

Inscripción del Estudiante

South St. Paul
Public Schools



INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Nombre (legal) del estudiante:

_____ apellido _____ primer nombre _____ segundo nombre

Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: _____ Grado: _____

RECORD ESCOLAR

¿El estudiante asistió alguna de las escuelas en South St. Paul?

No Si _____
nombre de la escuela y fecha en que asistió

¿Asistió a otra escuela pública en otro Distrito?

No Si _____
nombre del Distrito

¿El estudiante asistió a una de las escuelas en South St. Paul?

Servicios de intervención Plan 504 Educación especial
 Estudiante de inglés

_____ nombre de la escuela más reciente
_____ ciudad y estado

INFORMACIÓN DE LA FAMILIA

Adulto/s responsables de la familia 1:

Nombre: _____ Relación con el estudiante: _____
apellido primer nombre inicial 2° nombre

Dirección: _____ No. del Apto: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Telf. de la residencia: _____ Telf. del trabajo: _____ Núm. del Celular: _____

Correo electrónico: _____

Adulto/s responsables de la familia 2:

Nombre: _____ Relación con el estudiante: _____
apellido primer nombre inicial 2° nombre

Dirección: _____ No. del Apto: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Telf. de la residencia: _____ Telf. del trabajo: _____ Núm. del Celular: _____

Correo electrónico: _____

Prueba de tutela: Si la persona que inscribe al niño no es el padre, el distrito requerirá documentación legal antes de inscribirlo.

POR FAVOR, COMPLETE EL REVERSO DE ESTA PAGINA

PARA USO OFICIAL (OFFICE USE ONLY)

Date: _____ Registering School: _____

State Aid Code: _____ Teacher: _____

Student Number: _____ Transportation Code: _____

Home Language: _____ State ID Number: _____

Last Location Code: _____ Start Date: _____

Address and Birth Certificate Verification Required

Address Verification:

Utility Bill Lease Agreement Bank Statement Pay Stub
 Other: _____

If address is not South St. Paul, complete the *Open Enrollment Form*.

Birth certificate received: _____

Authorized Signature

Enumere **TODAS** los niños que viven en esta dirección que no sea el estudiante mencionado anteriormente:

LEGAL Apellido	Primer Nombre	Inicial del 2° Nombre	Sexo M/F	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Escuela y Grado (si está registrado)	Tu relación con el niños
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

CONTACTOS DE EMERGENCIA

Por favor enumere todos los contactos de emergencia que le gustaría asociar con su (s) estudiante (s). Estas personas serán las únicas personas autorizadas para recoger a su hijo (a) a la escuela. Usted puede agregar contactos adicionales a lo largo del año escolar contactando a su escuela.

Nombre: _____ Número de teléfono: _____ Relación con el estudiante: _____

Nombre: _____ Número de teléfono: _____ Relación con el estudiante: _____

Nombre: _____ Número de teléfono: _____ Relación con el estudiante: _____

PREGUNTAS ADICIONALES PARA PADRES SEPARADOS / DIVORIDOS

Las Escuelas Públicas de South St. Paul consideran que todos los padres/representantes legales deben involucrarse con la educación de sus hijos. También entendemos que muchos niños tienen padres divorciados o separados. Si está divorciado o separado, por favor llene este formulario con el fin de comunicarnos efectivamente con ambos padres/representantes acerca de las conferencias y cualquier otra información.

¿Quién tiene la custodia legal y física de su niños? (Si es compartida, por favor, indique ambos)

Nombre: _____

Nombre: _____

Dirección: _____

Dirección: _____

Ciudad/Estado/Código Postal

Ciudad/Estado/Código Postal

Tel. de la residencia: _____

Tel. de la residencia: _____

Teléfono del trabajo: _____

Teléfono del trabajo: _____

Custodia legal Custodia física

Custodia legal Custodia física

¿Existen alguna orden judicial que restrinjan el acceso al niño o sus registros?

