



BIENVENIDO AL DISTRITO ESCOLAR 27J

Fecha _____

Los siguientes documentos son necesarios para que pueda inscribir a su estudiante en la escuela. Algunos de los estudiantes que viven en una residencia temporal o en una vivienda transicional califican para algunas excepciones. (Ley McKinney-Vento)

Nombre del alumno _____

Lista de Revisión

1. Identificación o licencia de conducir del padre o tutor legal.
 - a. Los tutores legales, no los padres, deberán presentar una carta poder notariada de la custodia legal o una orden del tribunal indicando tal custodia.

2. Acta de nacimiento (de preferencia- la original que contenga el nombre de los padres y del estudiante)
 - a. También puede usar el documento legal del cambio de nombre, pasaporte vigente, o Identificación militar.

3. Cartilla o registro de las vacunas (documento exigido por la ley estatal)

4. Comprobante de residencia
 - a. Propietarios de la casa: (**UNO** de los siguientes **documentos originales**)
 - i. Escritura de garantía (*Warranty Deed*), escritura de fideicomiso (*Deed of Trust*), recibo compraventa
 - ii. Contrato de compra-venta (que contenga la fecha en que se hizo la compra)
 - iii. Cuenta de los impuestos de propiedad del condado Adams o Weld
 - iv. Cuenta del seguro de propiedad
 - v. Cuenta de los servicios públicos actuales (la cuenta de los 30 días más recientes del agua, luz, gas o cable)
 - b. Arrendamientos- (**UNO** de los siguientes **documentos originales**)
 - i. Firma del contrato de renta
 - ii. Cuenta de los servicios públicos actuales (agua, luz, gas o cable)
 - iii. Cuenta del seguro de arrendatario
 - c. Si vive con otra familia (**ambos** de los siguientes documentos)
 - i. Forma de vivienda compartida que este notariada
 - ii. Comprobante de residencia de parte del dueño (consulte el inciso 4a para los documentos que necesite)

5. Información de la escuela a la que asistió anteriormente
 - a. *Nombre, dirección, no. de teléfono y fax*
 - b. *Forma oficial de dada de baja*
 - c. *Boleta de calificación más reciente*
 - d. *Relación de estudios (preparatoria)*
 - e. *Reporte de asistencia y disciplina*
 - f. *Información del Plan Individualizado de Educ. IEP, si es pertinente*



Forma de Información y domicilio de la familia
UNA forma por familia, Use letra de molde
(Family Address and Information Form)

Dirección de residencia de la familia _____

Apt/Espacio _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ Distrito Escolar _____

de Teléfono Primordial _____ Idioma que se habla en el hogar _____

Dirección para el correo Postal _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
Si es diferente a la anterior

La ley de McKinney-Vento proporciona servicios adicionales a los estudiantes que viven temporalmente en una casa. Por favor conteste las siguientes preguntas:

¿Dónde vive actualmente el estudiante? Elija solo una:

- Casa albergue Con amigos o familiares (Los padres o tutores legales no viven allí)
- Vive con otra familia en una casa o un departamento debido a dificultades económicas. En un hotel/motel
- En el auto en el parque campamento Vivienda de calidad sub-estándar
- Ninguna de las opciones anteriores (vivienda permanente)

Yo, el padre/madre o tutor legal del alumno nombrado en esta hoja, declaro bajo la pena del perjurio legal de este estado que la información que proporciono es verdadera y correcta.

Firma del padre/madre o tutor legal _____
Fecha

Padre/madre o tutor legal # 1 – Aquellos que viven en el domicilio previamente escrito en la parte superior de este documento. (Por favor use todo el nombre legal, incluyendo el apellido paterno y materno si pertinente y los nombres)

Apellido _____ Nombre _____ Segundo nombre _____

Género M F Fecha de Nacimiento (mm/dd/aa) _____ Correo electrónico _____

Otro # de teléfono _____ Teléfono del trabajo _____ Celular _____

Padre/madre o tutor legal # 2 – Aquellos que viven en el domicilio previamente escrito en la parte superior de este documento. (Por favor use todo el nombre legal, incluyendo apellido el paterno y materno y los nombres)

Apellido _____ Nombre _____ Segundo nombre _____

Género M F Fecha de Nacimiento (mm/dd/aa) _____ Correo electrónico _____

Otro # de teléfono _____ Teléfono del trabajo _____ Celular _____

Enliste **TODOS los NIÑOS** en edad escolar que viven en la residencia anteriormente citada.

Niño(a)
 Apellido _____ Nombre _____ Segundo nombre _____

Fecha de Nacimiento (mm/dd/aa) _____ Esc. a la que asiste _____

Relación con: Padre #1: Hijo(a) Hijastro(a) Otro _____ Relación con: Padre #2: Hijo(a) Hijastro(a) Otro _____

Niño(a)
 Apellido _____ Nombre _____ Segundo nombre _____

Fecha de Nacimiento (mm/dd/aa) _____ Esc. a la que asiste _____

Relación con: Padre #1: Hijo(a) Hijastro(a) Otro _____ Relación con: Padre #2: Hijo(a) Hijastro(a) Otro _____

Niño(a)
 Apellido _____ Nombre _____ Segundo nombre _____

Fecha de Nacimiento (mm/dd/aa) _____ Esc. a la que asiste _____

Relación con: Padre #1: Hijo(a) Hijastro(a) Otro _____ Relación con: Padre #2: Hijo(a) Hijastro(a) Otro _____

Niño(a)
 Apellido _____ Nombre _____ Segundo nombre _____

Fecha de Nacimiento (mm/dd/aa) _____ Esc. a la que asiste _____

Relación con: Padre #1: Hijo(a) Hijastro(a) Otro _____ Relación con: Padre #2: Hijo(a) Hijastro(a) Otro _____

Todos los padres o tutores legales deberán ser enlistados. Si los derechos han sido alterados o terminados, una copia del tribunal deberá ser entregada a la escuela antes de que se puedan hacer los cambios en la lista.

