



LINDALE EARLY CHILDHOOD TARJEETA de INSCRIPCION

Tarjeta de Inscripción

Grado: _____ Primer Día de Asistencia: _____

Salón: _____ Documentos legales en archivo: Sí No

Nombre Legal del Estudiante : _____
Apellido Primer Nombre Medio Nombre

Genero: H M Fecha de Nacimiento: _____ Lugar de Nacimiento: _____ Seguro Social # _____

Familia 1: Información del Padre/Guardian: (Residencia Principal del Estudiante)

Nombre: _____ Relación: _____ Empleador: _____

Email: _____ Número de Licencia : _____ Fecha de Nacimiento: _____

Teléfono de Casa: _____ Celular: _____ Teléfono de Empleo: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Empleador: _____

Email: _____ Número de Licencia : _____ Fecha de Nacimiento: _____

Teléfono de Casa: _____ Celular: _____ Teléfono de Empleo: _____

Dirección Física: _____
Calle/PO Box Ciudad Estado Código Postal Condado

Dirección Postal: _____
Calle/PO Box Ciudad Estado Código Postal Condado

Familia 2: Información del Padre/Guardian: (Estudiante no vive tiempo completo pero puede ser contactado)

Nombre: _____ Relación: _____ Empleador: _____

Teléfono: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Email: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Empleador: _____

Teléfono: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Email: _____

Dirección Física: _____
Calle/PO Box Ciudad Estado Código Postal Condado

Dirección Postal: _____
Calle/PO Box Ciudad Estado Código Postal Condado

Hermanos/as Que Asisten a Lindale ISD

Nombre:	Teléfono:	Relación:
Nombre:	Teléfono:	Relación:
Nombre:	Teléfono:	Relación:
Nombre:	Teléfono:	Relación:

CONTACTO DE EMERGENCIA/INFORMACIÓN DE SALIDA

Nombre:	Teléfono de Casa:	Teléfono del Trabajo:
Relación:	Celular:	#Licencia:
Nombre:	Teléfono de Casa:	Teléfono del Trabajo:
Relación:	Celular:	#Licencia:

Firma del Padre/Guardian inscribiendo al estudiante: _____ Fecha: _____

Apellido: _____

Primer Nombre: _____

Local ID: _____

HISTORIAL EDUCATIVO ANTERIOR

Nombre del Estudiante: _____

¿Ha sido el Estudiante alguna vez retenido: ___ Sí ___ No

En caso afirmativo, qué grado: _____ año escolar : _____

¿Ha asistido el Estudiante a Lindale ISD antes: ___ Sí ___ No

En caso afirmativo, nombre de la escuela: _____ año: _____

Enumere escuelas previamente atendidas, desde la mas reciente:

<u>ESCUELA</u>	<u>Ciudad/Estado</u>	<u>Grado</u>	<u>Fechas</u>	<u>AÑO</u>

¿Ha estado el Estudiante en algún programa especial?: Sí / No

En caso afirmativo, marque Programa Especial en la inscripción abajo.

<u>Marque Sí o No</u>	<u>Programa</u>	<u>Años Escolares</u>
___ Sí ___ No	Educación Especial	
___ Sí ___ No	504	
___ Sí ___ No	Speech (Voz)	
___ Sí ___ No	Dislexia	
___ Sí ___ No	LEP/ESL/Bilingüe	
___ Sí ___ No	Intervención de Lectura	
___ Sí ___ No	Intervención de Matemáticas	
___ Sí ___ No	Superdotado y Talentoso	

DISTRITO ESCOLAR INDEPENDIENTE DE LINDALE

Cuestionario sobre el idioma que se habla en el hogar 19 TAC Chapter 89, Subchapter BB §89.1215

DEBE DE COMPLETARSE POR EL PADRE O TUTOR PARA ESTUDIANTES QUE CURSEN DESDE PREKINDER HASTA EL OCTAVO GRADO:

(O POR EL ESTUDIANTE SI CURSA GRADOS DEL 9-12): El estado de Texas requiere que la siguiente información sea completada para cada estudiante que se matricula por primera vez en una escuela pública de Texas. Es responsabilidad del padre o tutor, no de la escuela, proporcionar la información del idioma requerida por las siguientes preguntas.