No Si (Por favor, explique si su respuesta es Si)

Nombre de la persona que tiene alguna restricción: _____

FIRMA DEL PADRES/REPRESENTANTES DEL ESTUDIANTE

Esta información es verdadera y correcta a mi leal saber y entender.

Firma: _____

Fecha: _____

Padres/representantes del estudiante

Formulario de designación demográfica racial y étnica 2019-20

Nombre del estudiante: _____ Inicial del segundo nombre: _____ Apellido: _____

Fecha de nacimiento: _____ Distrito: _____ Escuela: _____

Se requiere que las escuelas reporten el origen étnico y la raza al estado y al Departamento de Educación de los EE. UU. Debido a los cambios recientes en la ley del estado de Minnesota, Minnesota desglosa cada categoría en grupos detallados para representar aun más nuestras poblaciones estudiantiles. Los padres o tutores no están obligados a responder las preguntas federales (**en negrita**) de sus hijos. Si usted decide no responder a las preguntas federales (**en negrita**), la ley federal exige que las escuelas respondan por usted. Este es un último recurso: preferimos que los padres o tutores completen el formulario. Las preguntas estatales se etiquetan como "Opcional" y las escuelas no completarán esta información por usted.

Esta información ayuda a mejorar la enseñanza y el aprendizaje para todos, y nos ayuda a identificar y abogar con precisión por los estudiantes actualmente desatendidos. La información que recopila este formulario se considera información privada. Puede revisar el aviso de privacidad para obtener más información sobre el propósito de recopilar esta información, cómo se usará y no se usará, y cómo se identificaron los grupos detallados. El aviso de privacidad se puede encontrar en nuestras *Preguntas frecuentes: Formulario de designación étnica y racial*.

¿Es el estudiante hispano/latino según lo define el gobierno federal? La definición federal incluye personas de origen cubano, mexicano, puertorriqueño, sudamericano o centroamericano o de otra cultura u origen español, independientemente de su raza. ¹

[Debe seleccionar "sí" o "no" a esta pregunta.]

El propósito de recopilar cada grupo, cómo se usará y no se usará la información, y cómo se identificaron los grupos más detallados se puede encontrar en el documento de preguntas frecuentes adjunto.

¹Registro Federal, Vol. 72, No. 202/Viernes 19 de octubre de 2007/Avisos/59274

○ **Sí** [En caso afirmativo, pase a la pregunta A.]

○ **No** (Si la respuesta es No, pase a la pregunta 1.)

Pregunta opcional A Si respondió Sí en la parte superior, seleccione todas las que correspondan de la lista a continuación (el personal de la escuela no contestará esta pregunta):

- | | | | |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Declina indicar | <input type="checkbox"/> Guatemalteco | <input type="checkbox"/> Salvadoreño | <input type="checkbox"/> Otro hispano/latino |
| <input type="checkbox"/> Colombiano | <input type="checkbox"/> Mexicano | <input type="checkbox"/> De España/español/ español-americano | <input type="checkbox"/> Origen desconocido |
| <input type="checkbox"/> Ecuatoriano | <input type="checkbox"/> Puertorriqueño | | |

Pase a la pregunta 1.

[Seleccione "sí" a al menos una de las preguntas (1-6) a continuación.]

Pregunta 1: ¿ Se identifica el estudiante como indio americano o nativo de Alaska según lo define el estado de Minnesota? La definición del estado de Minnesota incluye personas que tienen orígenes en cualquiera de los pueblos originarios de América del Norte que mantienen una identificación cultural a través de la afiliación tribal o el reconocimiento de la comunidad. [Esta pregunta es necesaria para calcular la ayuda/financiación estatal.]

○ **Sí** [En caso afirmativo, pase a la pregunta 1a.]

○ **No** [Si la respuesta es No, pase a la pregunta 2]

Pregunta opcional 1a: Si respondió Sí, seleccione todas las que correspondan de la lista a continuación (el personal de la escuela no contestará esta pregunta):

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Declina indicar | <input type="checkbox"/> Cherokee | <input type="checkbox"/> Otra afiliación tribal india de América del Norte |
| <input type="checkbox"/> Anishinaabe/Ojibwe | <input type="checkbox"/> Dakota/Lakota | <input type="checkbox"/> Origen desconocido |

Pase a la pregunta 2.

