

MOULTON ISD REGISTRATION BLANK

Nombre: _____ Edad: _____ Grado: _____
Last Middle First

DOB: _____ Sex: M F SSN: _____

Lugar dr Nacimiento: _____ Basado en: _____

Direccion Postal: _____

Direccion Fisica: _____

Numero de Telephono: _____

Padre: _____ Celido: _____ Trabajo: _____

Lugar de empleo: _____ Ocupacion: _____

Madre: _____ Celido: _____ Trabajo: _____

Lugar de empleo: _____ Ocupacion: _____

Guardian: (si procede) _____

Escuela asistio a la ultima: _____ Anos asistio: _____

Direccion: _____

Apellido, fecha de nacimiento y las edades de los otros niños en el hogar:

Nombre	Birthdate	Edad

Moulton ISD
P.O. Drawer C
Moulton, Texas 77975

Texas Education Agency/Division of Bilingual Education

To be completed by Parent or Guardian. The state of Texas requires that the following information to be completed for **each student** that enrolls for the first time in Texas public schools. This survey shall be kept in each student's permanent record folder. Please complete a separate form for each student in your household.

Home Language Survey
Grades K-12

Name of Student: _____ Grade: _____ Campus: _____

Student Address: _____

1. What language is spoken in your home most of the time? _____

2. What language does your child speak most of the time? _____

Signature of Parent or Guardian: _____ Date: _____

Cuestionario del idioma que se habla en el hogar

Debe de Completarse por el Padre/Madre/O Representante Legal. El estado de Texas require que la siguiente información se complete para **cada estudiante** que se matricula por primera vez en una escuela publica de Texas. Este cuestionario se archivara en el expediente del estudiante. Por Favor complete un formulario separado por cada estudiante en su hogar.

Nombre del Estudiante: _____ Nivel: _____ Escuela: _____

Direccion: _____

1. Que idioma se habla en su hogar la mayoría del tiempo? _____

2. Que idioma habla su hijo/a la mayoría del tiempo? _____

Firma del Padre/Madre: _____ Date: _____

Moulton ISD Cuestionario de Residencia de Estudiante

La información contenida en este formulario es necesario para cumplir la ley conocida como la 11434a(2) de McKinney-Vento ley 42 U.S.C., que es también conocido como título X, sección C, de la izquierda detrás de ley de la infancia de No. Las respuestas que le ayudará a los servicios de determinar de escuela que el alumno puede ser elegible para recibir.

Nombre del estudiante: _____

Sexo: Masc. Fem.

Fecha de nacimiento: _____

Grado: _____

Seguro Social #: _____

Marque la respuesta que describa mejor con quien vive el estudiante. (Favor de notar que un guardián legal solamente puede ser nombrado por la corte.)

- Padre(s) de familia
- Guardián(es) legal(es)
- Proveedor de cuidado que no sea el guardián legal (Ex: amigos, parientes, padres de amigos, etc..)
- Otro: _____

Favor de marcar únicamente el cuadro que mejor describe donde vive el estudiante actualmente:

- En mi casa o apartamento
- En la casa de un amigo o familiar por elección (ex: nuevo en la zona y actualmente buscando vivienda, doblando a ahorrar dinero, quedándose con un padre anciano cuidados)
- En la casa de un amigo o relativa porque perdí mi vivienda debido a una penuria (ex: incendio, inundación, empleo perdido, divorcio, la violencia doméstica, expulsados por los padres, los padres en la cárcel)
- En un refugio porque no tengo vivienda permanente
- En la vivienda de transición (vivienda que está disponible para un período específico de tiempo sólo es parcial o totalmente pagada por una iglesia, organización sin fines de lucro u otra organización)
- En un hotel o un motel
- En una tienda de campaña, automóvil, van, abandonado edificio, en las calles, en un camping, en la parte, o en otra ubicación desesperado
- En un RV porque no tengo un hogar permanente
- En una casa que no tiene electricidad
- En una casa que no tiene agua corriente
- Ninguna de las anteriores describir mi situación actual de la vida. *Explique brevemente :*