Querido padre o tutor:

Para determinar si su hijo(a) se beneficiara de los servicios de los programas bilingües y/o de Inglés como segundo idioma, por favor responda las dos preguntas siguientes.

Si cualquiera de sus respuestas indica el uso de un idioma que no sea inglés, entonces el distrito escolar debe realizar una evaluación para determinar que tanto se comunica su hijo(a) en inglés. Esta información resultante de la evaluación se usará para determinar si los servicios de programas bilingües y/o de inglés como segundo idioma son apropiados e informará las recomendaciones en cuanto a la instrucción y la asignación del programa. Una vez completada la evaluación de su hijo(a), no se permitirán cambios a las respuestas en el cuestionario. Si tiene preguntas sobre el propósito y el uso del cuestionario sobre el idioma que se habla en el hogar, o si necesita ayuda para completar el cuestionario, por favor comuníquese con el personal del distrito escolar.

Para más información sobre el proceso que debe seguirse, por favor visite el siguiente sitio web:
https://projects.esc20.net/upload/page/0084/docs/EL%20Identification_ReclassificationFlowchart%202018.pdf

Este cuestionario se deberá archivar en el expediente permanente del estudiante.

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____ ID# _____
DIRECCIÓN: _____ TELÉFONO: _____
ESCUELA: _____

Nota: Indique sólo un idioma por respuesta.

1. ¿Qué idioma se habla en la casa de su hijo(a) la mayoría del tiempo? _____
2. ¿Qué idioma habla su hijo(a) la mayoría del tiempo? _____

Firma del padre o tutor

Fecha

Firma del estudiante si esta en los grados 9-12

Fecha

NOTA: Si cree que cometió un error al completar este cuestionario sobre el idioma que se habla en el hogar, puede solicitar una corrección, por escrito, solo si: 1) su hijo(a) aún no ha sido evaluado para el dominio del inglés; y 2) su solicitud de corrección por escrito se realiza dentro de las dos semanas calendario posteriores a la fecha de inscripción de su hijo(a).



Agencia de Educación de Texas Cuestionario de Información de Datos Raciales y de Etnicidad de Estudiantes/Miembros de Personal de las Escuelas Públicas de Texas

El Departamento de Educación de Estados Unidos (USDE) requiere que todas las instituciones estatales y locales de educación, recopilen datos sobre etnicidad y raza de los estudiantes y de miembros de personal. Esta información es utilizada para los reportes estatales y federales así como para reportar a la Oficina de Derechos Civiles (OCR) y a la Comisión de Igualdad en el Empleo (EEOC).

Al personal del distrito escolar y los padres o representante legal de estudiantes que deseen matricularse en la escuela, se le requiere proporcionar esta información. Si usted rehúsa proporcionar, es importante que sepa que el USDE requiere que los distritos escolares usen la observación para identificación como último recurso para obtener estos datos utilizados para reportes federales.

Favor de contestar ambas partes de las siguientes preguntas sobre la etnicidad y raza del estudiante así como del miembro del personal. Registro Federal de Estados Unidos (71 FR 44866).

Parte 1. Etnicidad: ¿Es la persona Hispana/Latina? (Escoja solo una respuesta)

Hispano/Latino – Una persona de origen cubano, mexicano, puertorriqueño, centro o sudamericano o de otra cultura u origen español, sin importar la raza.

No Hispano/Latino

Parte 2. Raza. ¿Cuál es la raza de la persona? (Escoja uno o más de uno)

Indio Americano o Nativo de Alaska – Una persona con orígenes o de personas originarias de Norte y Sudamérica (incluyendo América Central), y que mantiene lazos o apego comunitario con una afiliación de alguna tribu.

Asiático – Una persona con orígenes o de personas originarias del Lejano Este, Sureste de Asia o el subcontinente indio, incluyendo, por ejemplo a Cambodia, China, India, Japón, Corea, Malasia, Pakistán, las Islas Filipinas, Tailandia y Vietnam.

Negro o Africano-Americano – Una persona con orígenes de cualquier grupo racial negro de África.

Nativo de Hawai u otras islas del pacífico – Una persona con orígenes o de personas originarias de Hawai, Guam, Samoa u otras Islas del Pacífico.

Blanco – Una persona con orígenes de personas originarias de Europa, el Medio Este o el Norte de África.

