middle School
5220 NW Parker St
Camas, WA 98607
Ph 360-833-5805
Fax 360-833-5802

❒ Camas High School
26900 SE 15th St
Camas, WA 98607
❒ Estudiantes con apellidos A-C & Mo-Z
Ph 360-833-5764
Fax 360-833-5753
❒ Estudiantes con apellidos D-Mn
Ph 360-833-5765
Fax 360-833-5754

❒ Hayes Freedom High School
1919 NE Ione St
Camas, WA 98607
Ph 360-833-5600 Fax 360-833-5601

❒ Departamento de Servicios Especiales
841 NE 22nd Ave
Camas, WA 98607
Ph 360-833-5570
Fax 360-833-5571

Por favor envíe los siguientes registros:

❒ Registros permanentes
❒ Asistencia
❒ Plan 504
❒ Otro _____
❒ Registros de salud
❒ Disciplina
❒ Expediente académico oficial
❒ Educación especial/Inglés como segundo idioma (ESL)/ Aprendices del idioma inglés (ELL)
❒ Documentos legales (mandatos judiciales)
❒ Reporte de requisitos de graduación

Escuela que asistió anteriormente

_____
Nombre de la escuela

_____
Dirección

_____
Ciudad/estado/código postal

_____
Número de teléfono

_____
Número de fax

_____
Firma del padre/madre

Fecha de solicitud de registros:_____

Segunda solicitud enviada: _____

Fecha en que se recibieron los registros: _____

Como se estipula en la Legislación de Familia y Privacidad de 1974, entiendo que puedo obtener una copia de los registros personales identificables de mi hijo(a). Soy consciente de que puedo desafiar el contenido de estos registros. También entiendo que la escuela tratará estos expedientes confidencialmente. Por último, nadie enviará estos registros a una agencia de escuelas no públicas sin mi consentimiento por escrito.

CAMAS SCHOOL DISTRICT

DISTRITO ESCOLAR DE CAMAS
Formulario de solicitud de transporte

☐ Añadir
☐ Cambiar

Fecha: _____
Escuela: _____
Número de Distrito: _____

Nombre de estudiante: _____ Grado: _____

Dirección física: _____

Ciudad, estado, código postal: _____

Padre/Madre/Tutor: _____ Teléfono principal: _____

Padre/Madre 2: _____ Padre/Madre 1: _____

Padre/Madre 2: _____ Padre/Madre 2: _____

Contacto de emergencia: _____ Número de teléfono: _____

El estudiante va a ir en autobús a/desde: guardería/niñera ☐ 2º Hogar ☐

☐ No ☐ AM ☐ PM ☐ Ambas

2º hogar o nombre de la niñera: _____ Teléfono de la niñera: _____

Dirección del 2º hogar o de la niñera: _____

Número de Autobús: _____

Parada del autobús: _____

Hora de recogida: _____ *(Deben llegar a la parada 5 minutos temprano.)*

Hora de entrega: _____

Hora de salida temprana: _____

Hora de entrada tarde: _____

1:14:2017

CAMAS SCHOOL DISTRICT

Etnicidad y raza
Formulario de recolección de datos

Nombre: _____ Escuela: _____ Fecha: _____

Por favor responda a las preguntas una y dos.

Pregunta 1. ¿Su hijo(a) es de origen hispano o latino? (Marque todo lo que corresponda).

- ☐ No hispano/latino
- ☐ Cubano(a)
- ☐ Dominicano(a)
- ☐ Español(a)
- ☐ Puertorriqueño(a)
- ☐ Mexicano(a)/mexicanoamericano(a)/ chicano(a)
- ☐ Centroamericano(a)
- ☐ Sudamericano(a)
- ☐ Latinoamericano(a)
- ☐ Otro hispano(a)/latino(a)

Pregunta 2. ¿Qué raza(s) considera usted a su hijo(a)? (Marque todo lo que corresponda).

