

# PAMPA ISD FORMA DE LA INSCRIPCIÓN

FECHA: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Mes Dia Año

STUDENT NAME: \_\_\_\_\_  
Apellido Legal Primero Medio Nombre Preferido

NÚMERO SEGURIDAD SOCIAL DEL ESTUDIANTE: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Mes Dia Año

GRADO DE ESTUDIANTE: \_\_\_\_\_  
 Masculino  Femenina  
Hispanico?  Si  No  
 Indio Americano  Negro  Blanco  
 Asiático  Isleño Hawaiano o Pacífico Natal

## HERMANOS EN ESCUELAS DE PAMPA

NOMBRE: \_\_\_\_\_ ESCUELA: \_\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_ ESCUELA: \_\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_ ESCUELA: \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DE LOS PADRES O DE CUSTODIO POR FAVOR ESCRIBE PADRES/CUSTODIOS CON QUIÉN VIVE EL ESTUDIANTE.

NOMBRE: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

RELACIÓN AL ESTUDIANTE: \_\_\_\_\_ TELÉFONO CASERO: \_\_\_\_\_ CELULAR: \_\_\_\_\_ PAGINADOR: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN PARTICULAR: \_\_\_\_\_  
Número Calle Ciudad Estado Código Postal

DIRECCIÓN FÍSICA (SI ES DIFERENTE): \_\_\_\_\_  
Número Calle Ciudad Estado Código postal

EMPLEO: \_\_\_\_\_ TELÉFONO DEL TRABAJO: \_\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

RELACIÓN AL ESTUDIANTE: \_\_\_\_\_ TELÉFONO CASERO: \_\_\_\_\_ CELULAR: \_\_\_\_\_ PAGINADOR: \_\_\_\_\_

EMPLEO: \_\_\_\_\_ TELÉFONO DEL TRABAJO: \_\_\_\_\_

## EL NOMBRE DE OTRA PERSONAL POR EMERGENCIAS

NOMBRE: \_\_\_\_\_ RELACIÓN AL ESTUDIANTE: \_\_\_\_\_

NÚMEROS DE TELÉFONO: CASA: \_\_\_\_\_ CELULAR: \_\_\_\_\_ PAGINADOR: \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DE LA ESCUELA PREVIA

¿EL ESTUDIANTE ATENDIO A PRE-ESCUELA? \_\_\_\_\_ (SI/NO) NOMBRE DE LA ESCUELA: \_\_\_\_\_

EL NOMBRE DE LA ESCUELA PASADA ATENDIÓ: \_\_\_\_\_ FECHA QUE SE SALIO: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_

¿EL ESTUDIANTE HA ATENDIDO A ESCUELAS DE PAMPA ANTES? \_\_\_\_\_ (SI/NO)

ESCUELA: \_\_\_\_\_ ULTIMO AÑO QUE ATENDIO A LA ESCUELA: \_\_\_\_\_

PROGRAMAS ESPECIALES (COMPRUEBE TODO LO QUE APLIQUE AL ESTUDIANTE):

TITLE I \_\_\_\_\_ GT \_\_\_\_\_ 504 \_\_\_\_\_ ELL \_\_\_\_\_ EDUCACIÓN ESPECIAL \_\_\_\_\_ DISCURSO \_\_\_\_\_

¿EL ESTUDIANTE ESTA SUSPENDIDO O EXPELIDO DE LA ESCUELA MÁS RECIENTE ATENDIDA? \_\_\_\_\_ (SI/NO)

CERTIFICO QUE TODA INFORMACIÓN SOBRE ESTA FORMA DE LA INSCRIPCIÓN ES VERDAD:

FIRMA DE PADRE/CUSTODIO: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

PARA LA HIGH SCHOOL SOLAMENTE: ¿HA PASADO EL EXAMEN TAKS? MATEMÁTICAS \_\_\_\_\_ LECTURA \_\_\_\_\_ ESCRITURA \_\_\_\_\_

## FOR OFFICE USE ONLY

CAMPUS: \_\_\_\_\_ ENTRY DATE: \_\_\_\_\_ STUDENT ID: \_\_\_\_\_

HOMEROOM NUMBER: \_\_\_\_\_ TEACHER: \_\_\_\_\_ PARENT STATE AND DL#: \_\_\_\_\_

HOME LANGUAGE: \_\_\_\_\_ ADA ELIGIBILITY CODE: \_\_\_\_\_

# Pampa ISD

**Esta forma debe ser completada, firmada y regresada a la escuela**

**Queridos Padres de Familia/ Tutores:**

De acuerdo con la Ley 833 del Senado – De Cuidado De Crianza Provisional, es requerida la siguiente información de todos los estudiantes como parte del proceso de inscripción para el año escolar 2013-2014.

