

**SODUS TOWNSHIP SCHOOL DISTRICT #5
RIVER SCHOOL
4439 RIVER RD
SODUS, MI 49126
(269) 925 6757
WWW.RIVERSCHOOLK8.ORG**

**2024-25
ENROLLMENT PAPERWORK
Spanish**



Escuela del Río, municipio de Sodus # 5
4439 River Road Sodus, Michigan 49126
Teléfono (269) 925-6757 Fax (269) 925-3144

de Padres
de retención
en nómina

Escuela
retención
en nómina

Formulario de Inscripción

Autorización para divulgar los registros escolares (firmas de los padres)

Escuela de Elección Formulario

Educación Especial / IEP (Administración para confirmar con la escuela anterior)

Prueba de residencia (debe tener uno de los siguientes)

- Contrato de Compra
- de arrendamiento actual / Alquiler Acuerdo de
- la propiedad actual aviso de impuestos

debe tener uno de los siguientes

- actual factura de servicios públicos
- registros del votante tarjeta
- Otro _____

Residencia Formulario de Información

documentos de custodia (aplicable sólo si el niño no está viviendo con un padre nombrada en el certificado de nacimiento certificada)

- tutela
- Corte Colocación
- tutela limitada

Profesor de grado _____

Fecha de inscripción ____ / ____ / ____ **Fecha de Nacimiento** ____ / ____ / ____ **Hombre** ____ **Mujer** ____
 Mes día año Mes día año

Lugar del nacimiento _____
 Ciudad y estado _____

Nombre del estudiante _____ Teléfono # _____
 Último primero medio

Los estudiantes Dirección: _____

Nombre tutor (s): _____

Dirección: _____

Teléfono de casa #: _____

Hombre Guardián / Padre

Teléfono móvil # _____

Correo Electrónico: _____

Teléfono del trabajo #: _____

Mujer Guardián / Padre

Teléfono móvil # _____

Correo Electrónico: _____

Teléfono del trabajo # _____

Contacto de emergencia : (Por favor, una lista de alguien que no sea usted mismo)

Contacto Nombre: _____ Teléfono _____

Dirección: _____ civil: _____

Contacto Nombre: _____ Teléfono _____

Dirección: _____ civil: _____

Código étnico: Por favor marque todos los que correspondan: ____ (1) ____ Blanca no origen hispano / hispano (2)

____ Negro / no origen hispano (3) ____ las Islas del Pacífico Asiático o (4) ____ Amer. Indian / Alaska (5)

Es la lengua materna de su hijo un idioma distinto del Inglés? ____ Sí ____ No

Si es así, ¿qué idioma? _____

Es la lengua de uso en casa Inglés ____ Sí ____ No

Ultima Escuela que se atendió _____

Dirección _____ Ciudad / Estado / Código Postal _____

Escuela de teléfono () _____

Indicar los servicios especiales que su hijo recibió en la Escuela Anterior:

Discurso _____ Recuperación de Lectura Título I _____ Plan 504 ELS _____

Educación Especial _____ ¿Tiene la documentación actual de los servicios? Si no _____

Firma de los padres _____

Derechos y Ley de Privacidad

En cumplimiento de la Ley Federal "Derechos Educativos de la Familia y la Ley de Privacidad de 1974, Sección 99.34 que dice lo siguiente: Las escuelas pueden enviar a los estudiantes registro educativo a los funcionarios de otros sistemas escolares en los que el estudiante busca o intenta inscribirse, con la condición de que la los padres del estudiante serán notificados de la transferencia, recibir una copia del registro, si se desea y tener la oportunidad de disputar el contenido del registro. Afirmo que a medida que el padre / tutor legal, toda la información proporcionada es verdadera y exacta, y que mi hijo y yo resido en la dirección indicada anteriormente. Entiendo que cualquier información falsa proporcionada por mí, yo podría estar sujeto a sanciones legales por perjurio. Después de leer el Acta de Privacidad anteriormente, por favor, enviar los registros educativos para este estudiante ".