Pregunta 2. ¿Es el estudiante indio americano de Sur o Centro América?

○ **Sí** (En caso afirmativo, pase a la pregunta 3.)

○ **No** (Si la respuesta es No, pase a la pregunta 3.)

Pregunta 3. ¿Es el estudiante asiático según lo define el gobierno federal? La definición federal incluye personas que tienen orígenes en cualquiera de los pueblos originarios del lejano oriente, sudeste asiático o el subcontinente indio, incluyendo, por ejemplo, Camboya, China, India, Japón, Corea, Malasia, Pakistán, las islas Filipinas, Tailandia, y Vietnam ¹

○ **Sí** (En caso afirmativo, pase a la pregunta 3a.)

○ **No** (Si la respuesta es No, pase a la pregunta 4.)

Pregunta opcional 3a. Si respondió Sí, seleccione todas las que correspondan de la lista a continuación (el personal de la escuela no contestará esta pregunta):

- | | | | |
|--|-----------------------------------|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Declina indicar | <input type="checkbox"/> Chino | <input type="checkbox"/> Karen | <input type="checkbox"/> Otro lugar asiático |
| <input type="checkbox"/> indio asiático | <input type="checkbox"/> Filipino | <input type="checkbox"/> Coreano | <input type="checkbox"/> Origen desconocido |
| <input type="checkbox"/> Birmano | <input type="checkbox"/> Hmong | <input type="checkbox"/> Vietnamita | |

El propósito de recopilar cada grupo, cómo se usará y no se usará la información, y cómo se identificaron los grupos más detallados se puede encontrar en el documento de preguntas frecuentes adjunto.

¹Registro Federal, Vol. 72, No. 202/Viernes 19 de octubre de 2007/Avisos/59274

Pase a la pregunta 4.

Pregunta 4. ¿Es el estudiante negro o afroamericano según lo define el gobierno federal? La definición federal incluye personas que tienen orígenes en cualquiera de los grupos raciales negros de África.¹

- Sí** [En caso afirmativo, pase a la pregunta 4a.] **No** [Si la respuesta es No, pase a la pregunta 5.]

Pregunta opcional 4a. Si respondió Sí, seleccione todas las que correspondan de la lista a continuación (*el personal de la escuela no contestará esta pregunta*):

- | | | |
|--|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Declina indicar | <input type="checkbox"/> Etíope-otro | <input type="checkbox"/> Somalí |
| <input type="checkbox"/> Afroamericano | <input type="checkbox"/> Liberiano | <input type="checkbox"/> Otra raza negra |
| <input type="checkbox"/> Etíope-Oromo | <input type="checkbox"/> Nigeriano | <input type="checkbox"/> Origen desconocido |

Pase a la pregunta 5.

Pregunta 5. ¿Es el estudiante nativo de Hawái u otra isla del Pacífico según lo define el gobierno federal? La definición federal incluye personas que tienen orígenes en cualquiera de los pueblos originarios de Hawái, Guam, Samoa u otras islas del Pacífico.¹

- Sí** (Pase a la pregunta 6.) **No** (Pase a la pregunta 6.)

Pregunta 6. ¿Es el estudiante blanco según lo define el gobierno federal? La definición federal incluye personas que tienen orígenes en cualquiera de los pueblos originarios de Europa, el Medio Oriente o el Norte de África.¹

- Sí** **No**

Nombre del padre/tutor _____

Fecha _____

Firma del padre/tutor _____

El propósito de recopilar cada grupo, cómo se usará y no se usará la información, y cómo se identificaron los grupos más detallados se puede encontrar en el documento de preguntas frecuentes adjunto.