- ☐ Afroamericano(a)/Negro(a)
- ☐ Blanco(a)
- ☐ Indio asiático
- ☐ Camboyano(a)
- ☐ Chino(a)
- ☐ Filipino(a)
- ☐ Hmong
- ☐ Indonesio(a)
- ☐ Japonés(a)
- ☐ Coreano(a)
- ☐ Laosiano(a)
- ☐ Malasio(a)
- ☐ Pakistaní
- ☐ Singapurense
- ☐ Taiwánés
- ☐ Tailandés
- ☐ Vietnamita
- ☐ Otro asiático(a)
- ☐ Hawaiano(a) nativo(a)
- ☐ Fiyiano(a)
- ☐ Guameño(a) o chamorro(a)
- ☐ Isleño(a) Mariano
- ☐ Melanesio(a)
- ☐ Micronesio(a)
- ☐ Samoano(a)
- ☐ Tongano(a)
- ☐ Otro isleño(a) pacífico(a)
- ☐ Nativo(a) de Alaska
- ☐ Chehalis
- ☐ Colville
- ☐ Cowlitz
- ☐ Hoh
- ☐ Jamestown
- ☐ Kalispel
- ☐ Lower Elwha
- ☐ Lummi
- ☐ Makah
- ☐ Muckleshoot
- ☐ Nisqually
- ☐ Nooksack
- ☐ Port Gamble Klallam
- ☐ Puyallup
- ☐ Quileute
- ☐ Quinault
- ☐ Samish
- ☐ Sauk-Suiattle
- ☐ Shoalwater
- ☐ Skokomish
- ☐ Snoqualmie
- ☐ Spokane
- ☐ Squaxen Island
- ☐ Stillaguamish
- ☐ Suquamish
- ☐ Swinomish
- ☐ Tulalip
- ☐ Yakama
- ☐ Otro indio de Washington
- ☐ Otro indio americano(a)

Office of Superintendent of Public Instruction (OSPI)
Home Language Survey

La Encuesta de Lenguaje en el Hogar se da a todos los estudiantes que se están inscribiendo en las escuelas de Washington.

Nombre del estudiante:	**Grado:**	**Fecha:**

Nombre del padre/madre/tutor _____ Firma del padre/madre/tutor _____

Derecho a los servicios de traducción e interpretación Indique su preferencia de idioma para que podamos proporcionar un intérprete o documentos traducidos, de forma gratuita, cuando los necesite.	Todos los padres tienen el derecho a información sobre la educación de sus hijos en un idioma que ellos entienden. 1. ¿En qué idioma prefiere su familia comunicarse con la escuela? _____
Elegibilidad para apoyo del desarrollo del idioma La información sobre el idioma del estudiante nos ayuda a identificar a los estudiantes que califican para el apoyo para desarrollar las habilidades de lenguaje necesarias para el éxito en la escuela. Las pruebas pueden ser necesarias para determinar si se necesitan apoyos de lenguaje.	2. ¿Qué idioma aprendió primero su hijo? _____ 3. ¿Qué idioma usa su hijo más en la casa? _____ 4. ¿Cuál es el idioma usado principalmente en el hogar, sin importar el idioma que habla su hijo? _____ 5. ¿Ha recibido su hijo apoyo en el desarrollo del idioma inglés en una escuela anterior? Sí___ No___ No lo sé___
Educación previa Sus respuestas sobre el país de nacimiento de su hijo(a) y la educación previa: • Nos dan información sobre los conocimientos y habilidades que su hijo está trayendo a la escuela. • Pueden permitir que el distrito escolar reciba fondos federales adicionales para brindar apoyo a su hijo(a). *Este formulario no se utiliza para identificar el estatus migratorio de los estudiantes.*	6. ¿En qué país nació su hijo(a)? _____ 7. ¿Ha recibido su hijo(a) educación formal fuera de los Estados Unidos? (Kindergarten – 12º grado) _____Sí _____No En caso afirmativo: Número de meses: _____ Idioma de instrucción: _____ 8. ¿Cuándo asistió su hijo por primera vez a una escuela en los Estados Unidos? (Kindergarten – 12º grado) _____ Mes Día Año

Gracias por proporcionar la información necesaria en la Encuesta de Lenguaje del Hogar. Comuníquese con el distrito escolar si tiene más preguntas sobre este formulario o acerca de los servicios disponibles en la escuela de su hijo.

