



**Información del Estudiante**

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre Legal del Estudiante: \_\_\_\_\_

Apellido                      Primer Nombre                      Segundo Nombre

Fecha de Nacimiento : \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Género : Masculino \_\_\_\_\_ Femenino \_\_\_\_\_

Lugar de Naclmento: \_\_\_\_\_

Dirección Física: \_\_\_\_\_ Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_

Dirección de Correo: \_\_\_\_\_ Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_

El estudiante se considera ser Hispano/Latino: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ (Debe marcar una)

Hispano or Latino Origen: Una persona de Cuba, México, Puerto Rico, Sur y Centroamérica, o de otra cultura española de origen, independientemente de la raza.

**Raza (Marque Uno o Más):**

\_\_\_\_\_ Indio Americano o Nativo de Alaska : Una persona con orígenes en cualquiera de los pueblos originales de norte y Sudamérica (Incluyendo America Central), y que mantiene un acceso de afiliación o de la comunidad tribal.

\_\_\_\_\_ Asiático : Una persona con orígenes en cualquiera de los pueblos originarios del lejano Oriente, sureste de Asia o el subcontinente indio, incluyendo, por ejemplo, Camboya, China, India, Japón, Corea, Malasia, Pakistán, las Islas Filipinas.

\_\_\_\_\_ Negro o Afroamericano: Una persona con orígenes en cualquiera de los grupos raciales negros de África

\_\_\_\_\_ Nativo Hawaiano u otros isleños del Pacífico: Una persona con orígenes en cualquiera de los pueblos originarios de Hawai, Guam, Samoa u otras islas del Pacífico.

\_\_\_\_\_ Caucasian : Una persona con orígenes en cualquiera de los pueblos originarios de Europa, norte de África o el Medio Oriente.

**Historia de la Escuela Anterior:**

El alumno previamente inscrito en Wiggins School District? Si _____ No _____	Fecha más reciente estudiante se inscribió en un Colorado escuela: _____	Este estudiante ha sido expulsado o tenido problemas disciplinarios significativos: Si _____ No _____
------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------

Lista la escuela asistida este estudiante en otro distrito, empezando por los más recientes:

Asistió a la escuela	Ciudad, Estado	año (s)
Asistió a la escuela	Ciudad, Estado	año (s)

Anterior y actual participación en el Programa (marque todas las que correspondan):

ALP \_\_\_\_\_ Educación Especial- Activo IEP \_\_\_\_\_ RTI \_\_\_\_\_ READ Plan \_\_\_\_\_ Otro : \_\_\_\_\_



# Nuevo Registro del Alumno

Página 3

## Información de Contacto de Emergencia:

Por favor, lista de contactos de emergencia locales (no los padres o tutores) que están autorizados a recoger a su estudiante de la escuela. Su estudiante no saldrá de la escuela a ninguna persona no puesta en la lista de contactos de emergencia. Por favor una lista de contactos de emergencia en el orden que te gustaría ser contactado.

Prioridad	Nombre(s)	Relación con Alumno	Teléfono de Casa	Teléfono Celular
1				
2				
3				
4				

## Autorizaciones de Padres/Legal Guardian

### Portal de Padres

Yo tengo una cuenta de Portal de padres?

SI \_\_\_ No \_\_\_

¿Si no, te gustaría tener una cuenta de Portal de padres configurar?

SI \_\_\_ No \_\_\_

Correo electrónico de los padres (información de login será enviado aquí) \_\_\_\_\_

Firma del padres \_\_\_\_\_

**Sólo los padres y guardian legales se les permite tener acceso a información del estudiante a menos que por escrito se ha recibido.**

### Manual del Estudiante:

Han recibido una copia de o tener acceso a un manual del estudiante para los estudiantes mencionados?

SI \_\_\_ No \_\_\_

Usted puede recoger a uno en la inscripción o conseguir uno en la página web [www.wiggins50.k12.co.us](http://www.wiggins50.k12.co.us)

### Liberación de Información

Yo doy permiso para que el nombre del estudiante, fotografía y otra información para ser publicada en los medios de comunicación o al sitio web del distrito.