**Por favor lea con mucho cuidado y marque la respuesta correcta que se aplicó a su estudiante.**

\_\_\_\_\_ El estudiante **no** esta actualmente bajo la custodia del Departamento de Familia & Servicios de Protección.

\_\_\_\_\_ El estudiante **esta** bajo la custodia del Departament de Familia & Servicios de Protección.

\_\_\_\_\_ El estudiante de Pre-K ha estado previamente bajo la custodia del Departamento de Familia & Servicios De Protección seguido de una audiencia adversaria como esta previsto en la Sección 262.201, del Código de Familia.

.....  
De acuerdo con la HB 525 – Estudiante Con Conecciones Militares, es requerida la siguiente información de todos los estudiantes como parte del proceso de inscripción para el año escolar 2013-2014.

**Por favor lea con mucho cuidado y marque la respuesta correcta que se aplicó a su estudiante.**

\_\_\_\_\_ **No** es un estudiante con Conecciones Militares.

\_\_\_\_\_ El estudiante es un dependiente de un miembro de las Fuerzas Armadas, Naval, Fuerza Aerea, Marina, ó de la Guardia Costera en Servicio Activo.

\_\_\_\_\_ El estudiante es un dependiente de un miembro de la Guardia Nacional de Texas ( Fuerzas Armadas, Guardia Aerea, ó Guardia Estatal).

\_\_\_\_\_ El estudiante es un dependiente de un miembro de las fuezas de reserva en el Servicio Militar de EUA ( Fuerzas Armadas, Naval, Fuerza Aerea, Marina, ó Guardia Costera)

\_\_\_\_\_ El estudiante de Pre-K es un dependiente de un miembro uniformado en servicio activo de las Fuerzas Armadas, Naval, Fuerza Aerea, Marina, ó Guardia Costera, ó de un miembro uniformado activo/mobilizado de la Guardia Nacional de Texas ( Fuerzas Armadas, Guardia Aerea, ó de la Guardia Estatal) que fué lesionado/a ó muerto mientras estaba en el Servicio Activo.

**Nombre del Estudiante:** \_\_\_\_\_ **Grado:** \_\_\_\_\_ **ID:** \_\_\_\_\_  
( Por favor escriba el nombre con letra de molde )

**Firma de los Padres:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

## Pampa ISD

La información en este formulario es necesaria para cumplir con la ley conocida como el acto de McKinney-Vento 42 U.S.C. 11434a(2), que es también conocido como título X, parte C, de la No Child Left Behind Act.

Presentar un registro falso o falsificación de registros es una ofensa bajo sección 37.10, Código Penal, y la inscripción del niño bajo documentos falsos somete a la persona a responsabilidad por matrícula u otros costos. Código de Educación de Texas Sec. 25.002 (3)(d).

Todas las siguientes preguntas se refieren al estudiante que está matriculándose.

<b>Fecha de Hoy (mes/día/año):</b>		
<b>Escuela:</b>		
<b>Apellido:</b>		
<b>Nombre:</b>		
<b>Fecha de Nacimiento (mes/día/año):</b>		
<b>Grado:</b>		
<b>Último distrito asistido:</b>		
<b>Dirección donde el estudiante duerme de noche (dirección, número de apartamento, ciudad, código postal):</b>		
<b>¿Cuánto tiempo ha vivido el alumno en esta residencia?</b>		
<b>Número de teléfono primario:</b>		

Poner "X" en todos los cuadros de abajo que mejor describen donde el estudiante duerme de noche, dejarlos en blanco los que no se aplican:

	<b>En una casa que el padre o tutor legal del estudiante posee o alquila (C189=0)</b>
	<b>En un lugar que no tiene ventanas, puertas, agua corriente, calefacción, electricidad o está atestado (C189=3)</b>
	<b>Quedándose con un amigo o pariente debido a la pérdida económica, vivienda o un motivo similar (C189=2)</b> <i>(Ejemplos: desalojo, ejecuciones hipotecarias, incendio, inundación, pérdida de trabajo, divorcio, violencia doméstica, expulsado por los padres, huyó de casa, no encontraron viviendas)</i>
	<b>En un refugio (C189=1)</b> <i>(Ejemplos: viviendo en un albergue familiar, refugio de violencia doméstica, refugio de los niños y jóvenes, vivienda de FEMA)</i>
	<b>En una ubicación desabrigada, tales como:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• una carpa</li> <li>• un carro o camioneta</li> <li>• una camioneta</li> <li>• un edificio abandonado</li> <li>• en las calles</li> <li>• en un camping</li> <li>• en el parque</li> <li>• en una estación de autobús o tren</li> <li>• otro lugar similar</li> </ul> (C189=3)
	<b>En un hotel o motel debido a problemas económicos (C189=4)</b> <i>(Ejemplos: desalojo, ejecución hipotecaria, no hay depósitos para vivienda permanente, inundación, incendio, huracán)</i>
	<b>En un programa de vivienda transitorio (C189=1)</b> <i>(La vivienda que está disponible como parte de un programa para un periodo específico de tiempo y es en parte o totalmente pagada por una iglesia, una organización sin fines de lucro, agencia gubernamental u otra organización)</i>