Proporcione la siguiente información para hermanos de edad escolar del estudiante:

Nombre	Grado Escolar	Escuela

Firma _____

Fecha _____

Para uso escolar: _____

Student Qualifies

Student Does Not Qualify

Moulton ISD

Agencia de Educación de Texas

Cuestionario de Información de Datos Raciales y de Etnicidad de Estudiantes/Miembros de Personal de las Escuelas Públicas de Texas

El Departamento de Educación de Estados Unidos (USDE) requiere que todas las instituciones estatales y locales de educación, recopilen datos sobre etnicidad y raza de los estudiantes y de miembros de personal. Esta información es utilizada para los reportes estatales y federales así como para reportar a la Oficina de Derechos Civiles (OCR) y a la Comisión de Igualdad en el Empleo (EEOC).

Al personal del distrito escolar y los padres o representante legal de estudiantes que deseen matricularse en la escuela, se le requiere proporcionar esta información. Si usted rehúsa proporcionarla, es importante que sepa que el USDE requiere que los distritos escolares usen la observación para identificación como último recurso para obtener estos datos utilizados para reportes federales.

Favor de contestar ambas partes de las siguientes preguntas sobre la etnicidad y raza del estudiante así como del miembro de personal. Registro Federal de Estados Unidos (71 FR 44866).

Parte 1. Etnicidad: ¿Es la persona Hispana/Latina? (Escoja solo una respuesta)

- Hispano/Latino** – Una persona de origen cubano, mexicano, puertorriqueño, centro o sudamericano o de otra cultura u origen español, sin importar la raza.
- No Hispano/Latino**

Parte 2. Raza. ¿Cuál es la raza de la persona? (Escoja uno o más de uno)

- Indio Americano o Nativo de Alaska** – Una persona con orígenes o de personas originarias de Norte y Sudamérica (incluyendo América Central), y que mantiene lazos o apego comunitario con una afiliación de alguna tribu.
- Asiático** – Una persona con orígenes o de personas originarias del Lejano Este, Sureste de Asia o el subcontinente indio, incluyendo, por ejemplo a Cambodia, China, India, Japón, Corea, Malasia, Pakistán, las Islas Filipinas, Tailandia y Vietnam.
- Negro o Africano-Americano** – Una persona con orígenes de cualquier grupo racial negro de África.
- Nativo de Hawai u otras islas del pacífico** – Una persona con orígenes o de personas originarias de Hawai, Guam, Samoa u otras Islas del Pacífico.
- Blanco** – Una persona con orígenes de personas originarias de Europa, el Medio Este o el Norte de África.

Nombre del Estudiante/Miembro de Personal
(por favor use letra de imprenta)

Firma (Padre/Representante legal)
/(Miembro de personal)

Número de Identificación del
Estudiante/Miembro del personal

Fecha

This space reserved for Local school observer – upon completion and entering data in student software system, file this form in student's permanent folder.

Ethnicity – choose only one:
 Hispanic / Latino
 Not Hispanic/Latino

Race – choose one or more:
 American Indian or Alaska Native
 Asian
 Black or African American
 Native Hawaiian or Other Pacific Islander
 White

Observer signature:

Campus and Date:

Agencia de Educación de Texas – Marzo 2009

Solicitud de información de alergia alimentaria

DISTRITO ESCOLAR INDEPENDIENTE DE MOULTON

Este formulario permite revelar si su hijo tiene una alergia a un alimento o alergia alimentaria severa cree que debe ser revelado al distrito a fin de habilitar el distrito tomar las precauciones necesarias para la seguridad de su hijo.

"Alimentos alergia" significa una reacción peligrosa o potencialmente mortal del cuerpo humano a un alérgeno transmitidas por los alimentos introducida por inhalación, ingestión o contacto con la piel que requiere atención médica inmediata.

Enumere los alimentos que su hijo es alérgico o alérgica severamente, así como la naturaleza de la reacción alérgica de su hijo a la comida.