INFORMACIÓN MÉDICA ESTUDIANTE

Por favor marque todos los que apliquen:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> alergias | <input type="checkbox"/> ADD / ADHD | <input type="checkbox"/> Soplo en el corazón |
| <input type="checkbox"/> Animales *
problemas del corazón * | <input type="checkbox"/> diabetes | <input type="checkbox"/> Otros |
| <input type="checkbox"/> picadura de abeja*
ambiental* | <input type="checkbox"/> Dependiente de la insulina | <input type="checkbox"/> la hemofilia |
| <input type="checkbox"/> conitions conocidos * | <input type="checkbox"/> la epilepsia | <input type="checkbox"/> Otros |
| <input type="checkbox"/> comida* | <input type="checkbox"/> fiebre de heno | <input type="checkbox"/> No conocida |
| <input type="checkbox"/> medicación* | <input type="checkbox"/> dolores de cabeza | |
| <input type="checkbox"/> otro* | <input type="checkbox"/> personas con discapacidad auditiva | |
| <input type="checkbox"/> asma | | |

Comentarios adicionales

Limitaciones físicas: _____

Medicación

Afirmo, que a medida que el padre / tutor legal, toda la información proporcionada es verdadera y exacta. Entiendo que cualquier información falsa proporcionada por mí, podría estar sujeto a sanciones legales por perjurio. Además, autorizo a Río School./Sodus Twp. # 5 para compartir cualquier y toda la información antes mencionada con el personal apropiado de la escuela, con el fin de proporcionar un ambiente seguro y saludable para mi hijo.

Firma del padre / tutor: _____ Fecha: _____

Indicar cualquier medicamento que su hijo toma y la frecuencia con que se va a tomar.

Si ha de ser tomado en la escuela, por favor solicite un formulario de autorización.

Medicamentos: _____

Dosis: _____

Con qué frecuencia: _____

Con quien hace niño residen: Por favor marque uno:

- | | |
|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Ambos padres | <input type="checkbox"/> Padre / Madrastra |
| <input type="checkbox"/> único padre | <input type="checkbox"/> Madre / Padrastro |
| <input type="checkbox"/> única madre | <input type="checkbox"/> Guardián legal |
| <input type="checkbox"/> Corte dejó | <input type="checkbox"/> Relativo |
| <input type="checkbox"/> Casa cuna | <input type="checkbox"/> Otros: _____ |

NO liberar mi hijo a:

Nombre/Relación _____

Abordar si se sabe: _____

Comentarios: _____

Otros niños que residen en el hogar: _____ Paso Natural / media

Nombre: _____	Fecha de nacimiento	____/____/____	_____
Nombre: _____	Fecha de nacimiento	____/____/____	_____
Nombre: _____	Fecha de nacimiento	____/____/____	_____
Nombre: _____	Fecha de nacimiento	____/____/____	_____
Nombre: _____	Fecha de nacimiento	____/____/____	_____

OFFICE USE ONLY Updated information Student Number _____ Entry Date _____

Birth Certificate Y N Immunization Record Y N

Student Records Requested ____/____/____ Received ____/____/____

Fecha de nacimiento ____/____/____ _____



Escuela River

Distrito Escolar Sodus Township # 5 4439 River Rd, Sodus, MI 49126

Teléfono: 269 925 6757 Fax: 269 925 3144

Record Release Formulario 2024-2025

NOMBRE DEL NIÑO: _____ CUMPLEAÑOS: _____

DIRECCIÓN: _____

TELÉFONO: _____ CELULAR TELÉFONO: _____

PADRE / TUTOR _____

ACTUAL DISTRITO del NIÑO: _____

Escuela del niño PRESENTE _____

GRADO: 2022-23 _____

LISTA DE NECESIDADES ESPECIALES: (si corresponde)

_____ alguna vez su hijo sido expulsados de ¿colegio? ____ Sí ____ No

¿Ha sido su hijo suspendido de la escuela en los últimos dos años? ____ Sí ____ No

¿Hay algo que usted quisiera saber sobre su Child? _____

Doy permiso al distrito escolar _____ para liberar a todos los registros de la escuela Escuela River / Sodus Twp # 5 para _____

(Nombre del estudiante)

- Si se aplican más solicitantes que las ranuras están disponibles, se producirá una selección aleatoria según lo prescrito por la ley.
- Esta solicitud será considerada nula y sin efecto si se encuentra alguna de la información proporcionada a ser inexacta.

