LINDALE EARLY CHILDHOOD TARJEETA de INSCRIPCION

Tarjeta de Inscripción

Grado: _____ Primer Día de Asistencia: _____

Salón:_____ Documentos legales en archivo: ___Sí ___No

Apellido: _____ Primer Nombre: _____ Local ID: _____

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: _____ Teléfono: _____Empleador: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Numero de Licencia:_____Email: _____

Nombre: _____Relación: _____ Teléfono: _____Empleador: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Numero de Licencia:_____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

Grado:	**Nombre:**	**Escuela:**
Grado:	**Nombre:**	**Escuela:**
Grado:	**Nombre:**	**Escuela:**
Grado:	**Nombre:**	**Escuela:**

CONTACTO DE EMERGENCIA/INFORMACIÓN DE SALIDA

Nombre:	**Teléfono:**	**Relacion:**
Nombre:	**Teléfono:**	**Relacion:**
Nombre:	**Teléfono:**	**Relacion:**
Nombre:	**Teléfono:**	**Relacion:**

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

Texas Education Agency

Commissioner Mike Morath

1701 North Congress Avenue • Austin, Texas 78701-1494 • 512 463-9734 • 512 436-9838 FAX • tea.texas.gov

Nombre del Estudiante: _____ **Distrito:** _____

#ID del Estudiante: _____ **Escuela:** _____

CUESTIONARIO SOBRE EL IDIOMA USADO EN EL HOGAR

19 TAC Chapter 89, Subchapter BB, §89.1215
(El cuestionario sobre el idioma usado en el hogar administrado solamente durante la matriculación inicial en escuelas públicas en Texas)

Este cuestionario debe de completarse por el padre o tutor para estudiantes que cursen desde Prekínder* hasta el octavo grado (o por el estudiante si cursa grados del 9-12)

*Prekínder incluye cualquier estudiante matriculado en programas para niños de 3 o 4 años de edad.

Primera Parte:

El estado de Texas requiere que la siguiente información se complete para cada estudiante que se matricula por primera vez en una escuela pública de Texas. Es la responsabilidad del padre o tutor, no de la escuela, proporcionar la información del idioma requerida por las siguientes preguntas.

Estimado padre o tutor:

Por favor, responda las siguientes preguntas sobre los idiomas que usa su hijo(a) o su familia. Si sus respuestas indican el uso de un idioma que no sea inglés, la escuela llevará a cabo una evaluación de dominio del idioma para determinar qué tan bien se comunica su hijo(a) en inglés. Esta información se utilizará para determinar cualquier apoyo lingüístico apropiado e informar las recomendaciones de instrucción. Si tiene preguntas sobre el propósito y el uso del cuestionario sobre el idioma del hogar, o si desea ayuda para completar el formulario, comuníquese con el personal de su escuela/distrito.

Este cuestionario se mantendrá en la carpeta de registro permanente de cada estudiante. Una copia de este cuestionario seguirá al estudiante mientras esté matriculado en cualquier escuela pública o una escuela autónoma de inscripción abierta de Texas.

Texas Education Agency
Commissioner Mike Morath
1701 North Congress Avenue • Austin, Texas 78701-1494 • 512-463-9734 • 512-436-9838 FAX • tea.texas.gov

Segunda Parte:

Por favor, responda a las preguntas lo mejor que pueda.

1. ¿Cuáles idiomas se usan en el hogar?_____

2. ¿Cuáles idiomas usa el estudiante en el hogar? _____

3. Si el estudiante tenía un entorno familiar anterior, ¿cuáles idiomas se utilizaban? Si no tenía un entorno familiar anterior, responda No aplicable (N/A). _____

☐ **Al marcar este casillero, yo entiendo que una corrección a este cuestionario solo puede suceder si:**

1) mi hijo/(a) aún no ha sido evaluado para el dominio del inglés; y
2) las correcciones se realizan en un plazo de dos semanas naturales a partir de la fecha de matriculación de mi hijo(a).

Nota: Por favor, póngase en contacto con su escuela para informarse sobre los beneficios de los servicios de la educación bilingüe. Los siguientes recursos también pueden proporcionarle información sobre los servicios del programa que fomentan el bilingüismo.

- Derechos de los padres/tutores
- Educación bilingüe
- Videos informativos para padres

Por favor, visite el portal Apoyando a estudiantes bilingües emergentes en Texas (txel.org) para obtener información adicional.

Firma del padre/tutor _____ Fecha _____

Firma del estudiante si está en los grados 9-12 _____ Fecha _____

HISTORIAL EDUCATIVO ANTERIOR

Nombre del Estudiante: _____

¿Ha sido el Estudiante alguna vez retenido: ___ Sí ___ No
En caso afirmativo, qué grado: _____ año escolar : _____

¿Ha asístido el Estudiante a Lindale ISD antes: ___ Sí ___ No
En caso afirmativo, nombre de la escuela: _____ año: _____

Enumere escuelas previamente atendidas, desde la mas reciente:

ESCUELA	Ciudad/Estado	Grado	Fechas	AÑO

¿Ha estado el Estudiante en algún programa especial? Sí / No
En caso afirmativo, marque Programa Especial en la inscripción abajo

Marque Sí o No	Programa	Años Escolares
___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	

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 America 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 Áfrico-**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: 2024-2025

Estudiante _____ Grado _____ Maestra_____

Doctor _____ Preferencia de Hospital _____

Chronic Las condiciones de salud

Marque todas las que apliquen y Lista Tratamientos

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

Cancer-Tratamiento:_____

Diabetes-Tratamiento:_____

Problemas de Corazon-Tratamiento:_____

Convulsiones:Tipo_____ Medicamiento_____

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 debe estar en el envase original; toda la medicación debe ser acompañado 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 ALERGIA INFORMACIÓN

Proyecto de Ley 742 de la[82ª] Legislatura de Texas requiere que un distrito escolar para solicitar que un padre de un estudiante inscribirse revelar si el estudiante tiene una 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 para tomar 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 yla política del DistritoEstudiantes.:

el nombre _____ 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
2024 - 2025

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 2023, 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 todos en el hogar)	Ingresos y con qué frecuencia se reciben. Semanalmente (W), Cada 2 semanas (E) Dos veces al mes (T), Mensualmente (M)
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: _____

Nortenombre 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 (elija todas las que correspondan):

☐Casa o apartamento con padre o tutor

☐En un motel/hoteles

☐ en un albergue ootras 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