Padre o tutor legal adicional 3 - (Por favor use el nombre legal)

Apellido _____ Nombre _____ Segundo nombre _____

Género M F Fecha de Nacimiento (mm/dd/aa) _____ Correo electrónico _____

Otro # de teléfono _____ Teléfono del trabajo _____ Celular _____

Dirección para el correo postal _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
Dirección para el correo Postal (si es diferente a la que escribió anteriormente)

Nombre del Padre/tutor legal del estudiante: _____

¿Custodia compartida con Padre/madre o Tutor legal 1 o 2? Sí No Envíos Escolares: Sí No

Padre o tutor legal adicional 4 - (Por favor use el nombre legal)

Apellido _____ Nombre _____ Segundo nombre _____

Género M F Fecha de Nacimiento (mm/dd/aa) _____ Correo electrónico _____

Otro # de teléfono _____ Teléfono del trabajo _____ Celular _____

Dirección para el correo postal _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
Dirección para el correo Postal (si es diferente a la que escribió anteriormente)

Nombre del Padre/tutor legal del estudiante: _____

¿Custodia compartida con Padre/madre o Tutor legal 1 o 2? Sí No Envíos Escolares: Sí No

Contacto en caso de emergencia

Las personas de contacto en caso de una emergencia son aquellas con las que el estudiante puede irse de la escuela en caso de que éste tenga una lesión o enfermedad y el padre/madre o tutor legal del mismo no puede ser localizado. **NO ESCRIBA el nombre de una persona que haya enlistado anteriormente.**

Contacto 1:

Apellido _____ Nombre _____ Segundo nombre _____

Género M F Teléfono del hogar _____ Teléfono del trabajo _____ Celular _____

Relación: Amigo Abuelo Otro familiar Hermano Proveedor del cuidado de niños (Guardería o niñera)

Contacto 2:

Apellido _____ Nombre _____ Segundo nombre _____

Género M F Teléfono del hogar _____ Teléfono del trabajo _____ Celular _____

Relación: Amigo Abuelo Otro familiar Hermano Proveedor del cuidado de niños (Guardería o niñera)

Contacto 3:

Apellido _____ Nombre _____ Segundo nombre _____

Género M F Teléfono del hogar _____ Teléfono del trabajo _____ Celular _____

Relación: Amigo Abuelo Otro familiar Hermano Proveedor del cuidado de niños (Guardería o niñera)

Por medio del presente afirmo y declaro, bajo el perjurio penal y la ley de este estado, que la información descrita en este documento es verdadera y correcta.

Firma del padre o tutor legal _____

Fecha _____



Información específica del Inscripción del estudiante y la escuela
Student Enrollment Information (School and Student Specific Information)

POR FAVOR COMPLETE UNA FORMA POR CADA ESTUDIANTE QUE INSCRIBIRÁ EN EL DISTRITO ESCOLAR 27J

Nombre Legal del Alumno – Nombre indicado en el acta de nacimiento o en el documento legal del cambio de nombre.

Apellido: _____ Nombre: _____ Segundo Nombre: _____

Alias: _____ Inscrito en el grado: _____ Género: M F # Seguro Social: XXX-XX-_____

(Escriba solo los últimos 4 dígitos)

Fecha de Nacimiento: _____ País de nacimiento _____ # de teléfono Principal: _____
 Mes / día / año

Etnicidad: Seleccione solo una:

- Hispano/Latino: *Persona Cubana, Mexicana, Puertorriqueña, Sur o Centro Americana o de cualquier cultura u origen español, sin importar la raza.*
 No hispano/Latino

Raza: Seleccione una o más: La raza deberá ser seleccionada sin importar cuál sea la etnicidad.

- Indio Americano/nativo de Alaska
 Asiático
 Negro o Afro-americano
 Nativo de Hawái o Isleño del Pacífico
 Blanco

Indio Americano o Nativo de Alaska – Persona que tiene un origen de cualquiera de las personas originales de Norte América o Sur América (incluyendo América Central), y que mantiene la identificación cultural a través de la afiliación con una tribu o reconocimiento comunitario.
Asiático – Persona de origen del Lejano Oriente, Sureste de Asia, Sub-continente Indio (Cambodia, China, India, Japón, Corea, Malasia, Pakistán, Islas Filipinas, Tailandia y Vietnam)
Negro Persona de origen de cualquier grupo racial de negros Africanos.
Nativo de Hawái o Isleño del Pacífico – Una persona que tenga origen de cualquier persona originaria de Hawái, Guam, Samoa y otra isla del pacífico.
Blanco – Persona de origen Europeo, del Norte de África, o del Oriente Medio

Antecedencia Educativa:

¿Su hijo ha asistido anteriormente a las Escuelas del Distrito Escolar 27J o las Escuela Chárter de Brighton? Sí No
 Sí, Nombre de la escuela(s) a la que asistió se llama _____ ¿Qué año(s)? _____

Última escuela a la que asistió: _____ Ciudad _____ Estado _____ C.P. _____ Desde _____ hasta _____

Este estudiante ha asistido continuamente a las Escuelas Públicas en los EE.UU. desde _____ mm/dd/aa
(Escriba la fecha actual si su estudiante nunca ha asistido a la escuela en los EE.UU. o la fecha más reciente si el estudiante se fue de la nación).

Este estudiante ha asistido continuamente a las Escuelas Públicas de Colorado desde _____ mm /dd/ aa
(Escriba la fecha actual si su estudiante nunca ha asistido a la escuela en Colorado o la fecha más reciente si el estudiante se fue del estado).

