

**SANTIAM CANYON SCHOOL
DISTRICT 129J**

Uso de escuela

Maestro Asignado/Concejero _____
 Información de camión AM _____ PM _____ Camión# _____
 Padre de familia completo forma Si/No Escuela _____

Nombre Legal del Alumno _____

Apellido Primer Nombre Segundo Nombre

Nombre de Preferencia _____

Apellido Primer Nombre Segundo Nombre

La última escuela que asistió _____

Sexo _____ Grado _____ Edad _____ Fecha de Nacimiento ___/___/___ Tel.casa _____ Enlistado_S/ N

Dirección _____ Ciudad _____ Código Postal _____ Región _____

Dirección de Correo(si es diferente) _____ Ciudad _____ Código Postal _____

Apellido de Soltera Madre _____ Nombre del Padre _____

Nombre de la Madre _____

Primer Lenguaje(si es otro que Inglés) _____ Seguro Social del Alumno _____

Cuidado de Niño

Nombre _____ Teléfono _____ Dirección _____

EN CASO DE EMERGENCIA

Doctor _____ Teléfono _____ Destino de Hospital _____

P35 Nosotros tenemos permiso para llevar a este estudiante al doctor / hospital mas cercano? Si ___ No ___

P36 Nosotros tenemos permiso para contactar a un doctor? Si ___ No ___ Médico

P32 Nosotros tenemos permiso para que este estudiante asista a películas en el salón? Si ___ No ___ Por favor marque si su hijo tiene problemas Correcto Medicamento

P31 Nosotros tenemos permiso para llevar al estudiante a un viaje? Si ___ No ___ con

P37 La escuela de SantiamCanyon District tiene su permiso para grabar al estudiante en el ambiente de la escuela? Si ___ No ___ M31 Escuchando Si/No

M32 Mirando Si/No

P38 Nosotros tenemos permiso para incluir al estudiante en el directorio de información ? Si ___ No ___ M33 Ataques Si/No

P39 Santiam Canyon SD tiene mi permiso para pedir información de programas Médicos de Oregon si califica. Si ___ No ___ M34 Asma Si/No

M35 Diabetis Si/No

M36 Alergias Si/No

M37 Medicamento requerido diariamente Si/No

ASEGURANZA DE ESTUDIANTE(por favor marque el espacio apropiado)

___ Nosotros planeamos comprar aseguranza en la escuela

___ Nuestro hijo(a) esta cubierto por nuestro plan de salud no necesitamos ninguna aseguranza additional

___ Nuestro hijo(a) esta cubierto por Oregon Health Plan

___ Nosotros no tenemos aseguranza, y no planeamos comprar ninguna aseguranza en la escuela y entendemos que

Santiam Canyon SD no proporciona aseguranza que cubra a los students.

Otras condiciones médicas especiales/problemas/instrucciones médicas _____

FIRMA DEL PADRE _____ FECHA _____

*** Proveer el número de (SSN)de su hijo(a) es voluntario.** Si usted lo provee, el distrito escolar lo usará(SSN) para el archivo,investigar, o information de uso ordinario. El distrito escolar no usará SSN, para hacer ninguna decisión que directamente afectara a usted o a ninguna otra persona. Si usted decide no proveer su SSN a usted no se le negara ningún derecho como estudiante. Por favor lea el siguiente informe que describe como su SSN es usado. Proveer su SSN, significa que usted esta de acuerdo para usar su SSN en la manera described. ** La ley Federal exige al distrito que reporte está información. Es su opción proveerlo. La información es solamente usada para reportes Federales.

**** Informe de Declaración de Seguro Social.**

OAR 581-21-250(1)(j) Autoriza al distrito escolar preguntarle a usted que provea su número de seguro social.(SSN). El SSN será usado por el distrito para información, investigación y archivo. Su SSN también será proveido al Departamento de Educación de Oregon. El Departamento de Educación de Oregon reúne información acerca de los estudiantes y programas para cumplir con los requisitos de información y estadísticas federales. Eso ayuda también a los distritos escolares al estado buscar un plan y desarrollo de programas educacionales y el estudiante éxito en su área de trabajo.

Ha recibido su hijo(a) alguno de los siguientes servicios el la escuela?

Concejeria	Si___ No___	TAG	Si___ No___
Educación Especial	Si___ No___	Hablar	Si___ No___
Titulo I	Si___ No___	ELL	Si___ No___
Educación Migrante	Si___ No___		

Nuestra escuela provee servicios si estan disponibles. Usted piensa que su hijo(a) se beneficiará con algunos de estos programas? Si es asi, cuales?

Grupo Etnico

Proveer los antecedentes étnicos de su hijo(a) es voluntario. Eso ayudará a nuestro cordinador de evaluación asi como asistir al distrito a cumplir con los requisitos de documentación para el estado y programas federales y reportes de información. Marque uno.

Asiático___ Negro___ Blanco___ Hispano___ Nativo Americano___ Otro_____

Declaración de Padres sin Custodia:

La ley de Oregon requiere que el progreso y los archivos de conducta que se refieren a este estudiante, seran compartidos con los padres sin custodia en su petición, a lo menos que a la escuela se le presente de lo contrario una orden de corte.