¹Registro Federal, Vol. 72, No. 202/Viernes 19 de octubre de 2007/Avisos/59274

Historia Médica del Estudiante

South St. Paul
Public Schools



INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Nombre: _____ Sexo: _____ Fecha de Nacimiento: _____
apellido primer nombre inicial 2° nombre

Grado: _____ Maestro/a: _____ Escuela: _____

Padre/Madre/Tutor: _____

Telf. de la residencia: _____ Teléfono del trabajo: _____

HISTORIA MÉDICA Y ENFERMEDADES

1. ¿Hubo complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto?

No Sí (Explique) _____

2. ¿Alguna vez ha sido hospitalizado su hijo o ha tenido una lesión grave o una enfermedad grave?

No Sí (Explique) _____

3. ¿Tiene su hijo algún problema de salud crónico o problemas diagnosticados por un médico? Marque todo lo que corresponda:

- | | | | |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> TDAH | <input type="checkbox"/> Historia de la conmoción cerebral | <input type="checkbox"/> Trastorno de alimentación (<i>especifique abajo</i>) | <input type="checkbox"/> Ataques |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Estreñimiento | <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza | <input type="checkbox"/> Problema de visión o Lentes/lentes de contacto |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Problema de audición/
Amplificador del oído | <input type="checkbox"/> Otro problemas |
| <input type="checkbox"/> Problema intestinal
o vesical (<i>especifique abajo</i>) | Tipo de lista:
<input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Problema de corazón (<i>especifique abajo</i>) | |

Por favor explique cualquier problema marcado arriba:

Alergias (lista) Ambiental: _____

Comida: _____

Medicamentos: _____

4. ¿Hay algo más sobre el estado físico o emocional de su hijo que crea que deberíamos saber? Por favor explique:

POR FAVOR, COMPLETE EL REVERSO DE ESTA PAGINA

INFORMACIÓN DE LA MEDICACIÓN DEL ESTUDIANTE

Enumere **TODOS** los medicamentos que toma su hijo (recetados regularmente o según sea necesario Y medicamentos de venta libre). Tenga en cuenta que esto NO se realiza con un formulario de consentimiento de medicamentos para ningún medicamento necesario en la escuela. Vea abajo para más información.

Nombre del medicamento:	Razón para la medicación:	Dosis:	Tomado diariamente o según sea necesario?
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Si su hijo necesita tomar medicamentos en la escuela, tenga en cuenta lo siguiente:

1. El formulario de Autorización para la Administración de Medicamentos se **REQUIERE** para todos los medicamentos que se toman en la escuela, incluidos los medicamentos sin receta (de venta libre). Los estudiantes deben tomar todos los medicamentos en la escuela en la oficina de salud, a menos que se acuerde de manera individual con la enfermera de la escuela.
2. El formulario de Autorización para la Administración de Medicamentos debe estar firmado por un prescriber autorizado y un padre / tutor para que los medicamentos se administren en la escuela. Se necesita un nuevo formulario de consentimiento cada año escolar o cuando se cambia la medicación y / o la dosis.
3. Los formularios están disponibles en la enfermería o en el sitio web del Distrito en www.sspps.org/healthservices.

Con el fin de garantizar la salud y la seguridad de su hijo, la información anterior puede compartirse con el personal de la escuela que trabaja con su estudiante y con el personal de respuesta de emergencia en caso de que se llame al 911. Tenga en cuenta: los padres son responsables de los costos incurridos con el tratamiento y / o el transporte por parte del personal de respuesta a emergencias o los paramédicos (911).

HOSPITAL PREFERIDO EN CASO DE EMERGENCIA: _____

Nombre del padre / tutor: _____
escriba su nombre

Firma del Padre / Tutor: _____

Fecha: _____

La escuela pretende utilizar la información solicitada para satisfacer las necesidades de salud y seguridad de su hijo mientras se encuentra en la escuela. Puede negarse a proporcionar la información personal solicitada. No habrá consecuencias por no proporcionar la información. Puede resultar en un plan de salud y seguridad incompleto para su hijo. La información que proporcione se compartirá solo con el personal del distrito escolar cuyos trabajos requieren acceso a esta información para garantizar la seguridad y el éxito escolar de su hijo.