¿Este estudiante está actualmente expulsado o tiene pendiente una expulsión escolar? Sí No

Sí, ¿De cuál distrito? _____ Fecha de Expulsión: Desde _____ hasta _____

Motivo por el que fue expulsado _____

Información adicional

Por medio de la presente doy permiso para publicar videos, audio y fotografías de mi estudiante para uso del Distrito Escolar 27J Sí No

Por medio de la presente doy permiso para que la información de mi estudiante en la escuela sea publicada a los funcionarios del reclutamiento militar (solo para la preparatoria) Sí No

Nombre legiblemente escrito y luego la firma del padre/madre o tutor legal

Fecha

Yo, el padre o tutor legal del alumno nombrado en esta hoja, declaro bajo la pena del perjurio legal de este estado que la información que proporciono es verdadera y correcta y asimismo hago constar que me encuentro en pleno uso de mis facultades mentales en caso de que tenga que atestiguar a las declaraciones previamente citadas.

Office Use Only: Para uso de la escuela únicamente, deje esto en blanco

Registration Date: _____ Start Date _____ Homeroom teacher _____

Nombre del alumno _____ Fecha de Nac. _____

Proveedor de Salud _____ No. de Teléfono del Proveedor _____

Estado de Salud

Los padres o tutores legales son responsables por proporcionar a la enfermera escolar los detalles completos del estado de salud o condición médica del estudiante.

<p>Por favor seleccione cualquier condición de salud existente y explique en el espacio indicado.</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Alergias <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Déficit de Atención <input type="checkbox"/> Intestinal/ vejiga <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Migraña <input type="checkbox"/> Emocional/ Conducta </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Corazón <input type="checkbox"/> Preocupaciones de lenguaje <input type="checkbox"/> Convulsiones <input type="checkbox"/> Infecciones frecuentes <input type="checkbox"/> Enfermedad articularia en los huesos <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza <input type="checkbox"/> Otro: _____ </td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Alergias <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Déficit de Atención <input type="checkbox"/> Intestinal/ vejiga <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Migraña <input type="checkbox"/> Emocional/ Conducta	<input type="checkbox"/> Corazón <input type="checkbox"/> Preocupaciones de lenguaje <input type="checkbox"/> Convulsiones <input type="checkbox"/> Infecciones frecuentes <input type="checkbox"/> Enfermedad articularia en los huesos <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza <input type="checkbox"/> Otro: _____	<p>Su hijo/a usa:</p> <input type="checkbox"/> Lentes Reg./ contacto <input type="checkbox"/> Otras preocupaciones visuales _____ <input type="checkbox"/> Aparato para escuchar <input type="checkbox"/> Otras preocupaciones del oído _____ <input type="checkbox"/> Ayuda psicológica <input type="checkbox"/> Aparatos físicos o Prótesis (especifique) <input type="checkbox"/> Otro: _____
<input type="checkbox"/> Alergias <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Déficit de Atención <input type="checkbox"/> Intestinal/ vejiga <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Migraña <input type="checkbox"/> Emocional/ Conducta	<input type="checkbox"/> Corazón <input type="checkbox"/> Preocupaciones de lenguaje <input type="checkbox"/> Convulsiones <input type="checkbox"/> Infecciones frecuentes <input type="checkbox"/> Enfermedad articularia en los huesos <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza <input type="checkbox"/> Otro: _____		

Información para medicamentos

¿Toma su niño un medicamento con regularidad? Sí No Si lo es, enliste el medicamento: _____

¿Con qué frecuencia lo toma? _____ En Casa: Sí No En la Escuela: Sí No

El contrato para la administración de medicamentos del estudiante en la escuela está disponible en la oficina de la escuela. Esta forma debe ser completada para cualquier medicamento que el estudiante tenga que tomar durante el horario escolar. Refiérase al manual de reglamento del estudiante para los detalles específicos.

Para que su niño pueda asistir a la escuela, los documentos de inmunización tienen que ser entregados a la oficina escolar antes del primer día de clases. Si el registro de inmunización no está completo, el estudiante DEBERÁ hacer una cita con la enfermera escolar o la persona designada antes de que la inscripción pueda ser completada.

Información de Seguro Médico

Medicaid/ Renuncia/Compañía de Seguro Médico del Estudiante _____ Grupo # _____ Póliza # _____

¿Este niño/a esta cubierto por Medicaid ? Sí No # de MEDICAID _____

*El Distrito Escolar 27J lo anima a que evalúe su propio seguro médico y de incapacidad para determinar si está totalmente cubierto para cualquier lesión que su hijo pueda tener mientras que él o ella este en la escuela o participa en las actividades escolares. **POR FAVOR INFÓRMESE QUE EL DISTRITO ESCOLAR 27 J NO TIENE SEGURO MÉDICO PARA SU HIJO.** De acuerdo al Acto de Inmunidad Gubernamental de Colorado, el distrito quizás no tenga seguro contra responsabilidad civil o solamente pueda tener seguro de responsabilidad limitada para las lesiones que puedan ocurrir en la escuela o durante las actividades escolares. Un Seguro Accidental Voluntario para el Estudiante está disponible para todos los estudiantes entre los grados de k-12. Las formas para solicitar el seguro accidental voluntario son distribuidas en la oficina principal de cada plantel.*

Quiero el seguro de accidentes para el estudiante.

No quiero el seguro de accidentes para el estudiante.

Firma _____
(Padre o tutor legal del alumno)

Fecha _____
(mes, día, año)



FORMA DE ACUERDO PARA EL USO DEL INTERNET
(Internet Use Agreement Form)

Estamos complacidos de poder ofrecer a los estudiantes del Distrito Escolar Brighton 27J el acceso a la red de información por computadoras por medio del Internet.

