

INSCRIPCIÓN DE ESTUDIANTE

Sección 1 - Información del estudiante

*¿Este estudiante ha asistido alguna vez al distrito escolar de Sparta? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				
Metodo de Instruccion: <input type="checkbox"/> En el edificio <input type="checkbox"/> Virtual (SVLA) *Tiene internet en casa? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				
Apellido Legal:		Primer Nombre:		Suffix:
Género:		Fecha de Nacimiento:		Grado:
<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino				Edad:
				Fecha de inicio solicitada:
Lugar de Nacimiento:				
Ciudad:		Condado/municipalidad:		Estado:
				Pais:
Calle donde vive:		Apt # /Lote #:	Ciudad:	Numero de Telefono:
Etnia del alumno / Seleccione SOLO UNO:			Lenguaje que hablan en cas	
<input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> No Hispano o latino			<input type="checkbox"/> Engles <input type="checkbox"/> Otro:	
Raza local / Seleccione SOLO UNO abajo:			Etnia federal/MARQUE TODAS las que aplican abajo:	
<input type="checkbox"/> American Indian/Alaskan Native <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> Black/Non-Hispanic <input type="checkbox"/> Hispanic <input type="checkbox"/> Native Hawaiian/Other Pacific Islander <input type="checkbox"/> White/Non-Hispanic			<input type="checkbox"/> American Indian or Alaskan Native <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> Black or African American <input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> Native Hawaiian or Other Pacific Islander	
Por favor, marque el programa especializado que recibe su hijo.:				
<input type="checkbox"/> Necesidades Especiales/IEP <input type="checkbox"/> Aprendiendo idioma Inglés <input type="checkbox"/> 504Plan <input type="checkbox"/> Clases avanzadas <input type="checkbox"/> Otro:				
Nombre de la última escuela a la que asistió:		Ciudad/Estado:		Numero de Telefono:
Documentos legales (los documentos deben proporcionarse a la escuela)				
<input type="checkbox"/> Trámites de custodia <input type="checkbox"/> Colocación en Foster <input type="checkbox"/> Terminación de la patria potestad <input type="checkbox"/> Otro:				
Enumere TODOS los niños que viven en el mismo hogar que el estudiante mencionado anteriormente:				
Nombre:		Fecha de Nac:	Nombre de escuela, si va:	Grado:

Sección 2 - Información de padres

Familia 1			
Tutor (es) legal (es) principal (es) (Dirección donde vive principalmente el niño)			
Padre #1: Nombre (apellido/nombres)	Relacion:	Idioma	Numero de Telefono (cell o casa):
Nombre de lugar de trabajo:	Teléfono de trabajo:		<input type="checkbox"/> Trabaja en Fort McCoy
Correo electrónico / Email:		Home Address (if different than above)	
Padre #2: Nombre (apellido/nombres)	Relacion:	Idioma	Numero de Telefono (cell o casa):
Nombre de lugar de trabajo:	Teléfono de trabajo:		<input type="checkbox"/> Trabaja en Fort McCoy
Correo electrónico / Email:		Dirección de casa (si es diferente a la de arriba)	

Family 2			
Secondary Legal Guardian(s) (Guardians residing at a separate address from child)			
Padre #1: Nombre (apellido/nombres)	Relacion:	Idioma	Numero de Telefono (cell o casa):
Nombre de lugar de trabajo:	Teléfono de trabajo:		<input type="checkbox"/> Trabaja en Fort McCoy
Correo electrónico / Email:		Dirección de casa:	
<input type="checkbox"/> Padre con custodia <input type="checkbox"/> Puede recoger al alumno <input type="checkbox"/> Contacto de Emergencia			
Padre #2: Nombre (apellido/nombres)	Relacion:	Idioma	Numero de Telefono (cell o casa):
Nombre de lugar de trabajo:	Teléfono de trabajo:		<input type="checkbox"/> Trabaja en Fort McCoy
Correo electrónico / Email:		Dirección de casa:	