Introduzca los datos de cada una de las vacunas que su hijo/a haya recibido hasta la fecha. Especifique el mes, el día y el año de cada dosis (p. ej., 01/01/2020)

Formulario de vacunaciones

Nombre _____

Fecha de nacimiento _____

Vacunas requeridas para cuidados infantiles, programas para la primera infancia y la escuela.

Vacuna	0 - 6 meses	12 - 24 meses	En el jardín de infantes	En 7.º grado	En 12.º grado
Hepatitis B	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Diphtheria, Tetanus, Pertussis (DTaP, DT, Td)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<i>Haemophilus influenzae</i> type b (Hib)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Pneumococcal (PCV)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Polio	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Measles, Mumps, Rubella (MMR)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Chickenpox (varicella)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hepatitis A	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tetanus, Diphtheria, Pertussis (Tdap)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Meningococcal (MCV4)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

La ley de Minnesota obliga a que los niños matriculados en cuidados infantiles, programas para la primera infancia o la escuela estén vacunados contra ciertas enfermedades, excepto si el niño cuenta con una exención médica o no médica.

Instrucciones para el padre, la madre o el guardián:

- Indique las fechas en orden cronológico, incluso si su hijo/a recibió alguna vacuna fuera de la categoría de edad o grado que aparece en el recuadro. Dependiendo de la edad de su hijo/a, es posible que no haya recibido todas las vacunas, por lo que algunos recuadros se dejarán en blanco.
 - Si tiene una copia del historial de vacunación de su hijo/a, puede incluir una copia del mismo en lugar de rellenar la parte delantera de este formulario.
 - Su clínica o doctor pueden proporcionarle una copia del historial de vacunación de su hijo/a. Si le falta o necesita información sobre el historial de vacunación de su hijo/a, hable con su doctor o llame a Minnesota Immunization Information Connection (MIIC) al 651-201-3980 o al 800-657-3970.
- Firme u obtenga las firmas necesarias para la parte trasera de este formulario.
 - Documente las exenciones médicas y no médicas en la sección 1.
 - Verifique el historial de varicela en la sección 2.
 - Proporcione consentimiento para compartir información sobre vacunaciones (opcional) en la sección 3.

Instrucciones: Rellene la sección 1 para documentar una exención médica o no médica, la sección 2 para comprobar el historial de varicela y la sección 3 para dar consentimiento para compartir información sobre vacunaciones.

Nombre _____

1. Documente una exención médica o no médica (A y/o B).

Marque con una X en el recuadro para indicar si se trata de una exención médica o no médica. Si existen exenciones para más de una vacuna, marque cada vacuna con una X.

Vacuna	Exención médica	Exención no médica
Diphtheria, Tetanus, and Pertussis		
Polio		
Measles, Mumps, Rubella		
<i>Haemophilus influenzae</i> type b		
Chickenpox (varicella)		
Pneumococcal		
Hepatitis A		
Hepatitis B		
Meningococcal		

A. Exención médica: Con mi firma a continuación confirmo que este/a niño/a no debería recibir las vacunas marcadas con una X en la tabla por razones médicas (contraindicaciones) o porque existe una confirmación de laboratorio conforme ya es inmune.

Firma: _____ Fecha: _____
(del profesional médico*)

2. Historial de varicela. Este/a niño/a tuvo la varicela durante el mes y año _____

Mi firma a continuación significa que confirmo que este/a niño/a no necesita de la vacuna contra la varicela porque:

- Soy un profesional médico y a este/a niño/a le fue previamente diagnosticada la varicela, o bien el padre o la madre proporcionaron una descripción que indica que su hijo/a tuvo la varicela en el pasado.
- Soy el padre, la madre o el guardián y este/a niño/a tuvo la varicela antes o en fecha del 1 de septiembre de 2010.