SI \_\_\_ No \_\_\_

### Permiso de Paseos:

Yo doy permiso para que este estudiante participar en todas las actividades patrocinadas por la escuela y doy mi permiso para el patrocinadores designado para garantizar el tratamiento médico de emergencia para el estudiante nombrado arriba.

Yo libero y mantener inofensivo Wiggins School District RE-50J y patrocinadores por cualquier accidente o lesiones recibidas en cualquier actividad.

SI \_\_\_ No \_\_\_

### Permiso de uso de Internet:

Yo doy mi permiso para que este estudiante tiene acceso a Internet. También estoy de acuerdo en cumplir con Wiggins School District Board Policy JS-E en cuanto a uso de internet y Board Policy JSA-E en relación con el uso de correo electrónico.

SI \_\_\_ No \_\_\_

Padre/Guardian Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## Cuestionario de Salud

Grado Corriente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Género: Masculino \_\_\_ Femenino \_\_\_

Doctor de Familia :		Teléfono #:	
Hospital Preferido:		Teléfono #:	
Dentista:		Teléfono #:	

**Por favor, marque las siguientes que se aplican**

	SI	No		SI	NO
Asma:			Diabetes:		
Trastorno Convulsivo:			Cirugía:		
Migrana:			Trastorno por déficit de Atención/Trastorno por		
Alergia:			Problemas del Corazón:		
Alergia al Polen:			Fiebre Reumática:		
Problemas de la vejiga/ riñón:			Accidentes/ herida:		
Tenido la enfermedad de la varicela:			Usa Lentes or Lentes de contactos:		
Tenido la Vacuna de Varicela:			Problemas de Vista y Oidio:		
Otro					

Por favor explique cualquier pregunta que usted respondió "Sí": \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

¿Se toma diariamente algún medicamento? Si \_\_\_ No \_\_\_ ¿Será necesaria la medicación en la escuela? Si \_\_\_ No \_\_\_  
 Si la respuesta es sí, un "permiso de medicamento Forma" debe ser completado y firmada por padre o guardian. Si es necesario para la medicación de la prescripción que se dará en la escuela, una forma debe ser completada y firmada por un médico y un

AVTIVIDAD FÍSICA PERMITIDA: Completo \_\_\_ Limitado \_\_\_  
 \*Actividad limitada documentación es necesitado escrita de tu médico.

Padre/Guardian Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Wiggins School District RE-50J**  
**320 Chapman Street Wiggins, Co 80654**  
*Challenging and Empowering Young Minds*



**Home Language Questionnaire**

**School:** \_\_\_\_\_ **Teacher:** \_\_\_\_\_

Our school needs to know the language(s) spoken and heard at home by each child. This information is needed in order for us to provide the best instruction possible for all students. Thank you for your help.

Name of child: \_\_\_\_\_  
Last First Middle Grade Age

1. Which language did your child first learn to speak? \_\_\_\_\_
2. What language does your child use most often at home? \_\_\_\_\_
3. What language do you most often use to speak to your child? \_\_\_\_\_
4. In what country was your child born? \_\_\_\_\_
5. If your child was not born in the USA, what date did they enter the USA? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Signature of Parent or Guardian

\_\_\_\_\_  
Date

---

**Preguntas del Idioma Hablado en Casa**

**Escuela:** \_\_\_\_\_ **Profesor/a:** \_\_\_\_\_

Nuestra escuela necesita saber el idioma(s) hablado y escuchado en casa por cada niño/a. Esta información es necesaria para que podamos ofrecer la mejor instrucción posible a todos los estudiantes. Por favor, conteste las siguientes preguntas y regrese esta forma con su hijo/a al professor/a. Gracias por su ayuda.

Nombre del alumno: \_\_\_\_\_  
Apellido Primer Nombre Segundo Nombre Grado Edad

1. Que idioma comenzó su hijo/a hablar primero? \_\_\_\_\_
2. Que idioma usa más su hijo/a en la casa? \_\_\_\_\_
3. Que idioma usa usted con más frecuencia para hablar con su hijo/a? \_\_\_\_\_
4. En que país nació su hijo/a? \_\_\_\_\_
5. Si su niño/a no nació en los Estados Unidos, en qué fecha entraron los Estados Unidos?  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre o Guardian

\_\_\_\_\_  
Fecha



## McKinney-Vento Cuestionario de Elegibilidad

El acto de McKinney-Vento protege y apoya los derechos educativos de estudiantes que no tienen el vivienda permanent. Sus respuestas ayudarán a determinar los servicios gratis el estudiante(s) pueden ser elegibles para recibir, por ejemplo gratis desayuno y almuerzo, materiales para la escuela, información sobre recursos de la comunidad, necesidades básicas y mas. Esta información se mantendrá confidencial para mantener la privacidad familiar.