Nota para el distrito: *This form is available in multiple languages on http://www.k12.wa.us/MigrantBilingual/HomeLanguage.aspx. A response that includes a language other than English to question #2 OR question #3 triggers English language proficiency placement testing. Responses to questions #1 or #4 of a language other than English could prompt further conversation with the family to ensure that #2 and #3 were clearly understood. "Formal education" in #7 does not include refugee camps or other unaccredited educational programs for children.*

Formularios y material traducido de la Oficina de Educación Bilingüe de la Oficina del superintendente de instrucción pública están bajo licencia bajo una Creative Commons Attribution 4.0 Licencia Internacional.

SERVICIOS DE SALUD ESCOLAR

DISTRITO ESCOLAR DE CAMAS
INVENTARIO ANUAL DE LA SALUD DEL ESTUDIANTE

Por uso de la oficina
Reviewed by:

_____
School Nurse/date

ESTE ES UN FORMULARIO REQUERIDO QUE TIENE QUE SER COMPLETADO TODOS LOS AÑOS ESCOLARES PARA TODAS LAS SALIDAS DE CAMPO & ACTIVIDADES FUERA DEL CAMPUS. SE NECESITA EL PRIMER DÍA DE LA ESCUELA.

El Distrito Escolar de Camas requiere que un padre/madre/tutor legal complete el Inventario de Salud del Estudiante al principio de cada año escolar. La(el) enfermera(o) registrada(o) del distrito puede usar esta información para asesorar a las familias sobre la necesidad de atención médica adicional y para planificar para problemas posibles de salud durante la escuela. (Política 3414 del Distrito Escolar de Camas)

Nombre de estudiante: _____ Sexo: ☐Femenino ☐Masculino

Fecha de nacimiento: _____ Escuela: _____ Grado: _____

_____ _____ _____

Nombres de los padres/tutores (Contacto de emergencia #1) Dirección de donde vive el niño(a) principalmente Teléfono principal

_____ _____

Padre / Madre 1 Celular/Trabajo Padre / Madre 2 Celular/Trabajo

_____ _____ _____/_____

Correo electrónico principal o/y Nombres de los padres/el tutor (Segundo Hogar) Dirección (Segundo Hogar) Teléfono (Segundo Hogar – casa/celular)

Los siguientes contactos, además de los padres/tutores listados arriba, tienen autorización para recoger a mi estudiante de la escuela:

_____ _____ _____/_____

Contacto de emergencia #2 Relación con el estudiante Teléfono #1 Teléfono #2

_____ _____ _____/_____

Contacto de emergencia #3 Relación con el estudiante Teléfono #1 Teléfono #2

Preocupaciones de salud – Condiciones de salud que amenazan la vida

Si existe una condición de salud que amenace la vida, se debe proporcionar una orden de medicación / tratamiento de un profesional de salud licenciado a la escuela de su hijo(a) antes de su asistencia, de acuerdo con RCW 28A.210.320 y la política del CSD 3413. Un formulario de autorización para la administración de medicamentos está disponible en la oficina de la escuela o en el sitio web del distrito bajo Parent Corner (Rincón de Padres), Health Services (Servicios de Salud). Si existe una condición de salud, la(el) enfermera(o) registrada(o) del Distrito puede desarrollar un plan de atención de emergencia.

Marque todo lo que corresponda:

☐ Mi hijo(a) **NO TIENE** ningún problema de la salud.