El acceso al Internet por medio de la red de comunicación de Brighton les permitirá a los estudiantes explorar miles de bibliotecas, base de datos, y boletines informativos a través de todo el mundo. Les advertimos a las familias que algún material accesible por medio del Internet puede contener material que es ilegal, difamatorio, incorrecto o potencialmente ofensivo por algunas personas. Mientras que nuestra intención de proveer el acceso al Internet está disponible para aumentar las metas educativas, igualmente los estudiantes pueden encontrar maneras de lograr acceso a otros materiales. Creemos que los beneficios para los estudiantes al acceso del Internet, es una forma de recurso de información y oportunidades de colaboración, que exceden las desventajas. Pero finalmente, los padres y tutores legales de menores de edad son responsables por fijar y expresar las normas que sus hijos deben seguir cuando usan los recursos de información. Con este fin, el Distrito Escolar de Brighton 27J apoya y respeta el derecho de decisión de cada familia si el estudiante debe o no debe solicitar el acceso al Internet.

Los estudiantes son responsables por el buen comportamiento en las redes de comunicación escolar al igual que lo son en el aula, o en el pasillo escolar. El acceso a la red de comunicación es otorgado a los estudiantes que están de acuerdo en actuar con responsabilidad. **El permiso de los padres es obligatorio, y los padres deben de estar de acuerdo a renunciar a reclamos e indemnizaciones /mantener provisiones de no causar daños, lo cual está escrito en letras recalcadas en negrita en la parte inferior de la forma de permiso.** El acceso es un privilegio- no un derecho. El acceso vincula responsabilidad.

El Distrito Escolar Brighton 27J intenta proveer una herramienta para las actividades educativas. Los estudiantes que usan la red de comunicación del distrito tienen prohibido hacer lo siguiente:

- Tener acceso a mensajes o fotos ofensivas
- Usar lenguaje difamatorio u ofensivo
- Acosar, insultar, difamar o atacar a otros
- Dañar, alterar las computadoras o sistemas de computadoras o redes de comunicación.
- Violar las leyes de Derecho de Autor
- Usar la clave o contraseña de otra persona
- Dar su nombre, domicilio o número de teléfono
- Traspasar los archivos, trabajo o carpeta de otro
- Intencionalmente gastar recursos limitados
- Emplear la red de comunicación para propósitos comerciales.

La desobediencia a las reglas establecidas causará la pérdida al acceso de Internet, además de la ejecución de acciones disciplinarias o legales.

Acuerdo del estudiante

Como usuario de la Red de Comunicación Educacional de Brighton, mediante esto reconozco y manifiesto que he leído el Reglamento adjunto EHC y los Procedimientos EHC-R o he pedido que alguien me los lea, y estoy de acuerdo en cumplir con el reglamento y los procedimientos. Además entiendo que si yo cometo cualquier violación, mi acceso a los privilegios pueden ser negados o revocados, y una acción disciplinaria escolar y /o una acción legal adecuada puede ser tomada.

Firma del Estudiante: _____ Fecha: _____

Como padre/madre o tutor legal del estudiante que firmó anteriormente, por medio de la presente reconozco y represento que he leído el reglamento y procedimientos adjuntos y que después de haberlos leído autorizo, y doy permiso para que mi hijo o hija tenga acceso a la red de comunicación de computadora por medio de la Red de Comunicación de Educación de Brighton, incluyendo el Internet. **Por medio del presente renuncio a cualquier reclamo en contra del Distrito Escolar de Brighton 27J, sus empleados y directores que pudiera surgir o se relacione con el uso que mi hijo u hija tenga con el Internet. Adicionalmente, estoy de acuerdo en indemnizar o no hacer cargos de daño al Distrito Escolar Brighton 27J y/ o sus empleados y directores sobre cualquier reclamo hecho en contra de ellos cuando este pueda surgir o se relacione con el uso que mi hijo u hija tenga con el Internet o cuando éste desobedezca los reglamentos y procedimientos de la red de comunicación de Brighton.** Entiendo que algún material en el Internet puede ser desagradable, pero acepto la responsabilidad por la orientación de los usos del Internet—imponer y explicar las normas para que mi hijo/a siga cuando esté seleccionando, compartiendo o explorando la información. Esta forma de Acuerdo de Uso de Internet no es una petición para correo electrónico. Los estudiantes peticionarios de correo electrónico necesitan completar el Acuerdo de Cuenta de Correo Electrónico.

Nombre del Estudiante _____ Fecha de Nacimiento _____

Escuela _____ Grado _____

Firma del Padre/tutor legal _____ Fecha _____

FORM: Internet Use Agreement form

Las siguientes preguntas están diseñadas para que el maestro o el consejero conozcan mejor al estudiante y entiendan mejor sus necesidades y de tal manera puedan tomar las decisiones educativas apropiadas para el alumno.

Fecha _____

Nombre del alumno _____ Grado _____ Fecha de nac. _____

Escuela a la que asistía antes _____ Ciudad _____ Estado _____

Enliste las dos últimas escuelas a las que asistió el estudiante:

Nombre de la escuela:	Grado(s)	Desde(Fecha):	Hasta(Fecha):
Dirección:			
Ciudad: Estado: Código Postal:			
Tipo de escuela: <input type="checkbox"/> Privada/parroquial <input type="checkbox"/> Pública <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Chárter /autónoma <input type="checkbox"/> Educ. en el hogar			

Nombre de la escuela:	Grado(s)	Desde (Fecha):	Hasta(Fecha):
Dirección:			
Ciudad: Estado: Código Postal:			
Tipo de escuela: <input type="checkbox"/> Privada/parroquial <input type="checkbox"/> Pública <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Chárter /autónoma <input type="checkbox"/> Educ. en el hogar			

Aprovechamiento académico pasado: Alto Promedio general Bajo

Áreas de fortaleza: _____

Áreas de debilidad: _____

¿Su estudiante ha reprobado o sido retenido en la escuela? No Sí – ¿Cuál grado? _____

Conducta en la escuela

- No exhibe problemas en la escuela Ha sido referido a la oficina
 Recibe referencias continuas de conducta Ha sido suspendido fuera de la escuela

Servicios especiales: *Mi alumno actualmente recibe o ha recibido los servicios en las siguientes áreas:*

- Educación para dotados y talentosos
- Educación bilingüe para el aprendiz de inglés
- Educación de Inglés como Segundo idioma (ESL)
- Servicios de Educ. Especial
 - Discapacidad de aprendizaje Discapacidad emocional Discapacidad de desarrollo
 - Servicios de lenguaje y habla Trastorno de Déficit de atención con hiperactividad (ADHD, siglas en inglés) o Trastorno de Déficit de Atención (ADD, siglas en inglés).
- Plan 504
- Plan de Alfabetización Individualizado (ILP)
- Plan del cuidado para la salud (para necesidades serias de salud)
- Título 1 lectura
- Título 1 matemáticas
- Servicios de asesoramiento psicológico.