_____ padre / tutor

_____ Fecha

De acuerdo con el Reglamento de Familias finales de Derechos Educativos y Privacidad (Enmienda Buckley), Ya no es necesario obtener el consentimiento por escrito para divulgar registros. Esta información se puede encontrar en el Registro Federal Vol 41, n ° 118, de 17 de junio, 1976

La Escuela River

4439 River Road

Sodus, MI 49126

Teléfono (269) 925-6757 Fax (269) 925-3144

llausch@riverschoolk8.org

Home Page www.riverschoolk8.org

A: _____ Fecha: _____

Colegio: _____ Fax: _____

De: _____

Asunto: Escuelas de Solicitud de Elección 2024-2025

El estudiante hace referencia a continuación ha solicitado la admisión a la escuela del río debajo de las Escuelas de Preferencias de opciones. Estamos solicitando información con el fin de evaluar esta solicitud según lo previsto en la Sección 105 y 105C de la Ley de Asistencia Escolar del Estado. Se adjunta una nota de los padres para obtener esta información. Su asistencia rápida con esta forma se aprecia, y cuando el estudiante no puede inscribirse sin esta información.

Nombre del estudiante: _____ que entran al grado:

Fecha de nacimiento: _____

Se ha suspendido este estudiante durante los dos años anteriores? Si no

Tiene el estudiante una colocación del IEP? Si no

En caso afirmativo, ¿quién es la persona de contacto para obtener información?

Nombre

Teléfono

Persona que completa este formulario:

Nombre: _____

Título: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Por favor envíe el formulario completado a Carol Quattrin, Escuela del río, el Distrito Escolar de Sodus Township # 5, 4439 River Rd., Sodus, MI 49126 o por fax al 269-925-3144. Gracias por su asistencia

Información de residencia formar 2024-25

Este cuestionario está en conformidad con la Ley McKinney-Vento, USC 42 y 11431 y siguientes. Sus respuestas nos ayudarán a determinar si el estudiante cumple con los requisitos de elegibilidad para los servicios bajo la Ley McKinney-Vento.

Estudiante _____ padre / tutor _____

Escuela _____ Teléfono / Pager _____

Edad Grado _____ DOB _____

Dirección _____

Código Postal _____ ¿Es esta dirección temporal o permanente? (circule uno)

Por favor, elegir cuál de las siguientes situaciones el estudiante reside actualmente en (se puede elegir más de uno):

- _____ casa o apartamento con el padre o tutor (alquiler o propia)
- _____ Motel, coche, o camping
- _____ refugio u otro temporal vivienda
- _____ con amigos o miembros de la familia (que no sean o además de los padres / tutores)

Si usted está viviendo en una vivienda compartida, por favor marque todas de las siguientes razones que se aplican:

- _____ la pérdida de la vivienda
- _____ situación económica
- _____ temporalmente a la espera de la casa o apartamento
- _____ Proporcionar el cuidado de un familiar
- _____ estar con novio / a
- _____ pérdida de equipo
- _____ del padre / tutor se despliega
- _____ Otro (explicar)

¿Es usted un estudiante bajo la edad de 18 años y que vive separado de sus padres o tutores? Sí No

Residencia y Derechos de Educación

Los estudiantes sin situaciones de vivienda fija, regular y adecuada tienen los siguientes derechos:

- 1) La inscripción inmediata en la última escuela que asistieron o la escuela local donde se encuentran alojados actualmente incluso si no tienen todos los documentos normalmente requeridos en el momento de la inscripción, sin temor de ser separado o tratado de manera diferente debido a su situación de vivienda;
- 2) Transporte a la escuela de origen para el día escolar regular;
- 3) El acceso a la comida gratis, Título I y otros programas educativos, y el transporte a las actividades extracurriculares en la misma medida que se le ofrece a otros estudiantes.

Cualquier pregunta sobre estos derechos puede dirigirse a los locales de McKinney-Vento al 269 925 6757 o al Coordinador de Estado.

Al firmar a continuación, reconozco que he recibido y entendido los derechos anteriores.

Firma del padre / tutor / Unattached Juvenil

Fecha

Firma de McKinney-Vento de Enlace

Fecha

