

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA

Persona de contacto (que no sean los padres de familia) _____
Relación _____ Teléfono (_____) _____ - _____
Teléfono del médico (_____) _____ - _____
Teléfono del dentista (_____) _____ - _____
Hospital de preferencia _____

INFORMACIÓN DE CUSTODIA (favor de completar esta sección si el(la) estudiante NO reside con

La custodia legal y otorgada por el tribunal/tutela la Ambos padres en Madre Padre Tutor(es):

Nombre del tutor _____ Relación (si la hay) _____

Nombre del tutor _____ Relación (si la hay) _____

A menos que se deniegue por orden judicial, ambos padres tienen el derecho por ley de recibir correspondencia de la escuela. Si procede, indique el nombre/dirección a donde deban enviarse duplicados de la correspondencia:

Nombre _____ Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Formulario completado por (EN LETRA DE MOLDE)

Relación _____

Firma

Fecha _____

Para uso de oficina solamente

Año previsto de graduación _____ Fecha de ingreso _____ Código de ingreso _____ Asesor _____

Grado _____ Aula _____ Maestro de aula _____ Código del programa educativo _____

Calendario _____ # de casillero _____ # de cerradura _____ Combinación _____

Prueba de fecha de nacimiento _____ Verificada por _____ Prueba de ciudadanía _____ Verificada por _____

_____ Prueba de inmunización _____ Verificada por _____ Prueba de residencia _____

_____ Verificada por _____ Código de viaje _____ Al autobús escolar ruta 1 _____ Autobús ruta 2 _____

_____ Desde el autobús escolar ruta 3 _____ Autobús ruta 4 _____



Distrito Escolar de Tredyffrin/Easttown

Oficinas administrativas, West Valley Business Center
940 West Valley Road, Suite 1700, Wayne, PA 19087

Teléfono: 610-240-1900

SOLICITUD DE LIBERACIÓN DE REGISTROS DEL(LA) ESTUDIANTE

Nombre del(la) estudiante: _____
(Apellido, nombre, segundo nombre)

Fecha de nacimiento: _____

Grado: _____

Última escuela a la que asistió: _____

Dirección de la escuela: _____

Teléfono de la escuela: _____

Fax de la escuela: _____

Proporcione la siguiente información sobre el(los) estudiante(s) arriba mencionado(s) a la escuela indicada a continuación.

Tredyffrin Easttown Middle School
801 Conestoga Road
Berwyn, PA. 19312
Atención: Teléfono de
registro: 610-240-1208
Correo electrónico: TEMRegistration@tesd.net

Secundaria de Valley Forge
105 W. Walker Road
Wayne, PA. 19087
Atn: Teléfono de
registro: 610-240-1303
Correo electrónico: VFMRegistration@tesd.net

- Registros administrativos oficiales
- Registros disciplinarios
- Registros de nivel completado, nivel de estudios, asistencia
- Puntuaciones de pruebas de rendimiento estandarizado
- Puntuaciones de pruebas de personalidad e interés
- Observaciones y clasificaciones de maestros y consejeros
- Puntuaciones de pruebas de inteligencia y aptitud
- Registros dentales/de salud
- Reportes de evaluación o evaluaciones psicológicas
- IEP, NOREP, GIEP, 504
- Otro (especificar) _____

Fecha

Firma del padre de familia



DECLARACIÓN DE REGISTRO DE LOS PADRES DE FAMILIA

Nombre del(la) estudiante _____

Nombre del padre de familia/tutor _____

Dirección _____

Número telefónico _____

Para acatar la ley estatal, complete de manera precisa las dos secciones 24 P.S. §13-1304-A y 24 P.S. §13-1318.1 de abajo y firme.

24 P.S. §13-1304-A

El Código Escolar §13-1304-A de Pennsylvania establece en parte, "antes de la admisión a cualquier entidad escolar, el padre de familia, tutor u otra persona que tenga control o esté a cargo de un(a) estudiante deberá, tras su registro, proporcionar una declaración jurada o una afirmación que establezca si el(la) alumno(a) fue previamente o está actualmente suspendido(a) o expulsado(a) de cualquier escuela pública o privada de esta Mancomunidad o cualquier otro estado por una acción o infracción que involucre armas, alcohol o drogas, o por la imposición deliberada de lesionar a otra persona o por cualquier acto de violencia cometido en propiedad escolar".