Nombre del Estudiante/Miembro de Personal
(por favor use letra de imprenta)

Firma (Padre/Representante legal)
/(Miembro de personal)

Número de Identificación del
Estudiante/Miembro del personal

Fecha

Salud para Estudiantes History: 2023-2024

Estudiante _____ Grado _____ Maestra _____

Doctor _____ Preferencia de Hospital _____

Condiciones de Salud Crónicas

Asma-Medicamentos: _____ Alergias (Alimentos o Medicamentos): _____

Cancer-Tratamiento: _____

Diabetes-Tratamiento: _____

Problemas de Corazón-Tratamiento: _____ Anteojos: ___ Si ___ No Tubos Auditivos: ___ Si ___ No

Convulsiones: Tipo _____ Medicamento _____

Otras Condiciones de Salud: _____

Tratamiento especial, necesidades o Procedures: _____

Cirugias Recientes/Hospitalizaciones: _____

Other Los problemas o discapacidades / Minusvalías: _____

Enumere cualquier medicamento que se utiliza de forma rutinaria por el estudiante:

Medicamento _____ Dosis / Tiempo _____

Medicamento _____ Dosis / Tiempo _____

*** Todos los medicamentos traídos a la escuela deben estar en el envase original; toda la medicación debe ser acompañada por una nota del padre / tutor. Los medicamentos dados por más de 10 días requieren una nota del médico, así como el padre / tutor:*

___ SI ___ NO Yo doy consentimiento para LISD a divulgar información médica pertinente a las personas que trabajan con el nombre del estudiante arriba con una necesidad de sé.

Por la presente autorizo a un representante del Distrito Escolar Lindale Independiente, en caso de accidente o enfermedad repentina al estudiante arriba mencionado, y en caso de que no pueda ser localizado por teléfono, remitir el estudiante arriba mencionado a los servicios médicos disponibles.

Padre / Nombre tutor / Firma _____ Date _____

Padre / Tutor Cell Teléfono: _____

Padre / Tutor Dirección de correo electrónico _____ @ _____ O _____ @ _____

Otro Contacto de Emergencia Nombre / Número: _____

SOLICITUD DE ALIMENTOS ALERGI A INFORMACION

El Proyecto de Ley 742 de la 82a Legislatura de Texas requiere que un distrito escolar solicite a un padre del estudiante inscribirse para revelar si el estudiante tiene alergia alimentaria severa.

Esta forma le permite revelar si su hijo tiene una alergia alimentaria o alergia alimentaria severa que usted cree que debe ser divulgada al Distrito a fin de que el Distrito tome las precauciones necesarias para la seguridad de su hijo.

"alergia alimentaria grave" significa una reacción peligrosa o potencialmente mortal del cuerpo humano a un alérgeno de origen alimentario introducido por inhalación, ingestión o contacto con la piel que requiere atención médica inmediata Comida:..

favor anote todos los alimentos a los que su hijo es alérgico o gravemente alérgica, así como la naturaleza de la reacción alérgica de su hijo para la comida

Comida	La naturaleza de la reacción alérgica a los alimentos:

El Distrito mantendrá la confidencialidad de la información proporcionada arriba y puede dis-cerca la información a los maestros, consejeros escolares, enfermeras escolares y otro personal escolar apropiado sólo dentro de las limitaciones de los Derechos Educativos de la Familia y la Ley de Privacidad y la política del Distrito.

Nombre del Estudiante _____ Fecha de nacimiento: _____

Grado: _____

Nombre del Padre / Tutor: _____

Teléfono: _____

Firma del Padre / Tutor: _____ Fecha: _____

Fecha forma fue recibido por la escuela: _____



LINDALE EARLY CHILDHOOD CENTER

P. O. Box 370 * 201 Stadium Drive * Lindale, Texas 75771

Ph.: 903.881.4400 * Fax: 903.881.4401

www.lindaleeagles.org

A quien corresponda:

Doy mi permiso firmado, como el padre / tutor del niño que se indica a continuación, para que su agencia divulgue información médica y de inmunizaciones al Distrito Escolar Independiente de Lindale.

Nombre del estudiante

Fecha de nacimiento

Firma del padre / tutor

Fecha de firma

**INGRESOS
CALIFICACIÓN PARA PK
2023 - 2024**

Nombre del niño/a _____

Número total de personas que viven en el hogar: _____

Ingresos del hogar:

(Esto debe incluir TODAS las fuentes de ingresos, incluyendo talón de pago ACTUAL con declaración de impuestos 2022, manutención de los hijos, SSI, pensiones, jubilación y discapacidad).