Firma: _____ Fecha: _____
(del profesional médico*, representante de clínica pública o padre/madre/guardián). El padre o la madre pueden firmar si la varicela tuvo lugar antes de septiembre de 2010.

*La definición de profesional médico se aplica a médicos con licencia, practicantes de enfermería o ayudantes de médicos.

B. Exención no médica: No es obligatorio vacunar a un menor si esto va en contra de las creencias de su padre, madre o guardián. No obstante, elegir no vacunar puede poner en riesgo la salud o la vida de su hijo/a o de otras personas con las que entre en contacto. Los niños no vacunados que estén expuestos a una enfermedad que pueda prevenirse mediante vacunación pueden ser obligados a permanecer fuera de los cuidados infantiles, la escuela y otras actividades con el fin de protegerles tanto a ellos mismos como a otros.

Con mi firma confirmo que este/a niño/a no recibirá las vacunas marcadas con una X en la tabla a causa de mis creencias. Soy consciente de que es posible que se obligue a mi hijo/a a quedarse fuera de los cuidados infantiles, la escuela y otras actividades en caso de estar expuesto/a.

Firma: _____ Fecha: _____
(del padre, madre o guardián en presencia del notario)

Las exenciones no médicas deben ser firmadas y selladas por un notario:

Este documento fue firmado en mi presencia el _____ (fecha)

por _____
(nombre del padre, madre o guardián)

Firma del notario: _____

Sello del notario



ESTADO DE MINNESOTA, CONDADO DE _____

3. Consentimiento para compartir información sobre vacunaciones: Esta escuela solicita su permiso para compartir el registro de vacunación de su hijo/a con el sistema de información de vacunaciones de Minnesota. Dar su permiso:

- Proporcionará un acceso más fácil para que tanto usted como su escuela verifiquen los registros de vacunación (p. ej., al inicio del curso escolar cada año).
- Ayudará a su escuela a proteger a los estudiantes al saber quiénes pueden ser vulnerables a enfermedades de acuerdo con sus registros de vacunación. Esto puede ser muy importante durante el brote de una enfermedad.

Según la ley de Minnesota, toda la información que proporcione es privada y únicamente podrá compartirse con los que estén autorizados a recibirla. Firmar esta sección del formulario es opcional. Si elige no firmar, esto no afectará a los servicios médicos o educativos que su hijo/a reciba.

Estoy de acuerdo en permitir que la escuela de mi hijo/a comparta la documentación de vacunación de mi hijo/a con sistema de información de vacunaciones de Minnesota:

Firma: _____ Fecha: _____
(de padre/madre/guardián)

Encuesta sobre los Idiomas de Minnesota

Minnesota es el hogar de hablantes de más de 100 idiomas diferentes. La capacidad de hablar y entender varios idiomas es valorada. La información que usted proporcione será utilizada por el distrito escolar para ver si su estudiante es multilingüe. En Minnesota, los estudiantes que son multilingües pueden calificar para un sello multilingüe tras una previa evaluación. Además, la información que usted provea determinará si su estudiante debe tomar una prueba de habilidad del idioma inglés. Basado en los resultados de la prueba, su estudiante puede tener derecho a instrucción de desarrollo del idioma inglés. **El acceso a la instrucción es requerido por la ley federal y estatal. Como padre o tutor, usted tiene el derecho de rechazar la instrucción de clases de Aprendiz de Inglés (English Learner) en cualquier momento.** Cada estudiante que se matricula debe recibir la Encuesta sobre los Idiomas de Minnesota durante la inscripción. La información solicitada en este formulario es importante para poder servir a su estudiante. Su ayuda para completar la Encuesta sobre los Idiomas de Minnesota es muy apreciada.