☐	ALERGIAS/REACCIÓN ALÉRGICA GRAVE Alimentos, Medicamentos, Insecto que pica, Látex, Otros_____ (Por favor marque con un círculo) Lista de alergias:_____ Tratamiento: _____
☐	ASMA Inhalador de rescate: ☐ NO ☐ SÍ Fecha del último uso:_____ ¿Desencadenantes? _____
☐	DIABETES ☐ TIPO 1 ☐ TIPO 2 Gestionado por: ☐ Inyecciones de insulina ☐ Medicamentos orales ☐ Sólo dieta ☐ Bomba de insulina
☐	TRASTORNO DE CONVULSIONES Tipo de convulsiones: _____ Fecha de la última convulsión _____ Diastat: SÍ ☐ NO ☐
☐	CÁNCER/TRASTORNO SANGUÍNEO Especifique, por favor: _____
☐	Otras preocupaciones de salud que AMENAZAN LA VIDA Especifique, por favor: _____
☐	Otras preocupaciones de salud o historia significativa Especifique, por favor: _____

Por favor complete el reverso.

Medicamentos

Antes de recibir cualquier medicamento en la escuela, se requiere una autorización por escrito de un profesional de salud licenciado y padre / madre / tutor legal, de acuerdo con RCW 28A.210.260 y la política 3416 del CSD.

¿Se necesitan medicamentos en la casa?

☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, nombre del medicamento y condición_____

¿Se necesitan medicamentos en la escuela? Esto incluye cualquier evento patrocinado por la escuela, eventos de deportes / clubes o viajes nocturnos.

☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, nombre del medicamento y condición_____

Nombre del profesional de la salud licenciado del estudiante: _____Teléfono: _____

Nombre de otros especialistas: _____ Teléfono: _____

**A partir de mayo de 2016, las escuelas de CSD tendrán epi-pens (autoinyectores de epinefrina) para el uso de la(el) enfermera(o) registrada(o) si un estudiante experimenta una primera reacción anafiláctica en la escuela.*
**Los estudiantes en los grados K, 1°, 2°, 3°, 5° y 7° recibirán un examen de la audición y la vista en la escuela.*

Seguro de salud

Los legisladores del estado de Washington encuentran que mejorar la salud de los niños en Washington es una inversión en una siguiente generación productiva y exitosa. Basado en esta premisa, el Distrito Escolar de Camas va a preguntar anualmente si un estudiante tiene seguro de salud y si no, proporcionará al padre / tutor legal información sobre *programas de seguro de salud existentes*.

¿Tiene su estudiante seguro de salud? ☐ SÍ ☐ NO

Si responde "no" o no responde, se proporcionará información sobre el seguro médico.

Sólo por uso de la oficina:
WA State health insurance information provided to parent _____ (date/initials).

Notificación requerida del Padre/Madre/Tutor

Efectivo el 24 de julio de 2005 y el 1 de julio de 2007 respectivamente, la Legislatura del Estado de Washington aprobó leyes que exigen que las escuelas proporcionen información **meningocócica** y información acerca del **virus del papiloma** a los padres / tutores de los estudiantes, empezando con los entrando al sexto grado al comienzo de cada año escolar. Esta información se puede acceder desde el sitio web del distrito bajo Parent Corner (Rincón de Padres), Health Services (Servicios de Salud) o de la escuela de su estudiante.

Entiendo que la información anterior será compartida de manera confidencial con el personal escolar apropiado solamente cuando sea necesario para mantener a mi niño seguro durante el día escolar. Mantendré informada a la escuela durante todo el año sobre cualquier cambio en el estado de salud y / o la información de contacto de mi hijo. Si los padres / tutores legales o los contactos de emergencia autorizados no pueden ser contactados en el momento de una emergencia médica, y si el cuidado inmediato es urgente en el juicio de las autoridades escolares, autorizo y dirijo a las autoridades escolares a solicitar servicios médicos de emergencia (911). Entiendo que puedo ser responsable del pago de cualquier servicio proporcionado.