Información y Certificación de las Leyes de Asistencia Escolar
(Parent Acknowledgment of Attendance Laws)

Nombre del estudiante: _____

Edad de asistencia escolar obligatoria

Todo y cada niño entre la edad de seis (6) a diecisiete (17) años deberá obligatoriamente asistir a una escuela pública, a excepción de lo establecido por la ley. Los padres son responsables por asegurar que los niños asistan a la escuela pública a menos de que el menor de edad esté inscrito en una escuela privada o parroquial o en un programa educativo vinculado en el hogar que no sea público.

Ausentismo Escolar

La política o reglamento del superintendente- JK, disponible en el sitio web del distrito, identifica las razones aceptable para las ausencias justificadas. Los alumnos que acumulen cuatro (4) ausencias injustificadas por mes o diez (10) ausencias injustificadas durante un año serán categorizados como alumnos "habitualmente absentista". Las consecuencias que serán implementadas por los administradores escolares incluirán planes de mejoramiento de asistencia y/o serán reportados al tribunal.

Firma del padre o tutor legal

Fecha



Petición del expediente académico del estudiante

Date (Fecha) _____

A: _____
Last School Attended (Última escuela a la que asistió el estudiante)

Street Address (Domicilio) City (Ciudad) State (Estado) Zip Code (Código Postal)

Phone Number (Número de Teléfono)

Fax Number (No. de FAX)

Please send records for the student(s) below: (Escriba el nombre del individuo que necesita el expediente académico)

Name (Nombre)	Grade (Grado)	DOB (Fecha de Nac.)
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

The above student(s) have enrolled in our district. Please forward all records including the following records: El estudiante enlistado en la parte superior del documento se ha inscrito en nuestro distrito. Por favor envíe los siguientes documentos:

- Complete transcript, grades and credits (Relación de estudios completa, calificaciones y créditos)
- Immunization record (Registro de la vacunas)
- Test scores (Puntuaciones de las pruebas)
- Grades at time of withdrawal (Calificaciones cuando el estudiante se dio de baja en la escuela)
- Enrollment history (Tiempo en que estuvo inscrito)
- Attendance history (Antecedencia de asistencia)
- Discipline record (Antecedencia de disciplina)
- Special Education Records (if applicable) [Documentos de educación especial- si es pertinente]
- Individual Literacy Plan (if applicable) [Plan Individualizado de Alfabetización-si es pertinente]
- 504 Plan (if applicable)[Plan 504- si es pertinente]
- Advanced Learning Plan (if applicable) [Plan de Aprendizaje Avanzado-si es pertinente]
- Court Orders or Other Legal Documents (if applicable)[Ordenes de tribunal u otros documentos legales]

Family Educational Rights and Privacy Act of 1976 states that parental signature is not required for transfer of records between schools (La ley de Los Derechos Familiares Educativos 1976, no exige que la firma del padre sea necesaria para solicitar que el expediente académico del estudiante sea transferido de escuela a escuela)

Please send records as soon as possible to:
Por favor envíe los documentos lo antes posible a:

School Name:
Attention:
Street Address:
City, State ZIP:
Phone Number:
Fax: Number:

Date of Requests: (Office Use Only) (Para uso Oficial únicamente)

1st _____

2nd _____

Date contacted Principal: _____

Date contacted Superintendent: _____

Home Language Survey

The purpose of this checklist is to determine the principle or native language of the student, or the language spoken in the home. In grades K-8, this checklist must be fill out by the parent or guardian. In grades 9-12, the student may fill out this checklist.

Student's Name _____

Grade _____ Birthdate _____

School _____

Parent or Guardian's Name _____

Address _____

1. Student's First Spoken Language _____

2. If your child currently speaks or understands a language other than English, what is the language? *(Do not include languages learned in school)*

3. Please describe the language spoken by your child.

(Check only one):

- a. Speaks only the other language and no English.
- b. Speaks mostly the other language and some English.
- c. Speaks the other language and English equally.
- d. Speaks mostly English and some of the other language.
- e. Speaks only English.

4. Please describe the language understood by your child. **(Check only one):**

- a. Understands only the other language and no English.
- b. Understands mostly the other language and some English.
- c. Understands the other language and English equally.
- d. Understands mostly English and some of the other language.
- e. Understands only English.

5. How often is a language other than English used in your home? **(Check only one):**

- a. Only the other language and no English
- b. Other language more often than English.
- c. Other language and English equally.
- d. English more often than the other language.
- e. Only English.

6. In what language would you prefer all school notices and letters?

- English Spanish Other (Please name)

Parent or Guardian's Signature

Date

Cuestionario del Idioma que se habla en el Hogar

El propósito de este cuestionario es para determinar el idioma principal o nativo de su estudiante, o el lenguaje que se habla en el hogar. En los grados de k- 8, este cuestionario deberá de ser completado por el padre o tutor legal. Para los grados del 9 al 12, el estudiante puede llenar este cuestionario.

Nombre del Estudiante _____

Grado _____ Fecha de Nacimiento _____

Escuela _____

Nombre del Padre o tutor legal _____

Domicilio _____

1. Idioma primario del estudiante (que habló primero)

2. Si su hijo actualmente habla o entiende otro idioma que no es el inglés ¿Cuál es el idioma?

3. Por favor describa el idioma que su hijo/a habla (marque solo uno):

- a. Solamente habla otro idioma y no el inglés.
- b. La mayor parte del tiempo habla otro idioma y un poco de inglés.
- c. Habla otro idioma e inglés igualmente.
- d. La mayor parte del tiempo habla inglés y un poco del otro idioma.
- e. Solamente habla inglés.

