

# FORMULARIO SOLICITUD ESTUDIANTE

(Traducción de este documento disponible bajo petición)

**SOLO PARA LA OFICINA**  
Cert. nacimiento.   
Vacunación   
Prueba res.   
Orden de custodia   
SOC   
OE

Colegio \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE (POR FAVOR, IMPRIMIR)

Apellido Legal		Nombre		Segundo nombre		FN	Sexo <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	Curso
Calle	Nombre calle	Nº Apt.	Apartado postal	Estado	Ciudad	C.P		
¿Necesita transporte desde esta dirección? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la <input type="checkbox"/> Mañana <input type="checkbox"/> Tarde (dirección principal)						Teléfono de casa		
¿Es este estudiante hispano/latino? <input type="checkbox"/> No, ni hispano ni latino <input type="checkbox"/> Sí, hispano o latino			¿Cuál es la raza de este estudiante? <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco					
Idioma principal que se habla en el hogar:*		¿Cuál es el idioma materno del estudiante?*		¿Qué otros idiomas se hablan en casa del estudiante o en su ambiente?*				
<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Otro _____		<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Otro _____						
¿Ha asistido alguna vez este estudiante a una escuela del programa TCAPS? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No								
Si la respuesta es sí, dónde _____ Fechas _____								
¿Actualmente está este niño en una casa de acogida? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No								
¿Hay actualmente una <b>Orden de protección, Nº orden de contacto</b> u otros factores de seguridad que afecten a este estudiante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es sí, presente una copia								

## PADRES / TUTORES / INFORMACIÓN ADULTOS

1

Apellido	Nombre	Inicial segundo nombre	Parentesco	¿Vive con el estudiante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Es usted el responsable legal de este estudiante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Teléfono de Casa (si es diferente al de arriba)	Teléfono Celular		Dirección de Correo Electrónico		
Dirección (si difiere de la anterior) - Calle / Nombre / Nº Apt. / Apt. postal / Ciudad / Código postal					
Lugar de trabajo				Teléfono del trabajo ( ) ext.	

2

Apellido	Nombre	Inicial segundo nombre	Parentesco	¿Vive con el estudiante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Es usted el responsable legal de este estudiante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Teléfono fijo (si difiera del anterior)	Móvil	Dirección email			
Dirección (si difiere de la anterior) - Calle / Nombre / Nº Apt. / Apt. postal / Ciudad / Código postal					
Lugar de trabajo				Teléfono del trabajo ( ) ext.	

3

Apellido	Nombre	Inicial segundo nombre	Parentesco	¿Vive con el estudiante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Es usted el responsable legal de este estudiante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Teléfono fijo (si difiera del anterior)	Móvil	Dirección email			
Dirección (si difiere de la anterior) - Calle / Nombre / Nº Apt. / Apt. postal / Ciudad / Código postal					
Lugar de trabajo				Teléfono del trabajo ( ) ext.	

Mi hijo REQUERIRÁ transporte desde/hasta una **SEGUNDA DIRECCIÓN ALTERNATIVA** señalada a continuación a las siguientes horas:  
(SOLO si **NO** se requiere transporte para una dirección física principal)

Mañana  Tarde

Persona de contacto dirección alternativa	Número de teléfono persona de contacto
Dirección alternativa	Ciudad / Código Postal Alterno

\*Si la respuesta para alguna de estas preguntas es "otra", se le entregará un cuestionario de idioma local en su lengua nativa.

## DESCRIPCIÓN DE LA RESIDENCIA

Si su estudiante ha perdido su vivienda permanente debido a una ejecución hipotecaria, desahucio, desastre natural o dificultades económicas, él o ella puede ser apto para recibir asistencia a través del programa "TCAPS' Students in Transition Empowerment Program (STEP)". La Ley de Asistencia para Desamparados de McKinney-Vento requiere que los distritos escolares eliminen cualquier obstáculo para la inscripción inmediata, la asistencia, la participación plena y el éxito de los estudiantes desde el curso Pre-K hasta el 12º grado que carezcan de una "residencia nocturna fija, regular y adecuada". Si son aptos, los estudiantes protegidos bajo la Ley McKinney-Vento tienen derecho a la matriculación inmediata en la escuela aunque no tengan los documentos que normalmente se necesitan, como prueba de residencia, registros escolares, registros de vacunación o certificado de nacimiento. La ley federal incluye una definición de quién es considerado "sin hogar" o más comúnmente referido como "persona en transición" a efectos de la Ley y, por lo tanto, que es elegible para disfrutar de los derechos y protecciones que proporciona.

### INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

Según la definición anterior, indique la situación de residencia de su hijo más abajo si: (1) describe la situación de vivienda actual de su hijo; O (2) el estudiante que se matricula no vive con un padre o tutor legal.

- Albergue:     Goodwill Inn     Pete's Place     Casa de huéspedes     Centro para mujeres
- Comparte habitación o sofa debido a situaciones económicas difíciles con     Familia     Amigos
- Estación de trenes o de autobuses, parking o coche.    Dónde: \_\_\_\_\_
- Motel/hotel.    Dónde: \_\_\_\_\_
- Campamento.    Dónde: \_\_\_\_\_
- Apartamento o edificio abandonado.    Dónde: \_\_\_\_\_
- Casa de acogida, si ha estado menos de 6 meses en la misma.    Fecha de colocación: \_\_\_\_\_
- No se aplica

## INFORMACIÓN DE SALUD *Señale cualquier información de salud referente a este estudiante.*

¿Tiene el estudiante algún problema de salud crónico?     Sí     No    Si la respuesta es sí, descríbalo \_\_\_\_\_  
(Ejemplo: asma, diabetes, ataques, visión, oído)

¿Pone esta enfermedad en riesgo su vida?     Sí     No

¿Usa el estudiante Epi-Pen o cualquier otra medicación de urgencia?     Sí     No    Si la respuesta es sí, ¿estará en el colegio?     Sí     No

Si ha contestado sí a algunas de estas preguntas, póngase en contacto con el Coordinador de Salud para que le ayude a desarrollar el plan de asistencia de cuidado de su hijo 231-933-5687

Enumere cualquier alergia/intolerancia: \_\_\_\_\_ Reacción: \_\_\_\_\_

Enumere todos los medicamentos (incluidos los que no necesitan receta) que el estudiante llevará al colegio.

**(Formulario de autorización medicación/tratamiento requerido)**

\_\_\_\_\_     \_\_\_\_\_     \_\_\_\_\_

¿Historial de retraso en el desarrollo?     Sí     No    Si la respuesta es sí, por favor, descríbalo \_\_\_\_\_

¿Historial de salud mental; preocupaciones, ansiedad, miedos, depresión?     Sí     No    Si la respuesta es sí, por favor, descríbalo \_\_\_\_\_

¿Patrones de sueño/problemas/pesadillas?     Sí     No    Si la respuesta es sí, por favor, descríbalo \_\_\_\_\_

¿Historial familiar de dificultades de aprendizaje, TDHA?     Sí     No    Si la respuesta es sí, por favor, descríbalo \_\_\_\_\_

¿Qué información adicional quiere que conozcamos sobre su hijo?

---

---

---

## EDUCACIÓN ESPECIAL -SECCIÓN 504

¿Ha recibido alguna vez este estudiante algún servicio de educación especial o asistido a clases de educación especial?  Sí  No

¿Recibe este estudiante actualmente servicios de educación especial?  Sí  No

¿Tiene actualmente este estudiante un plan de la sección 504?  Sí  No

¿Ha estado ingresado alguna vez el estudiante en una institución mental o en un centro de comportamiento?  Sí  No

Si la respuesta es sí, presente una copia de dichos documentos.

## CONTACTOS DE EMERGENCIA *Si no podemos localizarle, por favor enumere dos contactos de emergencia LOCALES que CAPS puede notificar o al que entregar a este estudiante.*

Apellido	Nombre	Inicial segundo nombre	Relación o parentesco
----------	--------	------------------------	-----------------------

Teléfono fijo ( )	Móvil ( )
----------------------	--------------

Teléfono del trabajo y extensión ( )	ext.
---	------

Apellido	Nombre	Inicial segundo nombre	Relación o parentesco
----------	--------	------------------------	-----------------------

Teléfono fijo ( )	Móvil ( )
----------------------	--------------

Teléfono del trabajo y extensión ( )	ext.
---	------

## INFORMATION FAMILIAR *Enumere todos los niños en la familia (por orden de nacimiento, empezando por el mayor).*

Nombre	Sexo <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	Fecha de nacimiento	Colegio
Nombre	Sexo <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	Fecha de nacimiento	Colegio
Nombre	Sexo <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	Fecha de nacimiento	Colegio
Nombre	Sexo <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	Fecha de nacimiento	Colegio
Nombre	Sexo <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	Fecha de nacimiento	Colegio
Nombre	Sexo <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	Fecha de nacimiento	Colegio

# Acto Público 328

La Ley Pública 328 (con vigencia a partir del 1 de enero de 1995) requiere que los distritos escolares de la escuela pública expulsen a cualquier estudiante que posea un arma peligrosa en una zona escolar libre de armas o cometa incendio o violación en un edificio escolar o en propiedad escolar (incluyendo autobuses escolares y / u otro transporte escolar).