✓ _____ _____

Firma del padre/madre/tutor **Fecha** **Hospital preferido**

Este formulario NO actualiza la información de contacto en la oficina del distrito usada por los maestros de su hijo y las secretarias de la escuela. Para actualizar su información de contacto, póngase en contacto con Angie Forsterer, Shanna Michelle o Becky Stauffer en registrar@camas.wednet.edu o 360.833.5410.

Distrito Escolar de Camas
841 NE 22nd Avenue, Camas, WA 98607

Cuestionario de alojamiento estudiantil

Las respuestas a las siguientes preguntas pueden ayudar a determinar elegibilidad de este estudiante de recibir los servicios bajo la Ley McKinney-Vento 42 U.S.C. 11435. La Ley McKinney-Vento presta servicios y apoyos a niños y jóvenes que viven sin hogar. (Por favor, vea el reverso para más información)

Si usted es dueño de/alquila su propia casa, no necesita llenar este formulario.

Si usted no es dueño de/alquila su propia casa, por favor marque todas las que se aplican a continuación. (Enviar a la coordinadora del distrito para personas sin hogar. La información de contacto se encuentra en la parte inferior de la página).

- ☐ En un motel
- ☐ En un refugio
- ☐ Mudándose de un lugar a otro / de un sofá al otro
- ☐ En la casa o apartamento de otra persona con otra familia
- ☐ En una residencia con servicios inadecuados (sin agua, calor, electricidad, etc.)
- ☐ Un coche, parque, campamento, o lugar parecido
- ☐ Alojamiento de transición
- ☐ Otro_____

Nombre de estudiante: _____ _____ _____
Primer nombre Segundo nombre Apellido

Nombre de la escuela:_____ Grado: _____ Fecha de nacimiento:_____ Edad: _____
Mes/Día/Año

Sexo: _____

☐ El estudiante no está acompañado (no vive con un padre o tutor legal)
☐ El estudiante vive con un padre o tutor legal

DIRECCIÓN DE LA RESIDENCIA ACTUAL: _____

NÚMERO DE TELÉFONO O
NÚMERO DE CONTACTO: _____ NOMBRE DE CONTACTO: _____

Nombres escritos de los padres/tutor/tutores: _____
(O joven no acompañado)

*Firma del padre/madre/tutor legal: _____ Fecha: _____
(O joven no acompañado)

*Declaro bajo pena de perjurio bajo las leyes del estado de Washington que la información proporcionada aquí es verdadera y correcta.

Por favor devuelva el formulario completo a:

Shanna Michelle	360-833-5410	Zellerbach Administration Center
Coordinadora de enlace del distrito	Número de teléfono	Ubicación

---

Sólo para personal de la escuela: For data collection purposes and student information system coding

☐ (N) Not Homeless ☐ (A) Shelters ☐ (B) Doubled-Up ☐ (C) Unsheltered ☐ (D) Hotels/Motels

McKinney-Vento Act 42 U.S.C. 11435

McKinney-Vento Act 42 U.S.C. 11435

SEC. 725. DEFINICIONES.

Para los propósitos de este subtítulo:

(1) Los términos inscripción y matriculación incluyen asistir a clases y participar plenamente en actividades escolares.

(2) El término ‘niños y jóvenes sin hogar’ —

(A) significa las personas que carecen de una residencia nocturna fija, regular y adecuada (en el sentido de la sección 103(a)(1)); y

(B) incluye —

(i) los niños y jóvenes que están compartiendo la vivienda de otras personas debido a la pérdida de vivienda, dificultades económicas, o una razón similar; están viviendo en moteles, hoteles, parques de caravanas o campamentos debido a la falta de alternativas adecuadas de alojamiento; viven en refugios de emergencia o de transición; están abandonados en hospitales;

(ii) los niños y jóvenes que tienen una residencia nocturna primaria que es un lugar público o privado no diseñado para o habitualmente utilizado como alojamiento para los seres humanos (en el sentido de la sección 103 (a)(2)(C));

(iii) niños y jóvenes que viven en coches, parques, espacios públicos, edificios abandonados, viviendas de baja calidad, estaciones de autobús o tren, o entornos similares; y

(iv) los niños migratorios (según se define en la sección 1309 de la Ley de Educación Primaria y Secundaria de 1965) que califican como personas sin hogar a los efectos de este subtítulo porque los niños viven en circunstancias descritas en las cláusulas (i) a (iii).