Padre con custodia Puede recoger al alumno Contacto de Emergencia

Sección 3 - Contactos de emergencia locales

Enumere los nombres de los contactos que la escuela debe usar en caso de una enfermedad / emergencia y la escuela no puede comunicarse con un padre/tutor		
Nombre (apellido y nombre):	Nombre (apellido y nombre):	Nombre (apellido y nombre):
Relation con el alumno:	Relation con el alumno:	Relation con el alumno:
Numero de Telefono:	Numero de Telefono:	Numero de Telefono:
Autorizado a recoger al alumno: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Autorizado a recoger al alumno: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Autorizado a recoger al alumno: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Idioma:	Idioma:	Idioma:

Sección 4 - Sección de evaluación del estudiante

De conformidad con el Estatuto del Estado de Wisconsin 115.777, que exige que un niño sea examinado para determinar si un niño está recibiendo servicios de educación especial u otras necesidades educativas al inscribirse por primera vez en un distrito escolar, marque cualquiera de los siguientes servicios que se aplican al niño que se está matriculando					
1	Autismo	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	6	Deficiencia ortopédica	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
2	Discapacidad intelectual	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	7	Otros problemas de salud	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
3	Discapacidad del comportamiento emocional	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	8	Discapacidad del habla o del lenguaje	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
4	Discapacidad auditiva	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	9	Lesión cerebral traumática	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
5	Discapacidad Específica de Aprendizaje	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	10	Discapacidad visual (no anteojos)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Por favor, responda las siguientes preguntas:					
1	¿Tiene su hijo un Programa de Educación Individualizado (IEP) actual?				<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
2	¿Su hijo tiene un plan 504?				<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
3	¿Era su hijo un estudiante que estuvo aprendiendo inglés (ELL) en su escuela anterior?				<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
4	¿Su hijo ha asistido anteriormente a una escuela pública o privada en Wisconsin?				<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
5	¿Tiene su hijo un trabajador social del condado, un trabajador de ISP o un oficial de libertad condicional?				<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
6	¿Tiene un defensor de familia asignado a su familia?				<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
7	¿Existe una orden judicial para la custodia del niño?				<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
8	¿Ha terminado la patria potestad de alguno de los padres biológicos sobre el niño?				<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Explique si respondió Sí a alguna de las preguntas anteriores.					
Padres en Fuerzas Armadas: (El estado requiere que los distritos escolares hagan estas preguntas a partir del otoño de 2018)					
1	¿Algún padre o tutor está en servicio activo en el ejército?	Que rama:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
2	¿Algún padre o tutor es un miembro tradicional de la Guardia o la Reserva?				<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
3	¿Algún padre o tutor es miembro de la Guardia Activa / Reserva (AGR) bajo el Título 10 o tiempo de la Guardia Nacional bajo el Título 32?				<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
4	¿Alguna de las familias vive actualmente en una vivienda militar en la base de Fort McCoy?				<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Expulsión (inscripción previa en una escuela pública o privada)					
1	¿Alguna vez su hijo ha sido expulsado de la escuela?				<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
2	¿Alguna vez se le ha pedido a su hijo que abandone un distrito escolar en lugar de la expulsión?				<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

Si respondió Sí a las preguntas 1 o 2:	Nombre de Escuela:	Fecha del evento:
Explique:		

Sección 5 - Sección del idioma en el hogar

La información en este formulario ayuda al Distrito Escolar del Área de Sparta a identificar a estudiantes que pueden necesitar ayuda para desarrollar las habilidades del idioma inglés, necesarias para el éxito en la escuela. Es posible que sea necesario realizar pruebas de idioma para determinar si su hijo necesita apoyo lingüístico. Las respuestas no se usan para determinar el estado legal ni para fines de inmigración. Si su hijo es identificado como elegible para los servicios de idioma inglés, puede rechazar algunos o todos los servicios ofrecidos a su hijo.