### Presentar la situación de la vivienda:

Por favor marque cualquiera o todas las que correspondan a su situación actual de la vivienda.

- Viviendo con amigos o miembros de la familia extendida debido a las dificultades económicas de su familia o falta de viviendas asequibles.
- En un refugio (casa segura o de emergencia)
- En un programa de viviendas transitorias
- A la espera de colocación de cuidado de crianza temporal
- Viviendo en el coche, el lugar de campamento, hotel, edificio abandonado, etc.
- Altamente móvil, moviendo cada pocas noches
- La falta de vivienda (no tiene cocina, cuarto de baño, agua y electricidad)
- Jóvenes no acompañados (no en la custodia física de sus padres o tutores)

**\*Si se comprueba una o más de las opciones de arriba, POR FAVOR LLENE LA INFORMACIÓN ABAJO**

Nombre completo del niño: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Dirección (si está disponible): \_\_\_\_\_

¿Cuánto tiempo ha vivido en esta dirección? \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Quisiera usted la ayuda con materiales para la escuela? \_\_\_\_\_

Por favor, hable con la recepción de la escuela de su hijo/a o Wiggins School District's Homeless Educational Liaison: Erica Gilliland (970)483-7762 Ext. 4216



## Encuesta Ocupacional del Colorado MEP

Su hijo puede ser candidato para recibir servicios suplementarios gratuitos, como tutoría, transporte y útiles escolares, además de otros servicios. Le agradeceríamos responder las siguientes preguntas para poder determinar su elegibilidad. Una vez contestada, envíela a la escuela o a la oficina regional de MEP que se detalla al pie de la página.

NOMBRE DEL MENOR:		APELLIDO DEL MENOR:		FECHA DE NACIMIENTO:	
ESCUELA:				GRADO:	
NOMBRE DEL PADRE/TUTOR:			¿Cuántas personas de menos de 22 años viven en su domicilio?		
DOMICILIO:			FECHA:		
CIUDAD:		ESTADO:		CÓDIGO POSTAL:	
TELÉFONO (CON CÓDIGO DE ÁREA):					
DÍA Y HORA PARA COMUNICARNOS CON USTED:			IDIOMA PREFERIDO:		

- ¿Durante los últimos tres años, su familia se ha cambiado a otro estado, ciudad, escuela, y/o condado?  
 SÍ                       NO
- ¿Usted o alguien de su familia directa está trabajando o ha trabajado durante los últimos tres años, en alguna de las siguientes ocupaciones relacionadas con el trabajo agrícola o pesquero?  
 SÍ                       NO

**CIRCULE** todo lo que corresponda, incluso si el trabajo fue por un período corto.



**Procesamiento & Empaquetado**  
(fruta, vegetales, huevos, carne de pollo, cerdo, res, o cualquier otro tipo de ganado)



**Agricultura o Trabajo de Campo**  
(cosecha, recolección y clasificación de cultivo, preparación del suelo, riego, fumigación)



**Lechería & Cría de Ganado**  
(alimentar, ordeñar, acorralar/ arrear)



**Vivero o Invernadero**  
(cultivar, plantar, podar, regar, cosechar)



**Silvicultura**  
(preparación del suelo, cosecha y crecimiento, corte de árboles)



**Pesca & Procesamiento de Pescado**  
(capturar, clasificar, empacar, transportar pescado)

*Esta encuesta y los datos registrados en la misma están protegidos para mantener la confidencialidad de la familia y los menores.*

*Si tiene preguntas, comuníquese a:*

Centennial BOCES  
2020 Club House Drive-Suite 230  
Greeley, CO 80634  
970-352-7404