(6) El término "jóvenes no acompañados" incluye a un joven que no está bajo la custodia física de un padre o tutor.

Recursos adicionales

Información y recursos para los padres se pueden encontrar el las siguientes páginas:

http://center.serve.org/nche/ibt/parent_res.php
http://naehcy.org/educational-resources/naehcy-publications http://
www.schoolhouseconnection.org/

Distrito Escolar de Camas

FORMULARIO DE DECLARACIÓN DE VERIFICACIÓN DE RESIDENCIA

(Por favor complete un formulario para cada estudiante)

☐ PROPIETARIO
☐ INQUILINO
☐ OTRA (especifique)_____

La ley de Washington requiere que las escuelas estén abiertas a la admisión de todas las personas entre las edades de 5 y 21 que residen en ese distrito escolar (RCW 28A.225.160). El Distrito Escolar de Camas (Distrito) debe tomar las medidas apropiadas para asegurar que los estudiantes que asisten a sus escuelas cumplan con las leyes aplicables. Este formulario de verificación de residencia debe ser completado, firmado y presentado con documentación apropiada que demuestre el cumplimiento de las leyes de residencia de Washington.

NO FIRME ESTE FORMULARIO SI CUALQUIERA DE LAS DECLARACIONES ES INCORRECTA. Evidencia de que proporcionó información falsa será causa para la revocación inmediata de la asignación escolar del estudiante y la retirada del Distrito.

Estudiante: _____ Escuela actual: _____ Grado actual: _____
Apellido Primer Nombre

Padre/Madre/Tutor: _____ Teléfono de casa: _____

Dirección: _____
Número Calle Ciudad Estado Código Postal

_____
Nombre escrito del padre/madre/tutor

_____ _____
Firma del padre/madre/tutor Fecha

NOTA: El distrito presume que la persona que inscribe a un estudiante en la escuela es el padre / madre residencial del estudiante (Política del Consejo 3126). En circunstancias de divorcio marital en las cuales la custodia legal y física del estudiante es compartida entre dos padres, usted debe proporcionar una copia certificada de la orden judicial que identifica los derechos legales y físicos respectivos de cada padre de la custodia. También debe informar al Distrito de cualquier cambio en la orden de la corte dentro de (5) días.

Distrito Escolar de Camas

FORMULARIO DE DECLARACIÓN DE VERIFICACIÓN DE RESIDENCIA

Estudiante: _____ Escuela actual: _____ Grado actual: _____

En cumplimiento con WAC 392-137-115 y la Política 3120 (P) del CSD, reconozco lo siguiente (firme con las iniciales en cada declaración abajo):

_____ Mi estudiante (listado arriba) reside conmigo por lo menos cuatro (4) noches por semana en la dirección mencionada arriba, que es mi residencia principal.

_____ Acepto notificar y proporcionar una prueba actualizada de residencia al Distrito/Escuela dentro de (5) días de cuando cambio mi residencia o la de mi estudiante a una nueva dirección, dentro o fuera del Distrito.

_____ La verificación de residencia es parte de un proceso periódico para confirmar el estado actual de residencia.

_____ El Distrito investigará todos los casos en los que tenga razones para creer que el estado de residencia ha cambiado y / o se ha proporcionado información falsa, la cual puede incluir el uso de investigadores privados para verificar el estado de residencia.

_____ Las investigaciones que revelan que los estudiantes se han inscrito sobre la base de proporcionar información falsa serán causa para la revocación de la asignación de la escuela del estudiante y la retirada del Distrito.