1	¿El primer idioma utilizado por este estudiante fue el inglés?	<input type="checkbox"/> SI: vaya a pregunta 2	<input type="checkbox"/> No: vaya a pregunta 3
2	Cuando está en casa, ¿este estudiante escucha o usa un idioma que no sea el inglés más de la mitad del tiempo?	<input type="checkbox"/> SI: vaya a pregunta 4	<input type="checkbox"/> No: El estudiante no es elegible para la evaluación ELP. La sección Idioma del hogar está completa. Vaya a la Sección 5a
3	Cuando está en casa, ¿este estudiante escucha o usa un idioma que no sea el inglés más de la mitad del tiempo?	<input type="checkbox"/> SI: administrar evaluación ELP. Registre otros idiomas. La sección Idioma del hogar está completa. Vaya a la Sección 5a.	<input type="checkbox"/> No: vaya a pregunta 4
4	Al interactuar con los padres o tutores, ¿este estudiante escucha o usa un idioma que no sea el inglés más de la mitad del tiempo?	<input type="checkbox"/> SI: administrar evaluación ELP. Registre otros idiomas. La sección Idioma del hogar está completa. Vaya a la Sección 5a.	<input type="checkbox"/> No: vaya a pregunta 5.
5	Al interactuar con cuidadores que no sean los padres o tutores, ¿este estudiante escucha o usa un idioma que no sea el inglés más de la mitad del tiempo?	<input type="checkbox"/> SI: administrar evaluación ELP. Registre otros idiomas. La sección Idioma del hogar está completa. Vaya a la Sección 5a.	<input type="checkbox"/> No: vaya a pregunta 6
6	Al interactuar con sus hermanos u otros niños en su hogar, ¿este estudiante escucha o usa un idioma que no sea el inglés más de la mitad del tiempo?	<input type="checkbox"/> SI: administrar evaluación ELP. Registre otros idiomas. La sección Idioma del hogar está completa. Vaya a la Sección 5a.	<input type="checkbox"/> No: vaya a pregunta 7.
7	¿Este estudiante es nativo americano, nativo de Alaska o nativo de Hawái?	<input type="checkbox"/> Yes: vaya a pregunta 8	<input type="checkbox"/> No: vaya a pregunta 9
8	¿El idioma de este estudiante está influenciado por un idioma tribal a través de un padre, abuelo, pariente o tutor?	<input type="checkbox"/> SI: administrar evaluación ELP. Registre otros idiomas. La sección Idioma del hogar está completa. Vaya a la Sección 5a.	<input type="checkbox"/> No: vaya a pregunta 9
9	¿Este estudiante se ha mudado recientemente de otro distrito escolar en el que fue identificado como aprendiz de inglés?	<input type="checkbox"/> Sí: vuelva a evaluar al estudiante si cumple con los criterios para la nueva evaluación. Consulte el Manual de políticas de EL. De lo contrario, el ELP del estudiante debe transferirse del distrito de origen.	<input type="checkbox"/> No: El estudiante no es elegible para la evaluación ELP. La sección Idioma del hogar está completa. Vaya a la Sección 5a.

Idiomas distintos al inglés utilizados por el estudiante, si se identifican:

Sección 5a

En qué idioma los padres prefieren las comunicaciones escolares:

Nombre del Padre de Familia/tutor:

Idioma oral:

Idioma escrito:
Nombre de Madre de Familia/tutor:
Idioma oral:
Idioma escrito:

Sección 6: Exclusión de información del directorio

El Distrito pondrá a disposición, previa solicitud, cierta información conocida como "información de directorio" sin el permiso previo de los padres o del estudiante elegible. La información del directorio significa información contenida en un registro educativo del estudiante que generalmente no se consideraría dañina o una invasión de la privacidad si se divulgara.

El Distrito Escolar del Área de Sparta ha clasificado lo siguiente como "información de directorio": nombre del estudiante, dirección, lista de teléfonos, fecha de nacimiento, participación en actividades y deportes oficialmente reconocidos, peso y estatura de los miembros de los equipos deportivos, fechas de asistencia, premios recibidos, la escuela anterior más reciente a la que asistió el estudiante, y fotografías relacionadas con la escuela para usar en anuarios, periódicos y redes sociales.

El propósito principal de la información del directorio es permitir que el Distrito Escolar del Área de Sparta incluya información de los registros educativos de su hijo en determinadas publicaciones escolares. Ejemplos incluyen:

- Un anuncio que muestre el papel de su estudiante en una producción teatral o en un concierto;
- El anuario (libro anual);
- Cuadro de honor u otras listas de reconocimiento;
- Programas de graduación; y
- Hojas de actividades deportivas, como lucha libre, que muestren el peso y la altura de los miembros del equipo.