Un arma peligrosa se define como "un arma de fuego, daga, punzón, estilete, cuchillo con una hoja de más de tres (3) pulgadas de longitud, navaja abierta por un dispositivo mecánico, barra de hierro o nudillos de latón u otros dispositivos diseñados o con probabilidad de infligir daños corporales, incluyendo, pero no limitado a pistolas de aire comprimido y artefactos explosivos."

Seleccione una opción:

- 1. No ha sido expulsado de otro colegio.
- 2. Ha sido expulsado de otro colegio (o tiene cargos de expulsión pendientes).
- 3. Se encuentra actualmente bajo suspensión de otro colegio.

Si ha seleccionado la opción 2 o 3, por favor, explique más abajo las circunstancias:

---

---

**SIGUE POR DETRÁS**

# SOLICITUD DE REGISTROS

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

## HISTORIAL ESCOLAR

Último colegio al que acudió este estudiante					Fecha abandono	
Calle del ultimo colegio	Ciudad	Estado	Código postal	Teléfono	Fax	

## PROTECCIÓN DE DATOS

La Junta designa como "información de directorio" del estudiante el nombre, la dirección, el número de teléfono del estudiante, la fecha y el lugar de nacimiento, la fotografía, las imágenes de vídeo y / o electrónicas, el campo principal de estudio, la participación en actividades y deportes oficialmente reconocidos, si es miembro de un equipo de deporte, fechas de asistencia, fecha de graduación, premios recibidos, listas de honor y becas. Si tiene alguna objeción con respecto a la divulgación de esta información sobre su hijo, notifíquelo por escrito a la escuela a la que asistirá su hijo.

## CONSENTIMIENTO PATERNO

- **En caso de enfermedad, accidente o lesión lo suficientemente grave como para justificar atención médica inmediata, doy mi permiso para transportar al niño al hospital más cercano. Entiendo que soy responsable de todos y cada uno de los costos incurridos.**
- **La Junta puede establecer acceso en línea para los padres o el estudiante elegible a los registros académicos y de asistencia confidenciales del estudiante. Por favor recuerde que la cuenta y la información confidencial sobre el estudiante es tan segura como la información de su estudiante. El padre de familia, el estudiante elegible, o una persona autorizada será responsable de que el Distrito y sus empleados se hagan responsables de cualquier fallo de esta información.**
- **Entiendo que, por las necesidades de salud, seguridad y / o educación de mi hijo, es posible que deba compartir información con personas que trabajan con mi hijo. Típicamente, esto incluiría al administrador del edificio, al secretario, a los maestros, a los ayudantes, a los consejeros, a los trabajadores sociales de la escuela, al personal de turno del mediodía, al personal del transporte, a la enfermera de la escuela, y al coordinador del programa de ausentismo escolar.**

Entiendo que:

1. *Traverse City Area Public Schools solicitará informes de este estudiante del (los) colegio (s) anterior (es); y*
2. *La matrícula será condicional hasta que el colegio reciba y revise los informes; y*
3. *Si los informes de los estudiantes recibidos del (los) colegio (s) anterior (es) no son como se esperaban, el estudiante quedará inmediatamente excluido del Colegio Público Traverse City Area Public School sin posibilidad de recurso.*

Las escuelas pueden enviar el expediente educativo de un estudiante a los funcionarios de las escuelas en las cuales el estudiante quiere o tiene la intención de inscribirse, a condición de que los padres del estudiante sean notificados de la transferencia, reciban una copia del expediente si lo desean y tengan la oportunidad de replica ante el contenido del informe. Por favor envíe a la escuela los registros especificados más abajo para determinar las oportunidades de inscripción.\*

- IEP
- Transcripción
- Registros de educación (CA60)

\*La solicitud de esta información no garantiza la matriculación.

\_\_\_\_\_  
Firma (Padre/tutor/o estudiante si tiene 18 años o más)

\_\_\_\_\_  
Firma (Padre/tutor/o estudiante si tiene 18 años o más)

\_\_\_\_\_  
Teléfono del colegio

\_\_\_\_\_  
Fax del colegio

\_\_\_\_\_  
Dirección colegio, Ciudad, estado, código postal