Juro (o certifico) bajo pena de perjurio bajo las leyes del estado de Washington que lo anterior es verdadero y correcto y que todas y cada una de las copias de los documentos presentados para verificar mi residencia son copias verdaderas y correctas de los documentos originales y que todos y cada uno de los documentos presentados no han sido alterados, excepto para tachar las cantidades de dinero en dólares y números de cuenta (redactado), lo cual está permitido para los propósitos de esta Declaración de Verificación de Residencia.

_____

Nombre escrito del padre/madre/tutor

_____ _____

Firma del padre/madre/tutor Fecha

Distrito Escolar de Camas
Formulario de exclusión voluntaria para estudiantes

Nombre:_____ Escuela:_____ Fecha:_____

Por favor complete este formulario y envíelo a la oficina de la escuela solamente si usted desea restringir las siguientes cosas para su estudiante. De lo contrario, no es necesario devolverlo.

ACCESO DEL ESTUDIANTE AL INTERNET

Para apoyar el logro académico y mejorar el currículo, las Escuelas Públicas de Camas proporcionan a los estudiantes acceso a Internet. El personal de la escuela proporciona orientación y dirección a los estudiantes sobre el uso apropiado de Internet. El distrito escolar ha creado filtros para minimizar sitios web que son inapropiados bajo la política del distrito. A los estudiantes se les permite el acceso a Internet filtrado a menos que el padre indique lo contrario. Por favor, marque la casilla si no quiere que su hijo tenga acceso a Internet en la escuela.

☐ No quiero que mi hijo(a) tenga acceso a Internet en la escuela.

INFORMACIÓN DEL DIRECTORIO

A menos que usted ordene lo contrario, el distrito puede revelar "información de directorio" del estudiante bajo circunstancias limitadas. Información de directorio es información sobre un estudiante que generalmente no se considera una invasión de privacidad, como el nombre de un estudiante, dirección, fotografía, fechas de asistencia, actividades y deportes. El propósito principal de la información de directorio es permitir que la escuela utilice este tipo de información en ciertas publicaciones escolares, tales como un programa de rendimiento musical, un programa atlético o un cuadro de honor. El distrito no divulga información de directorio con fines comerciales, excepto a las compañías designadas para vender los anuarios escolares y otros artículos similares. Por favor, marque la casilla de abajo si no desea que esta información se publique bajo ninguna circunstancia.

☐ No quiero que la información del directorio de mi estudiante sea publicada con el propósito de reclutamiento militar.

☐ No quiero que la información del directorio de mi estudiante sea divulgada a instituciones de educación superior.

☐ No quiero que la información del directorio de mi estudiante sea incluida en los boletines, programas o publicaciones escolares del distrito.

☐ No quiero que la información del directorio de mi estudiante sea divulgada a organizaciones externas. Ejemplos de tales organizaciones incluyen, pero no se limitan a, la Fundación Educativa Camas, folletos electrónicos y periódicos para listas deportivas, cuadros de honor, noticias, etc.

☐ No quiero que la fotografía de mi hijo sea publicada en el anuario de la escuela.

Nombre del padre/madre (en letra de molde por favor) _____

Firma del padre/madre _____ Fecha: _____

Afiliación militar de padres o tutores

Fecha: _____

Nombres de los padres/tutores:	Nombre de estudiante:

	N – **Ningún** padre/madre/tutor del niño(a) arriba está actualmente sirviendo como miembro del servicio activo de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos, Reservas de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos o Guardia Nacional de Washington u otro estado.
	A – Un padre/madre/tutor del niño(a) arriba es un miembro actual del servicio activo de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos.
	R – Un padre/madre/tutor del niño(a) arriba es un miembro actual de las *reservas* de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos.
	G – Un padre/madre/tutor del niño(a) arriba es un miembro actual de la Guardia Nacional de Washington u otro estado.
	M – *Más de un* padre/madre/tutor es actualmente un miembro del servicio activo de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos, de las Reservas de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos o de la Guardia Nacional de Washington u otro estado.