Si **NO desea** que el Distrito Escolar del Área de Sparta divulgue (divulgue) información del directorio de los registros educativos de su hijo, haga su selección a continuación.

NO DIVULGUE la información del directorio de mi hijo a ningún **reclutador militar**

NO DIVULGUE la información del directorio de mi hijo a ningún **colegio o universidad**

NO DIVULGUE la información del directorio y las fotos de mi hijo para su uso en medios públicos como **periódicos y redes sociales no controladas por el distrito.**

NO DIVULGUE la información del directorio de mi hijo para su uso en las **publicaciones del distrito como se indica arriba**

NO DIVULGUE la información del directorio de mi hijo para su uso en **sitios de redes sociales locales** como; Sitio web del Distrito Escolar del Área de Sparta, páginas de Facebook del distrito y otras cuentas de redes sociales del distrito

Sección 7 - Información de salud

Marque cualquier condición de salud actual que pueda requerir atención durante el día escolar o en actividades curriculares.

Mi hijo NO tiene ningún problema de salud conocido

Mi hijo tiene problemas de salud que se indican a continuación:

ALERGIAS (Sea específico)		Mi hijo usa un EpiPen?		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> No
	Comidas:		Reacción:		
	Picaduras de abejas o insectos:		Reacción:		
	Medicinas:		Reacción:		
	Ambiental / Estacional:		Reacción:		
	Otros:		Reacción:		
	ASMA: Necesitará su hijo un inhalador en la escuela?	SI	No		Requiere formulario para medicinas
	CONDICIÓN CARDIA (CORAZÓN): Restricciones	SI	No		Requiere nota del médico
	DIABETES	Insulin Pump	Inyecciones de Insulina		Glucagon
	CONVULSIONES: Medicamentos de emergencia?	SI	No		Tipo:
OTRAS CONDICIONES DE SALUD (Por favor enumere):					

MEDICAMENTOS:

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">• La escuela no proporciona ningún medicamento.. |
| <ul style="list-style-type: none">• Todos los medicamentos que se administran en la escuela requieren un formulario de Medicación / Procedimiento de la escuela disponible en nuestro sitio web en: www.spartan.org o estará en la carpeta de inscripción. |
| <ul style="list-style-type: none">• Medicamentos recetados (incluya el inhalador / EpiPen que necesite su hijo): El padre / tutor Y un profesional de la salud deben firmar y poner fecha a un formulario de Medicación / Procedimiento escolar. |
| <ul style="list-style-type: none">• Medicamentos de venta libre: El padre / tutor debe firmar y poner fecha a un formulario de Medicación / Procedimiento de la escuela. SOLO se requiere la firma de un médico si la dosis excede las instrucciones recomendadas en la etiqueta.. |

Sección 7 - Continuación de la información de salud...

Proveedores de servicios de salud			
Clinica:		Nro. de telefono	
Hospital:		Nro. de telefono	
Dentista:		Nro. de telefono	
Entiendo que la información médica proporcionada se compartirá con todo el personal que necesite saber para proteger la vida y la seguridad de mi hijo. Yo, el abajo firmante, autorizo a los funcionarios del Distrito Escolar del Área de Sparta a contactar directamente a las personas nombradas, y autorizo a los médicos nombrados a brindar el tratamiento que se considere necesario en una emergencia, para la salud de dicho niño. En los casos en que los médicos, otras personas nombradas en este formulario o los padres no puedan ser contactados, por la presente se autoriza a los funcionarios de la escuela a tomar cualquier acción que sea necesaria a su juicio, para la salud de este niño. No responsabilizaré económicamente al distrito escolar por la atención de emergencia y / o el transporte de este niño.			
*La información médica del estudiante está protegida por la Ley de Privacidad HIPPA y / o la Ley de Privacidad y Derechos Educativos de la Familia (FERPA) con protección adicional otorgada por los Estatutos de Wisconsin 118.25 (2m) (a) (b) y 146.82-146.83.			
* De acuerdo con la política del distrito, los alumnos no pueden traer medicinas, con la excepción de Albuterol y Epinefrina. Si tiene preguntas, comuníquese con la enfermera del distrito.			
* DPI requiere que tengamos una nota del médico que verifique las necesidades de alergias / dietas especiales. Si su hijo requiere sustituciones de alimentos debido a alergias alimentarias, es necesario que la nota del médico esté archivada en la oficina de la escuela antes de recibir sustituciones de dietas especiales.			