4. Por favor describa el idioma que su hijo/a entiende. (marque solo uno):

- a. Solamente entiende otro idioma y no el inglés.
- b. La mayor parte del tiempo entiende otro idioma y un poco de inglés.
- c. Entiende otro idioma y el inglés igualmente.
- d. La mayor parte del tiempo entiende inglés y un poco del otro idioma.
- e. Solamente entiende inglés.

5. ¿Con qué frecuencia se habla otro idioma y no el inglés en su hogar? (marque uno):

- a. Otro idioma solamente y no el inglés.
- b. Otro idioma más frecuente que el inglés.
- c. El otro idioma y el inglés igualmente.
- d. Inglés más que el otro idioma.
- e. Solamente inglés.

6. ¿En qué idioma prefiere todos los avisos y cartas escolares?

- Inglés Español Otro (Indique)

Firma del Padre o tutor legal

Fecha

Encuesta para Educación de Migrantes

(Migrant Education Survey)



¡Atención Padres! Usted y sus niños pueden ser elegibles para recibir servicios suplementarios. Si usted se ha mudado a esta área en el plazo de los tres años pasados con el intento a trabajar en agricultura o si usted ha trabajado en agricultura, usted puede ser elegibles para recibir servicios que incluyen la cuota de la escuela de verano para sus estudiantes, libros, consejería para los estudiantes de la escuela secundaria en preparación para la universidad, ayuda con el costo de servicios dentales y de la visión, e información sobre los recursos comunitarios disponibles para usted, incluyendo remisiones. Además, las escuelas pueden recibir el financiamiento adicional para proporcionar servicios más directos para los estudiantes en sus escuelas tales como almuerzo libre, personal bilingüe, materiales académicos, servicios de traducción, y más!

Por favor conteste las siguientes preguntas y devuelva esta hoja a la escuela lo más pronto posible. La información que nos dé será confidencial. Por favor llene **una** encuesta por cada familia.

Muchas gracias.

1. ¿Tiene menos de 3 años viviendo en este distrito escolar? SÍ NO
2. ¿Cuándo usted se mudó a este distrito escolar, ¿Fue su **razón principal** buscar trabajo en cualquier de las siguientes actividades? SÍ NO

Si su respuesta es sí, ¿Cuál(es)?

- Semillas/ vegetales/ frutas
- Campos/ Ranchos/ Granja (Incluyendo lechería y césped)
- Matanza, empacadora de carne
- Aves de corral
- Invernaderos, viveros o florerías
- Huerta / hortaliza
- Forestación /árboles navideños

3. Nombre de padres o tutores legales: _____ Fecha: _____
 Dirección: _____ # Apto.: _____
 Ciudad: _____ Código: _____
 Teléfono: _____ ¿A qué hora podemos llamar? _____

4. Por favor anote a todos los menores de 21 años que viven en su hogar:

Nombre y Apellido	Fecha de Nacimiento	Escuela

Regrese personalmente o envíe la forma a:

Anthony Espinoza
 Migrant Advocate
 Educational Service Center SD27J
 303-655-2839

INMUNIZACIÓN DE ESTUDIANTES

A ningún estudiante se le permitirá que asista o continúe asistiendo a cualquier escuela en el distrito sin cumplir con los requisitos legales de inmunizaciones contra enfermedades a menos que el estudiante tenga una excepción válida por razones de salud, religiosa, personal u otra razón como es provisto por la ley. Estudiantes que no presenten un certificado de inmunización o presenten una exención válida deben ser suspendidos y/o expulsados de la escuela hasta que tal certificado o exención sea recibida.

Si en cualquier tiempo existe el peligro de una epidemia de una enfermedad contagiosa para la cual la inmunización es requerida, los estudiantes con excepción serán obligados a inmunizarse o serán excluidos de la escuela hasta que el peligro haya pasado.

Adaptada el 14 de octubre de 1975
Modificada 1978
Modificada 25 de junio de 1991

LEGAL REFS.:	C.R.S. 22-33-106 C.R.S. 25-4-901 et seq
CROSS REFS.:	JF, Admisión escolar JHD, Exclusiones y excepciones para la asistencia escolar JKD/JKE, Suspensión, expulsión de estudiantes JRA/JRC, Expediente del estudiante

Nota: Vea las regulaciones del Departamento de Salud del Estado

District Procedures (Procedimientos del distrito)
File: JLCB-R

INMUNIZACIONES DE LOS ESTUDIANTES

1. Ninguna solicitud de admisión deberá ser completada sin el certificado de inmunizaciones o la forma completa para ser exento.
 - a. Los requisitos del certificado de inmunización podrían ser revocados por un período de 60 días desde la fecha de admisión para los estudiantes de transferencia o nuevos.
 2. El distrito, según lo establecido por el Departamento de Salud de Colorado, deberá proporcionar una forma para la inmunización.
 3. Cada uno de los planteles educativos deberá asegurar que la información pertinente esté incluida en la forma.
 4. Si el período de 45 días aún no ha cumplido, el director del plantel deberá notificar, por escrito, al estudiante o sus padres o tutores legales sobre el requisito de inmunización. El plantel deberá archivar una copia de esta notificación.
 5. Después de 55 días, el director del plantel deberá enviar por correo tal nota al domicilio más reciente que tenga archivado de los padres o tutores legales o el estudiante. La noticia deberá contener:
 - a. La notificación de que el estudiante será suspendido o expulsado si el certificado de inmunizaciones o la forma de excepción no ha sido recibida.
 - b. La última fecha en la que estaban cumpliendo con los requisitos.
- Una copia reglamento estudiantil relacionado con las inmunizaciones y una copia de los procedimientos de ley la suspensión o expulsión del alumno.
6. El estudiante que no cumpla deberá ser suspendido por el director por un máximo de hasta cinco días y deberá enviar esta noticia de suspensión al departamento de salud de Colorado.
 7. Si no se recibe el certificado de inmunizaciones durante el período de suspensión, el superintendente deberá instituir los procedimientos de expulsión.
 8. Cualquier suspensión o expulsión bajo este reglamento deberá terminar automáticamente después de cumplir con lo requerido.
 9. Una copia de la suspensión o expulsión deberá ser incluida en el expediente de salud del estudiante y deberá contener la explicación apropiada.