Información del estudiante	
Nombre completo del estudiante: (Apellido, Nombre, Segundo Nombre)	Fecha de nacimiento o identificación del estudiante:

	Marque la frase que mejor describe a su estudiante:	Indique el (los) idioma (s) aparte del inglés en el espacio provisto:
1. Mi estudiante primero aprendió:	<input type="checkbox"/> idioma(s) aparte del inglés. <input type="checkbox"/> inglés e idioma(s) aparte del inglés. <input type="checkbox"/> solo inglés.	
2. Mi estudiante habla:	<input type="checkbox"/> idioma(s) aparte del inglés. <input type="checkbox"/> inglés e idioma(s) aparte del inglés. <input type="checkbox"/> solo inglés.	
3. Mi estudiante entiende:	<input type="checkbox"/> idioma(s) aparte del inglés. <input type="checkbox"/> inglés e idioma(s) aparte del inglés. <input type="checkbox"/> solo inglés.	
4. Mi estudiante tiene una interacción consistente con:	<input type="checkbox"/> idioma(s) aparte del inglés. <input type="checkbox"/> inglés e idioma(s) aparte del inglés. <input type="checkbox"/> solo inglés.	

El uso del lenguaje por sí solo no identifica a su estudiante como aprendiz de inglés. Si se indica un idioma que no sea el inglés, se evaluará a su hijo para determinar el dominio del idioma inglés.

Información del padre/tutor	
Nombre del padre/tutor (en letra de imprenta):	
Firma del padre/tutor	Fecha:

* Todos los datos en este formulario son privados. Solo se compartirán con el personal del distrito que necesite dicha información para atender mejor a su estudiante y para los informes requeridos legalmente sobre el idioma del hogar y elegibilidad del servicio al Departamento de Educación de Minnesota. En el distrito y en el Departamento de Educación de Minnesota, esta información no se compartirá con otras personas o entidades, excepto si están autorizadas por ley estatal o federal para acceder a la información. El cumplimiento de esta solicitud de información es voluntario.

Minnesota Language Survey
Spanish

Special District 6 Divulgación de Records

South St. Paul
Public Schools



UNA ESCUELA NO PUEDE RETENER RECORDS POR QUE UN ESTUDIANTE DEBE DINERO. (Minn.Stat.1233.37, Subd.2)

A quien corresponda:

Nombre de estudiante _____

Fecha de nacimiento _____

anteriormente asistió a su escuela _____

Escuela/Ciudad y Estado

y está matriculándose en el grado _____ en _____

Escuela/Ciudad y Estado

Por favor ande lo siguiente:

_____ Records acumulativos
(transcripción, asistencia, disciplina, exámenes estandarizados, acta de nacimiento, tutela)

_____ Records de la educación especial (Actual IEP y último reporte de evaluación, plan 504)

_____ Records de salud (formularios de exámenes físicos, examen físico para deportes, vacunas)

_____ Calificaciones actuales y/o de deserción escolar

Por favor envíe los records académicos por correo electrónico o FAX a las siguientes escuelas:

Lincoln Center Elementary (Grados K-5)
357 - 9th Avenue North, South St. Paul, MN 55075
Teléfono: (651) 457-9476 Fax: (651) 457-9423
lc.enroll@sspps.org

South St. Paul Secondary (Grados 6-12)
700 North Second Street, South St. Paul, MN 55075
Teléfono: (651) 457-9475 Fax: (651) 306-3661
sec.enroll@sspps.org

Kaposia Education Center (Grados K-5)
1225 - First Avenue South, South St. Paul, MN 55075
Teléfono: (651) 451-9260 Fax: (651) 457-9453
kec.enroll@sspps.org

Community Learning Center (Grados 9-12)
141 - 6th Street South, South St. Paul, MN 55075
Teléfono: (651) 450-9966 Fax: (651) 306-3666
clc.enroll@sspps.org

Firma de padre/tutor

Número de teléfono

Fecha

Direccion (una prueba de residencia podría ser requerida)

Ciudad/Estado/Código Postal

Si se matricula después del comienzo del año escolar, cuál es el motivo por inscribirse a medio año:

NOTA: Solo un padre o tutor legal puede registrar a un estudiante. Si no es padre, adjunte documentación legal.