Por la presente, juro o afirmo que mi no fue previamente suspendido(a) o expulsado(a), o hijo(a) fue está no está actualmente suspendido(a) o expulsado(a) de alguna escuela pública o privada de esta Mancomunidad o de cualquier otro estado por un acto o infracción que involucre armas, alcohol o drogas, o por la imposición deliberada de lesionar a otra persona o por cualquier acto de violencia cometido en propiedad escolar. Hago esta declaración sujeto a las penalidades de 24 P.S. §13-1304-A(b) y 18 Pa. C.S.A. §4904, en relación a falsificación no jurada a las autoridades, y los hechos contenidos en el presente son ciertos y correctos a mi leal saber y entender.

24 P.S. §13-1318.1

El Código Escolar §13-1318.1 de Pennsylvania establece en parte que "antes de la admisión a una entidad escolar pública, el padre de familia, tutor o cualquier otra persona que tenga control o esté a cargo de un(a) estudiante deberá, tras el registro, proporcionar una declaración o una afirmación jurada que establezca si el(la) estudiante fue previamente o está actualmente expulsado(a) bajo las disposiciones de esta sección". Esta sección del Código Escolar de Pennsylvania contiene disposiciones sobre Estudiantes Convictos o Declarados como Delincuentes por Ataque Sexual.

Por la presente, juro o afirmo que mi no fue previamente expulsado(a), o está no está actualmente expulsado(a) de alguna escuela pública o privada de esta Mancomunidad por haber sido condenado(a) o haber sido declarado(a) como delincuente por un ataque sexual de un(a) estudiante inscrito(a) en la misma entidad escolar. Hago esta declaración sujeto a las penalidades de 24 P.S. §13-1318.1 y 18 Pa. C.S.A. §4904, en relación a falsificación no jurada a las autoridades, y los hechos contenidos en el presente son ciertos y correctos a mi leal saber y entender.

Si este(a) estudiante ha estado o está actualmente suspendido(a) o expulsado(a) de otra escuela, favor de completar:

Nombre de la escuela de la cual el(la) estudiante fue suspendido(a) o expulsado(a): _____

Fecha(s) de la suspensión o expulsión: _____

Motivos(s) de la suspensión o expulsión: _____

(De ser necesario, anexe otra hoja para proporcionar nombres de escuelas adicionales, fechas y motivos)

(Firma del padre de familia o tutor) (Fecha)

Cualquier declaración falsa deliberada hecha arriba se considerará un delito menor de tercer grado. Este formulario deberá mantenerse como parte del registro disciplinario del(a) estudiante.

ENCUESTA SOBRE IDIOMAS EN CASA DE TESD

TODOS los estudiantes recién registrados, independientemente de su raza, nacionalidad o idioma, DEBEN completar este formulario. La ley federal exige que todas las Agencias de Educación Local (LEA) utilicen un procedimiento imparcial para identificar potenciales estudiantes de inglés (EL) para proporcionar programas y servicios educativos de instrucción de idiomas apropiados. Dada esta responsabilidad, las LEA tienen el derecho de solicitar la información contenida en este y otros formularios asociados con el proceso de identificación.

Información del(la) estudiante (los padres/tutores deberían completar esta sección):

Nombre del(la) menor: _____

Apellido del(la) menor: _____

Fecha de nacimiento del(la) menor: _____

(Mes/Día/Año)

Escuela del(la) menor: _____ Grado: _____

Preguntas para padres o tutores

1. ¿Se habla otro idioma diferente al inglés en el hogar del(la) menor? No Sí (idioma) _____
2. ¿Su hijo(a) se comunica en un idioma diferente al inglés? No Sí (idioma) _____
3. ¿Cuál es el idioma que aprendió a hablar primero su hijo(a)? _____
4. ¿En qué idioma prefiere recibir la información? _____
5. ¿Su hijo(a) ha asistido a la escuela en los Estados Unidos? No Sí

Si contestó "sí", indique las escuelas

Nombre de la escuela	Estado	Fechas de asistencia
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Firma del Padre/Tutor: _____ Fecha: _____ Intérprete proporcionado

No Sí



FORMULARIO DE REGISTRO PARA SERVICIOS ESPECIALES

Nombre del(la) estudiante: _____ Grado de ingreso: _____

Marque la casilla (o casillas) correspondiente(s) que indique(n) el estado de su hijo(a) para recibir servicios especiales:

Mi hijo(a) tiene un IEP o un Acuerdo de Servicio 504 en el expediente de la escuela anterior a la que asistió y ha recibido los siguientes servicios especiales documentados:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Apoyo para autistas | <input type="checkbox"/> Terapia ocupacional |
| <input type="checkbox"/> Apoyo de aprendizaje | <input type="checkbox"/> Terapia física |
| <input type="checkbox"/> Apoyo para dotados | <input type="checkbox"/> Apoyo de enfermería |
| <input type="checkbox"/> Apoyo de visión | <input type="checkbox"/> Tecnología de asistencia |
| <input type="checkbox"/> Apoyo en habilidades de supervivencia | <input type="checkbox"/> Transporte especial Apoyo |
| <input type="checkbox"/> en necesidades de habla/lenguaje | |
| <input type="checkbox"/> Apoyo en | |
| <input type="checkbox"/> audición Apoyo | |
| <input type="checkbox"/> emocional | |

Otro (especificar) _____

Mi hijo(a) tiene una evaluación multidisciplinaria (MDE) en proceso.

Mi hijo(a) ha completado la(s) siguiente(s) evaluación(es) y calificó/no calificó para servicios especiales:

Mi hijo(a) no ha recibido ningún servicio especial ni ha sido evaluado(a) para dichos servicios.

Firma del Padre

Fecha



Historial de salud del(la) estudiante del Distrito Escolar de Tredyffrin/Easttown

Nombre del(la) menor _____ Fecha de nacimiento _____ Grado _

Nombre del médico del(la) menor # de teléfono

Fecha del último examen físico: _____

Nombre del dentista del(la) menor # de teléfono

Fecha del último examen dental: _____

¿Su hijo(a) es alérgico a algún fármaco, mordedura de insecto, alimento u otra sustancia? ¿Existen alergias que pongan en riesgo su vida? ¿Carga con algún autoinyector de epinefrina?

¿Su hijo(a) sufre de alguna condición que requiera atención especial, como problemas cardíacos, asma, diabetes, epilepsia u otra? De ser así, indíquela.

¿Su hijo(a) tiene problemas de coordinación o movilidad? De ser así, indíquelos.

¿Su hijo(a) tiene problemas de visión, audición, habla o comunicación? De ser así, indíquelos y dé una explicación.

¿Su hijo(a) tiene algún problema de socialización o emocional? De ser así, indíquelos.

¿Su hijo(a) ha tenido algún accidente, enfermedad u operación grave? De ser así, descríballo a continuación.

¿Su hijo(a) toma algún medicamento? De ser así, indique el medicamento y la dosis.

¿Su hijo(a) ha sufrido alguno de los siguientes padecimientos? De ser así, marque el padecimiento que corresponda.

Varicela _ Paperas Tos ferina
Rubéola _ Sarampión Polio

¿El personal de enfermería de la escuela puede compartir esta información con otros miembros del personal escolar? Sí No

Firma del padre de familia o tutor Fecha _____



Formulario de Evaluación de Riesgo de la Tuberculosis (TB)

El propósito del Formulario de Evaluación de Riesgo de la TB es identificar a los menores que puedan tener mayor riesgo de contraer tuberculosis (TB) y puedan requerir evaluación y pruebas. Un(a) menor que presente cualquier factor de riesgo de los que se describen puede ser candidato(a) para realizarle pruebas de TB.

Nombre del(a) menor: _____ Fecha de Nacimiento: ____ Fecha: _____

Evaluación de riesgo de la TB

- ¿El(la) estudiante ha tenido una residencia temporal o permanente de más de 1 mes en un país con altos índices de TB? Tenga en cuenta cualquier otro país que no sea Estados Unidos, Canadá, Australia, Nueva Zelanda y países de Europa del Norte o Europa Occidental.

Sí _____ _____ No _____ _____

País de residencia _____

- ¿El(la) estudiante presenta inmunosupresión actual o planeada, incluyendo por virus del VIH, es receptor(a) de trasplante, o consume de manera crónica esteroides u otros medicamentos inmunosupresivos que aumenten su riesgo de contraer TB?

Sí _____ _____ No _____ _____

- ¿El(la) menor ha vivido o ha pasado tiempo con alguien que haya sido diagnosticado con TB?

Sí _____ _____ No _____ _____

Si respondió "Sí" a alguna de las preguntas anteriores, el(la) menor tiene un mayor riesgo de contraer TB y el médico familiar debería realizarle una prueba de TB. Por favor, proporcione los resultados de esta prueba al personal de enfermería de la escuela.

Padre de familia: _____ Fecha: _____

Referencia: Centros para el Control de Enfermedades, Evaluación de Riesgo de TB Individual de Referencia del CDC