Adoptada el 25 de junio de 1991

STATE OF COLORADO

John W. Hickenlooper, Governor
Larry Wolk, MD, MSPH
Executive Director and Chief Medical Officer



Dedicated to protecting and improving the health and environment of the people of Colorado

4300 Cherry Creek Dr. S. Laboratory Services Division
Denver, Colorado 80246-1530 8100 Lowry Blvd.
Phone (303) 692-2000 Denver, Colorado 80230-6928
Located in Glendale, Colorado (303) 692-3090

www.colorado.gov/cdphe

Colorado Department
of Public Health
and Environment

Diciembre de 2013

Estimados Padres de familia de estudiantes de Colorado, de Jardín de niños a 12vo grado (Año escolar 2014-15),

Las vacunas son una parte importante del cuidado de la salud de nuestros niños, y la ley de Colorado requiere que los estudiantes que asistan a la escuela estén vacunados para prevenir enfermedades que pueden evitarse mediante la vacunación. El objetivo de esta carta es hacerles saber cuáles vacunas se requieren para asistir a la escuela y qué vacunas se recomiendan para proteger a sus hijos de la mejor manera ante los padecimientos que pueden evitarse mediante la vacunación (vea la lista en la segunda página).

Como padre de familia, es importante que usted sepa que además de las vacunas que el Consejo de Salud del Estado de Colorado requiere para asistir a la escuela, hay vacunas que el Comité Asesor en Prácticas de Vacunación (ACIP) recomienda. Éste es el programa de vacunación que mejor protegerá a sus hijos de un mayor número de enfermedades que pueden evitarse mediante la vacunación.

Los padres de familia a menudo tienen inquietudes o desean más información acerca de las vacunas para sus hijos o sobre la seguridad de las vacunas. Hay un sitio de Internet diseñado para responder las preguntas más frecuentes de los padres de familia acerca de la importancia y seguridad de las vacunas, aquí lo encuentra: www.ImmunizeForGood.com. El Programa de Vacunación de Colorado se encuentra en el sitio: www.ColoradoImmunizations.com.

Las escuelas se esfuerzan en dar cumplimiento a las leyes de vacunación. Es de gran ayuda que usted proporcione los registros de vacunación actualizados de sus hijos cuando lo inscriba o cuando les pongan vacunas adicionales. Por favor hable de las necesidades de vacunación con el pediatra de sus hijos o con el Departamento de Salud Pública de su localidad. (Para encontrar la información necesaria para ponerse en contacto con el Departamento de Salud Pública que corresponda a la zona donde vive, llame a la Línea telefónica de la salud familiar al teléfono 1-303-692-2229 ó 1-800-688-7777). Por favor lleve a la escuela los registros de vacunación actualizados de sus hijos cada vez que los vacunen.

Atentamente,

Programa de Vacunación de Colorado
Departamento de Salud Pública y Medio Ambiente de Colorado
303-692-2700

NÚMERO MÍNIMO DE DOSIS REQUERIDAS PARA EL REGISTRO DE VACUNACIÓN
niños a 12º grado, 2014-15, requeridas para asistir a la escuela

VACUNA	Número de dosis	Jardín de niños a 12º (5 a 18 años de edad)
	<i>Vacunas administradas ≤ 4 días antes de la edad mínima son válidas</i>	
Tos Ferina <i>La vacuna DTaP sólo está autorizada hasta los 6 años de edad.</i>	5 a 6	5 DTaP (si la dosis 4 se administró en el 4º cumpleaños o después, ya se cumplió con el requerimiento). La dosis final de DTaP no se debe administrar antes de los 4 años de edad. La Tdap se requiere del 6º al 12º grado.
Tétanos/Difteria <i>La vacuna DT sólo está autorizada hasta los 6 años de edad.</i>	3 a 5	5 DT (si la dosis 4 se administró en el 4º cumpleaños o después, ya se cumplió con el requerimiento). Si el niño tiene 7 años de edad o más, debe tener 3 vacunas de tétanos/difteria espaciadas de manera adecuada (DTaP, DT, Td, Tdap) - 4 semanas entre la dosis 1 y 2 y 6 meses entre la dosis 3 y 4.
Polio (IPV)	3 a 4	4 IPV (si la dosis 3 se administró en el 4º cumpleaños o después, ya se cumplió con el requerimiento). La dosis final se debe administrar después del 4º cumpleaños.
Sarampión/Paperas /Rubéola (MMR) <i>Propuesto para este año escolar: 1 dosis de rubéola cumple con el requisito.</i>	2	La 1ª dosis no se puede administrar más de 4 días antes del 1º cumpleaños. Se requieren 2 dosis desde jardín de niños a 12º grado.
Varicela <i>Se requiere la documentación de la enfermedad que puede obtener con un profesional de la salud (médico, enfermera registrada o médico asistente).</i>	1 o 2	La 1ª dosis no se puede administrar más de 4 días antes del 1º cumpleaños. Se requieren 2 dosis para los niños desde jardín de niños a 7º grado. Se requiere 1 dosis de 8º a 12º grado.
Hepatitis B <i>Los estudiantes que no tengan las 3 dosis de la vacuna Hep B antes de 7/1/2009 deberán seguir los intervalos mínimos recomendados por el Comité Asesor en Prácticas de Inmunización (ACIP)</i>	3	La segunda dosis debe administrarse por lo menos 4 semanas después de la primera dosis. La tercera dosis debe administrarse por lo menos 16 semanas después de la primera dosis y por lo menos 8 semanas después de la segunda. La dosis final no debe administrarse antes de las 24 semanas (6 meses de edad). La serie de 2 dosis es aceptable para los menores de 11 a 15 años. Las dos dosis solo se aceptarán si se usó la vacuna aprobada para la serie de 2 dosis con la documentación debida (nombre de la vacuna, dosis, fechas e intervalo).