Si tiene cupones de alimentos, puede proporcionar la carta que verifica su número de caso en lugar de talones de cheques

NOMBRE (enumere a <u>todos</u> en el hogar)	Ingresos y con qué frecuencia se reciben. <small>Semanalmente (W), Cada 2 semanas (E) Dos veces al mes (T), Mensualmente (M)</small>
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	
9.	
10.	
11.	

Certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera y que se informan todos los ingresos. Entiendo que esta información se proporciona en relación con la recepción de fondos federales y que los funcionarios escolares pueden verificar (verificar) la información. Soy consciente de que si proporciono información falsa a propósito, mis hijos pueden perder los beneficios de comidas y puedo ser procesado según las leyes estatales y federales aplicables.

Firma del padre / tutor

Fecha

1. Incluya o adjunte cualquier información adicional que pueda ser importante para la inscripción de su hijo (es decir, evaluaciones de otras agencias, como el pediatra de su hijo, el Centro de Estudios Infantiles, etc.)

2. Incluya cualquier información/comentario adicional que considere útil para comprender mejor a su hijo.

3. Estudiante que recibe programas/servicios especiales:

- Servicios del habla
- plan 504
- Apoyos de educación especial (los padres deben firmar el documento de transferencia hoy para que se envíen los registros a LISD)

Cuestionario de residencia estudiantil de Lindale ISD

Las respuestas a este cuestionario de residencia ayudan a determinar los servicios a los que el estudiante puede ser elegible recibir de acuerdo a la Ley McKinney-Vento, 42 USC 11435

Nombre de estudiante: _____ La escuela primaria: _____

Última escuela a la que asistió: _____

Nortnombre de los padres/tutores legales: _____

1. ¿Es su dirección actual un arreglo de vivienda temporal? S N
2. ¿Este arreglo de vivienda temporal se debe a la pérdida de vivienda o dificultades económicas?
 S N
3. ¿Fue desplazado de su hogar debido a un Desastre Natural? (huracán, incendio, inundación, tornado, etc.)
 S N

Tipo de Desastre Natural:

- Huracán: _____ (Por favor nombre)
 Otro: _____ (Por favor describa)

Elija en cuál de las siguientes situaciones reside actualmente el estudiante (elijá todas las que correspondan):

- Casa o apartamento con padre o tutor
 En un motel/hoteles
 en un albergue o otras viviendas de transición
 Compartir vivienda con amigos o familiares (que no sean o además del padre/tutor)
 Mudarse de un lugar a otro
 Desenvainado –en un Car, parque o camping

Si vive en una vivienda compartida, marque todas las siguientes razones que correspondan:

- Pérdida de vivienda
 Dificultad económica
 El padre/tutor se encuentra actualmente en servicio activo en las Fuerzas Armadas de los EE. UU.
 Otro (Por favor explique; es decir, vivienda de calidad inferior) _____

¿Eres un estudiante que vive separado de tus padres o tutores? S N

Firma del padre/madre/tutor/joven no acompañado/representante de la escuela

Fecha

Cuestionario de residencia estudiantil de Lindale ISD

Para ser completado por la oficina del campus:

Hermano: _____ Campus: _____ Grado: _____

Hermano: _____ Campus: _____ Grado: _____

Hermano: _____ Campus: _____ Grado: _____

Hermano: _____ Campus: _____ Grado: _____

Hermano no inscrito en la escuela: _____ Edad: _____

Hermano no matriculado en la escuela: _____ Edad: _____

Hermano no matriculado en la escuela: _____ Edad: _____

Campus Registrador? Fecha

Notas sobre la situación y los servicios que se pueden ofrecer:

Indicador de personas sin hogar: ___ 0 (No) ___ 2 (doble) ___ 3 (sin refugio) ___ 4 (motel) ___ 5

(refugio) Indicador no acompañado: ___ 3 (sin acompañante) ___ 4 (sin acompañante) Fecha

efectiva: _____

McKinney-Vento Enlace/Representante Fecha

- Envíe por correo electrónico una copia del formulario al consejero Envíe una copia del formulario por correo electrónico a McKinney-Vento Liaison Obtenga una copia del formulario para el campus PEIMS