Sección 8 - Historial de inmunizaciones

Indique el MES, DÍA Y AÑO en que su hijo recibió cada una de las siguientes vacunas. NO USE A (✓) O (X) excepto para responder la pregunta sobre varicela, Tdap o Td. Si no tiene registro de vacunación del alumno en casa, comuníquese con su médico o con el departamento de salud pública para obtenerlo.					
TIPO DE VACUNA	PRIMERA DOSIS Mes/día/año	SEGUNDA DOSIS Mes/día/año	TERCERA DOSIS Mes/día/año	CUARTA DOSIS Mes/día/año	QUINTA DOSIS Mes/día/año
DTAP/DTP/DT/TD (Difteria, tetano y pertussis))					
Vacuum de refuerzo para adolescentes. marque la apropiada Tdap () Td()					
Polio					
Hepatitis B					
MMR (Sarampion, Paperas, Rubela)					
Vacuna contra varicela (Chickenpox). Esta vacuna se necesita solo si su hijo no ha tenido varicela					
¿Ha tenido su hijo varicela(Chickenpox)? Marque la casilla correspondiente y proporcione el año si lo conoce: Sí _____ año (no se requiere vacuna) No o no está seguro (se requiere vacuna)					
Requisitos: Consulte los requisitos de edad / nivel de grado para el año escolar actual para determinar si este estudiante cumple con los requisitos.					
Datos de cumplimiento					
EL ESTUDIANTE CUMPLE CON TODOS LOS REQUISITOS: Firme y devuelva a la escuela					
EL ESTUDIANTE NO CUMPLE CON TODOS LOS REQUISITOS: Marque donde corresponda a continuación, firme y devuélvala a escuela.					
TENGA EN CUENTA QUE LOS ESTUDIANTES QUE NO TIENEN SUS VACUNAS COMPLETAS PUEDEN SER EXCLUIDOS DE LA ESCUELA SI OCURRE UN BROTE DE UNA DE ESTAS ENFERMEDADES.					
Aunque mi hijo no ha recibido todas las dosis requeridas de la vacuna, se ha recibido la PRIMERA (S) DOSIS (S). Entiendo que la SEGUNDA DOSIS debe recibirse antes del día 90 ° después de ingresar a la escuela este año, y que la TERCERA DOSIS y la CUARTA DOSIS, si es necesario, deben recibirse antes del 30 ° día escolar del próximo año. . También entiendo que es mi responsabilidad notificar a la escuela por escrito cada vez que mi hijo reciba una dosis de la vacuna requerida.					
<ul style="list-style-type: none"> NOTA: No cumplir con el horario y notificar a la escuela puede resultar en una acción judicial y una multa de hasta \$ 25.00 por día de infracción. EXENCIONES: Indique encima de la (s) fecha (s) de las vacunas que su hijo ya haya recibido 					
Por razones de salud, este estudiante no debe recibir las siguientes vacunas:					
Firma de doctor _____			Date Signed _____		
Por razones religiosas, este estudiante no debe vacunarse.					
Por razones de convicción personal, este estudiante no debe ser vacunado.					
La información de vacunación anterior es completa y precisa a mi leal saber y entender. Marque uno: (Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>) doy permiso para compartir los registros de vacunación actuales de mi hijo y a medida que se actualicen en el futuro con el Registro de Inmunizaciones de Wisconsin (WIR). Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento enviando una notificación por escrito al distrito escolar. Después de la fecha de revocación, el distrito escolar no proporcionará nuevos registros o actualizaciones al WIR.					
Verificación de padre / tutor					
Al firmar a continuación, verifico que la información dada es precisa y verificable a mi leal saber y entender.					
Nombre del padre / tutor legal (escrito): _____					
Firma: _____ Fecha: _____					