VACUNAS RECOMENDADAS PARA LA MEJOR PREVENCIÓN DE LOS PADECIMIENTOS QUE PUEDEN EVITARSE CON LAS VACUNAS
Jardín de

VACUNAS	Número de Dosis	Jardín de niños a 12º (5 a 18 años de edad) <i>Las vacunas administradas ≤ 4 días antes de la edad mínima, son válidas</i>
Influenza (Gripe)	1 a 2	2 dosis iniciales si se administran antes de los 9 años de edad con un intervalo mínimo de 28 días entre dosis. En adelante se administrará 1 dosis anual. Se recomienda para niños de 6 meses de edad en adelante.
Meningitis Meningocócica (MCV)	1 a 2	Adolescentes de 11 a 18 años de edad
Virus del Papiloma Humano (HPV)	3	Adolescentes de 11 a 18 años de edad.
Hepatitis A (Hepatitis A)	2	Todos los niños de 1 año en adelante

Para las vacunas REQUERIDAS: Se acepta una prueba de laboratorio que demuestre inmunidad.

Debe traer la siguiente documentación a la escuela de su hijo para cumplir con la ley:

1. Un Registro de vacunación completo que certifique que el estudiante ha recibido el número mínimo de vacunas.
2. Si el Registro de vacunación del estudiante no está actualizado, el padre, tutor o estudiante independiente tiene 14 días después de la notificación directa para proporcionar la documentación que pruebe que la siguiente vacuna ya fue administrada y mandar un plan para completar las vacunas adicionales requeridas. Si no se completa el plan el estudiante podrá ser expulsado o suspendido de la escuela por incumplimiento. La excepción a esta regla es la escasez de vacunas.
3. Declaración de exención de la vacunación – El Registro de vacunación del Departamento de Salud Pública y Medio Ambiente de Colorado:
 - a) una exención **médica** firmada por un médico autorizado que diga que la condición física del estudiante es tal que las vacunas podrían poner en peligro su vida o su salud, o que está contraindicado desde un punto de vista médico; o
 - b) una exención **religiosa** firmada por el padre, tutor o estudiante independiente que diga que el estudiante tiene creencias religiosas que se oponen a las vacunas; o
 - c) una exención **personal** firmada por el padre, tutor o estudiante independiente que diga que las creencias personales del estudiante se oponen a las vacunas.

Los requerimientos de vacunación se impondrán de manera estricta a todos los estudiantes. Los estudiantes que no cumplan con los requerimientos no podrán asistir a la escuela de acuerdo con los Estatutos Revisados de Colorado 25-4-902.

Llame para saber acerca de vacunas gratis o de bajo costo a la línea telefónica de la salud familiar al teléfono 303-692-2229 o 1-800-688-7777

Nombre del estudiante (Use letra de molde) _____ Grado _____ Fecha de nacimiento _____

Nombre del padre/tutor legal (Use letra de molde) _____

Elegibilidad de inscripción

Por favor complete la Forma de Inscripción para las Escuelas Seguras [Safe Schools Enrollment Form] por cada estudiante que desee inscribir. Esta información le ayudará al personal a verificar la elegibilidad de inscripción. El personal se comunicará con cada estudiante antes de clases para verificar la información proporcionada. El incumplimiento a proporcionar toda la información completa y correcta podrá ocasionar dilataciones con la inscripción o es posible que la inscripción sea revocada después.

Autoridad para negar la admisión

La ley de Colorado (C.R.S. 22-33-106(2)) autoriza a los distritos escolares a que nieguen la admisión bajo ciertas condiciones específicas.

Declaración de elegibilidad

Por favor complete las siguientes preguntas al contestar "sí" o "no". Dependiendo de su respuesta, es posible que necesite presentar más información.

- Sí No 1. ¿Su estudiante se graduó de la escuela, completó el 12 grado, o recibió cualquier otro certificado de términos de estudios generales, como el diploma de equivalencia de estudios generales de educación secundaria? Si lo es, explique:

- Sí No 2. ¿Su estudiante se encuentra entre la edad de 5 a 20 años? (Este no es pertinente para los programas de preescolar)
- Sí No 3. ¿Su estudiante es residente del Distrito Escolar 27J o está inscrito en el distrito bajo el permiso de inscripción de asistencia a la escuela de su preferencia [Open enrollment] otorgada por el reglamento del superintendente JFAB, JFBA y JFBB? Reglamento disponible en el sitio web del distrito.
- Sí No 4. ¿Ya proporcionó usted el registro de inmunizaciones de su hijo?
- Sí No 5. ¿Su estudiante ha sido suspendido, expulsado, ha estado bajo la consideración de ser expulsado, o de otra manera se le pidió que se diera de baja de cualquier escuela y/o del distrito debido a problemas con la disciplina, asistencia, o asuntos de seguridad durante los 12 meses pasados? Esto incluye la conducta por la cual el estudiante recibió una multa criminal, aunque esto hay ocurrido dentro o fuera de la escuela.
Si lo es, indique la escuela/ el distrito o estado: _____
Por favor explique el problema a continuación:

Yo, padre o tutor legal del estudiante solicitante para la inscripción, entiendo que si la información es falsa o incompleta podrá dilatar la inscripción del estudiante o está podrá ser revocada después.

Firma del padre o tutor legal _____ Fecha _____

Administrative Use Only(Sólo para uso administrativo)