Pampa ISD

	<p><b>El estudiante vive aquí debido a un desastre natural. Indicar con "X" el tipo de desastre y proveer la información necesaria:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Huracán--Nombre del huracán: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Inundación</p> <p><input type="checkbox"/> Tornado</p> <p><input type="checkbox"/> Incendio</p> <p><input type="checkbox"/> Otro—Por favor describir: _____</p> <p>Fecha de desastre natural: _____</p> <p>Lugar del desastre natural, incluyendo el condado: _____</p>
	<p><b>El alumno no duerme en ninguna de las partes mencionadas arriba. Explicar dónde duerme el estudiante:</b></p>

Proveer la información de hermanos y hermanas del estudiante que todavía asisten Kinder al grado 12.

Apellido	Primer Nombre	Hermano o Hermana	Vive en el mismo hogar (X)	Grado	Escuela	Distrito

Otros niños del kinder al grado 12 que viven en el mismo lugar.

Apellido	Primer Nombre	Grado	Escuela	Distrito

\_\_\_\_\_  
**Firma de la Persona proveendo la información**  
**Padre/Tutor Legal/Cuidador/Estudiante no acompañado**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

*Para Uso Escolar Solamente*

Certifico que el estudiante nombrado arriba califica para el programa de nutrición infantil bajo las disposiciones de la ley McKinney-Vento.

\_\_\_\_\_  
**Firma de McKinney-Vento Liaison**

\_\_\_\_\_

## HISTORIA DE LA SALUD

TERMINE POR FAVOR TODA LA INFORMACIÓN ABAJO.

NOMBRE DE ESTUDIANTE: \_\_\_\_\_ GRADO: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ SEGURIDA DE SOCIAL#: \_\_\_\_\_

OTROS NOMBRES USADOS POR ESTUDIANTE: \_\_\_\_\_

REVISAR UNO: ( ) PRIMERA VEZ EN ESCUELAS DE LA PAMPA

( ) ALISTADO EN ESCUELAS DE LA PAMPA ANTES: \_\_\_\_\_  
(Nombre de la escuela)

1. ¿ESTE NIÑO TIENE UN PROBLEMA DE SALUD? (Compruebe todo que aplíquese)

- |                                    |                                       |
|------------------------------------|---------------------------------------|
| _____ ASMA                         | _____ FIEBRE DEL HENO                 |
| _____ ALERGIA DEL ALIMENTO (LISTA) | _____ ALERGIA DE LA MEDICINA (LISTA)  |
| _____                              | _____                                 |
| _____                              | _____                                 |
| _____ ARTRITIS                     | _____ DESORDEN DE LA SANGRE           |
| _____ DESORDEN DEL RIÑÓN           | _____ DESORDEN DE LA VEJIGA           |
| _____ ÚLCERA                       | _____ ASIMIENTOS                      |
| _____ PÉRDIDA DE LA VISIÓN         | _____ DIABETES                        |
| _____ PÉRDIDA DE OÍDO              | _____ ANEMIA                          |
| _____ PRÓTESIS DE OÍDO             | _____ LESIÓN SERIA                    |
| _____ TUBOS EN OÍDOS               | _____ TENSIÓN ARTERIAL ALTA           |
| _____ INFECCIONES DEL OÍDO         | _____ CORAZÓN MURMUR                  |
| _____ COMO BEBÉ                    | _____ CON RESTRICCIONES               |
| _____ COMO PRESCHOOLER             | _____ SIN RESTRICCIONES               |
| _____ ACTUALMENTE                  | _____ TB O PRUEBA POSITIVA DE LA PIEL |

EXPLIQUE: \_\_\_\_\_

2. ¿ESTE ESTUDIANTE TOMA LA MEDICACIÓN? \_\_\_\_\_ NOMBRE DE LA MEDICACIÓN: \_\_\_\_\_  
¿SER TOMADO EN LA ESCUELA? \_\_\_\_\_ SI PIDA SÍ, POR FAVOR FORMA DEL CONSENTIMIENTO Y PROPORCIONE LA MEDICACIÓN EN ENVASE ORIGINAL.
3. ¿EL ESTUDIANTE HA TENIDO LA ENFERMEDAD DE VIRUELA? \_\_\_\_\_  
SI SÍ, MES/AÑO APROXIMADO \_\_\_\_\_
4. ¿HAN HOSPITALIZADO AL ESTUDIANTE DESDE NACIMIENTO? \_\_\_\_\_  
RAZÓN: \_\_\_\_\_

FIRMA DEL PADRE O DEL GUARDA: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

# PAMPA INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT

## HOME LANGUAGE SURVEY

STUDENT NAME: \_\_\_\_\_ GRADE: \_\_\_\_\_

The Texas Education Code requires schools to determine the language(s) spoken at home by each student. This information is essential in order for schools to provide meaningful instruction to all students. Please answer the following questions.