COMIDA:	NATURALEZA DE LA REACCIÓN ALÉRGICA A LOS ALIMENTOS:

El distrito mantendrá la confidencialidad de la información proporcionada y podrá revelar la información a profesores, consejeros de la escuela, escuela de enfermeras y otro personal de la escuela apropiada sólo dentro de los límites de la familia de derechos educativos y Ley de privacidad y distrito

Nombre del alumno: _____ fecha de nacimiento: _____

Grado: _____ No conoce las alergias alimentarias: _____

Nombre de padres o tutores: _____

Teléfono de trabajo: _____ Home Phone: _____

Firma del padre/tutor: _____ fecha: _____

Sólo para uso escolar:

Formulario de fecha fue recibido por la escuela: _____

MOULTON I.S.D. IMMUNIZATION RECORD

NAME _____

Birthdate _____

Sex _____

Form to be filled out by the nurse. We will make a copy of the immunization record.

IMMUNIZATIONS

	Date	Date	Date	Date	Date
DTP					
Tdap					
Polio					
Hib					
MMR					
Hep B					
Hep A					
Pneumococcal					
Varicella					
Meningococcal					
TB Test					



Student Emergency Card

Grade _____

Student's Name _____ Birth Date _____
Last First Middle

Mailing Address _____ City _____ Zip _____

TO PARENT OR GUARDIAN: To serve your child in case of ACCIDENT OR SUDDEN ILLNESS, it is necessary that you furnish the following information for emergency calls:

Mother's Name _____ Work Number _____ Home Number _____ Cell Number _____

Father's Name _____ Work Number _____ Home Number _____ Cell Number _____

LIST TWO NEIGHBORS OR NEARBY RELATIVES WHO WILL ASSUME TEMPORARY CARE OF YOUR CHILD IF YOU CANNOT BE REACHED:

Name _____ Phone _____

Name _____ Phone _____

HEALTH INFORMATION: List any health conditions such as allergies (insect bites, medications, food, etc.), asthma, seizure disorders, heart disease, diabetes, eye or ear problems, or any chronic condition, etc.

Explanation: _____

List any medications that your child takes at home or at school: _____

DOCTOR: 1st choice _____ 2nd choice _____

Telephone _____ Telephone _____

HOSPITAL CHOICE: Address _____ Phone _____

I, the undersigned, do hereby authorize officials of Moulton Independent School District to contact directly the person named on this card, and do authorize the named physicians to render such treatment as may be deemed necessary in an emergency, for the health of said child.

In the event physicians, other persons named on this card, or parents cannot be contacted, the school officials are hereby authorized to take whatever action is deemed necessary in their judgment, for the health of the aforesaid child.

I will not hold the school district financially responsible for the emergency care and / or transportation for said child.

Signature of Parent or Guardian _____ Date _____

Any additional health conditions or comments:

STUDENT'S HEALTH HISTORY

Parents and Guardians:

The information requested on this form is needed to maintain a school health record for your child and will be helpful to the school authorities in determining the health status of your child and in assisting him/her to receive maximum benefits from his/her educational opportunity.

NAME _____ DOB _____ AGE _____ SEX _____

STUDENT'S MEDICAL HISTORY

Please circle if your child has had any of the following:

Asthma

Blood Disorder

Cancer

Diabetes

Frequent Ear Infections

Frequent Sinus Infections

Frequent headaches

Hearing loss

Heart Disease

Hepatitis

HIV/AIDS

Hypertension

Kidney Disease

Migraine Headaches

Neurological Disorder

Orthopedic Handicap

Pneumonia

Psychiatric Disorder

Seizure Disorder

Serious injury/illness

Scoliosis

Speech Difficulty

Surgery

TB Contact

Urinary Problem

Vision Loss

ALLERGIC TO:

1. Medications: _____
2. Foods: _____
3. Enviromental: _____
4. Wasp or bee sting: _____

SURGICAL PROCEDURES _____

Any other health conditions which you feel the school personnel should know to serve your child better.

CURRENT MEDICATIONS:

Drug: _____ Dose: _____ Reason: _____

Administration of medication which is required to be given during school hours must be in it's original labeled container whether it is prescription or over the counter. A note giving written permission to administer the medication must accompany the medication.