1. WHAT LANGUAGE IS SPOKEN IN YOUR HOME MOST OF THE TIME?

ENGLISH \_\_\_\_\_ SPANISH \_\_\_\_\_ OTHER (SPECIFY) \_\_\_\_\_

2. WHAT LANGUAGE DOES YOUR CHILD SPEAK MOST OF THE TIME?

ENGLISH \_\_\_\_\_ SPANISH \_\_\_\_\_ OTHER (SPECIFY) \_\_\_\_\_

3. WAS YOUR CHILD EVER IN A BILINGUAL OR ESL PROGRAM (Y/N) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Signature of Parent/Guardian*

\_\_\_\_\_  
*Date*

## ENCUESTA DE LA LENGUA EN EL HOGAR

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: \_\_\_\_\_ GRADO: \_\_\_\_\_

El código de la educación del Estado de Tejas requiere que las escuelas determinen que lenguaje(s) se habla en el hogar por cada estudiante. Esta información es esencial para que las escuelas proporcionen instrucción significativa a todos los estudiantes. Por favor conteste las siguientes preguntas.

1. ¿QUÉ LENGUAJE SE HABLA EN SU HOGAR LA MAJORIA DEL TIEMPO?

INGLÉS \_\_\_\_\_ ESPAÑOL \_\_\_\_\_ OTRO (ESPECIFIQUE) \_\_\_\_\_

2. ¿QUÉ LENGUAJE HABLA SU HIJO/HIJA (USTED) LA MAJORÍA DEL TIEMPO?

INGLÉS \_\_\_\_\_ ESPAÑOL \_\_\_\_\_ OTRO (ESPECIFIQUE) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Firma el padre o guarda*

\_\_\_\_\_  
*Fecha*

# PAMPA INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT

## MIGRANT ELIGIBILITY CHECKLIST

STUDENT NAME: \_\_\_\_\_ GRADE: \_\_\_\_\_

YES NO

- \_\_\_\_ \_\_\_\_ 1. WITHIN THE LAST 3 YEARS, DID THE CHILD MOVE FROM ONE SCHOOL DISTRICT TO ANOTHER?
- \_\_\_\_ \_\_\_\_ 2. WAS THE MOVE TO SEEK OR OBTAIN EMPLOYMENT IN AN AGRICULTURAL OR FISHING ACTIVITY?
- \_\_\_\_ \_\_\_\_ 3. WAS THE EMPLOYMENT A TEMPORARY OR SEASONAL ACTIVITY?
- \_\_\_\_ \_\_\_\_ 4. DID THE EMPLOYMENT PLAY AN IMPORTANT PART OF PROVIDING A LIVING FOR THE WORKER AND FAMILY?

\_\_\_\_\_  
*Signature of Parent/Guradian*

\_\_\_\_\_  
*Date*

## LISTA DE COMPROBAR ELEGIBILIDAD MIGRATORIA

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: \_\_\_\_\_ GRADO: \_\_\_\_\_

SI NO

- \_\_\_\_ \_\_\_\_ 1. EN LOS ULTIMOS TRES AÑOS PASADOS, SE MOVIO SU HIJO/HIJA DE UN DISTRITO ESCOLAR A OTRO?
- \_\_\_\_ \_\_\_\_ 2. ¿FUE LA MOVIDA PARA OBTENE EMPLEO EN LA ACTIVIDAD DE LA AGRÍCULTURA O DE LA PESCA?
- \_\_\_\_ \_\_\_\_ 3. ¿ES EL EMPLEO TEMPORAL O SOLAMENTA DURANTE LA TEMPORADA DE LA ACTIVIDAD?
- \_\_\_\_ \_\_\_\_ 4. ¿DESEMPEÑO EL EMPLEO UN ROLLO IMPORTANTE EN SOSTENER EL TRABAJADOR Y A LA FAMILIA?

\_\_\_\_\_  
*Firma el padre o guarda*

\_\_\_\_\_  
*Fecha*

Pampa ISD does not discriminate on the basis of race, color, national origin, sex, disability, or age.

El Distrito de la Escuela Independiente de Pampa (PISD) no discrimina en base a raza, color, origen nacional, sexo, discapacidad, o edad.