



Drew Educational Support Center
Education Options Department

600 N. Lombard Street
Wilmington, DE 19801
(302) 552-2618

TDD (800) 232-5470
FAX (302) 429-4138

PROCEDIMIENTO DE INSCRIPCIÓN

El niño/a tiene que tener 5 años antes o para el 31 de agosto para entrar a Kindergarten

Para inscribir a su hijo/a en cualquier escuela del Distrito Escolar Christina será necesario presentar la siguiente información a la escuela de residencia de su hijo:

DOCUMENTOS REQUERIDOS *

- ❖ **Certificado de Nacimiento** (Documento oficial del Estado; el del hospital no será aceptado)
 - Certificado del Estado
 - Se prefiere original; se acepta copia que se pueda leer claramente
 - Pasaporte valido en lugar del certificado de nacimiento
 - Si no tiene un Certificado de Nacimiento-Registros Vitales del Estado de Delaware (Vital Statistics) llame al 302-739-4721 University Plaza-Chopin Bldg.-o en línea - www.vitalchek.com
- ❖ **Registro de Vacunas Actualizado incluyendo la prueba de Tuberculosis** – Refiérase a la página cibernética del Distrito, www.christinak12.org, para información detallada
- ❖ **Registro de Examen Físico** (completado dentro de los últimos 24 meses) - Refiérase a la página cibernética del Distrito, www.christinak12.org, para información detallada. Línea Caliente de Inmunización del Estado de Delaware: 1-800-282-8672
- ❖ **Tutela o Custodia** (si se aplica)
 - Documentos oficiales de la Corte son requeridos
 - Carta de Ubicación de Servicios Sociales (original)
- ❖ **Prueba de Residencia (El documento debe tener el nombre y la dirección del padre/guardián)**
 - Factura de Electricidad reciente (página completa; la ubicación de servicio debe corresponder a la dirección de correo)
 - Contrato de arrendamiento, reciente, valido, firmado y fechado
 - Documento de compraventa de la casa, firmado y fechado
 - Recibo de renta reciente mostrando la dirección y nombre del arrendatario
 - Factura reciente de utilidades (página completa; agua, cable, teléfono, basura, gas propano, aceite)
 - Factura reciente de impuestos de la propiedad o alcantarillado
 - Verificación de Residencia del Distrito de Christina Notariada será necesaria si la prueba de residencia no está a nombre del padre o encargado, acompañado de uno de los documentos antes mencionados como prueba de residencia.
- ❖ **Identificación con foto para el padre/guardián**
- ❖ **Expediente Escolar – se prefiere**
 - Reporte de Calificaciones de la Escuela Anterior (grados K – 8)
 - Transcripción de Créditos (para los estudiantes en grados 9 – 12)
 - IEP (Plan de Educación Individualizado) o Plan 504, si aplica

Para información adicional sobre inscripciones, usted puede comunicarse con la escuela asignada a su hijo/a o a la oficina de Opciones Educativas. Para su conveniencia usted puede acezar el enlace del Distrito Escolar Christina para la búsqueda de la escuela de residencia en www.christinak12.org. Presione en "Schools and Programs" (Información de Inscripción) y siga el enlace "Find your Assigned School" (Encuentre su Escuela Asignada).

Las solicitudes de Choice están disponibles en las escuelas del Distrito Escolar Christina o en la página cibernética del distrito en: www.christinak12.org o usted puede comunicarse a la oficina de Opciones Educativas al 552-2665.

Richard L. Gregg, Superintendent

CHRISTINA SCHOOL DISTRICT
AGE REQUIREMENTS FOR REGISTRATION
2019-2020 SCHOOL YEAR

All students registering within Christina School District for Kindergarten for the 2019-2020 school year must be **the age of five on/before August 31, 2019**. There is no early admission testing for kindergarten in the Christina School District for the 2019-2020 school year.

- If a child attended school in a state/country* that allows students to attend kindergarten at an earlier age and they provide documentation of successful completion of kindergarten, they can be registered for first grade at an earlier age. This documentation must be kept in the students cum folder.
- If a child resides in Delaware and attended private kindergarten, and they provide documentation of successful completion of kindergarten, they can be registered for first grade as long as they have reached the age of 5 by August 31, 2019.
- **Grade Acceleration**-student must be at least 5 on/before August 31, 2019 for a parent/legal guardian to request grade acceleration testing. During the first month of school, the parent/legal guardian may request in writing, that the child be tested for advancement in grade level. Students will be assessed using district wide assessments. In order for the child to qualify for grade acceleration, the child must meet the Christina School District's established criteria (95th Percentile) in all sections of the assessment. A school team comprised of the principal, teachers, from both the sending and receiving grade and specialist will make the final determination. Parents will receive notification concerning the decision within 30 days.

*Students coming from outside the country, report card/transcript must be translated and the student would be placed in the grade as listed on the translated document.

Estudiante:		# de Identificación
--------------------	--	----------------------------

INFORMACION DE CUSTODIA ESPECIAL: Si el niño vive con alguien que no sea su madre o padre natural, por favor indique:		INFORMACION ADICIONAL	
Nombre:		¿Ha sido el estudiante expulsado?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Relación:		¿Ha estado en un programa para Superdotados?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Existen Documentos de Custodia para este Estudiante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Tiene su niño (documentación requerida):	
Si así es, por favor presente una copia de los papeles para el archivo.		Un PEI (Plan de Educación Individualizada)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		Un Plan de Acomodaciones 504	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

HISTORIAL DE EDUCACION: Por favor liste la experiencia escolar más reciente de su niño (incluyendo preescolar, si es aplicable).	
Nombre de la persona o programa:	
Dirección:	
Ciudad, Estado, Código Postal:	
<input type="checkbox"/> Casa/Niñera <input type="checkbox"/> Guardería <input type="checkbox"/> Programa de Educación Temprana	
¿Recibió su niño alguno de los siguientes servicios en la escuela anterior? <input type="checkbox"/> Educación Especial <input type="checkbox"/> Título I <input type="checkbox"/> Inglés como 2º Idioma <input type="checkbox"/> Otro:	

INFORMACION DE EDAD DE LOS HERMANOS							
Nombre:				Nombre:			
Edad:	Grado:	Género: <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.		Edad:	Grade:	Género: <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.	
Escuela:				Escuela:			
Nombre:				Nombre:			
Edad:	Grado:	Género: <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.		Edad:	Grade:	Género: <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.	
Escuela:				Escuela:			

ARREGLOS PARA LA GUARDERIA	
Nombre:	
Dirección:	
Ciudad, Estado, Código Postal:	
Teléfono:	

INFORMACION DE TRANSPORTE:		
Por favor marque la casilla que aplique para su niño.		Comentarios: Si la parada del autobús escolar es diferente de la dirección de su casa, por favor liste la dirección en esta columna y complete el Formulario de Transporte a la Guardería.
A la Escuela	Mi hijo tomará el autobús a la escuela desde la casa	
	Mi hijo tomará el autobús a la escuela desde la guardería	
	Mi hijo caminará a la escuela cada día	
	Mi hijo será conducido a la escuela cada día	
De la Escuela	Mi hijo tomará el autobús desde la escuela a la casa	
	Mi hijo tomará el autobús a la guardería después de la escuela	
	Mi hijo caminará a la casa después de la escuela cada día	
	Mi hijo será recogido de la escuela cada día	

Yo certifico que soy un residente actual del Estado de Delaware y que todas las declaraciones en esta aplicación hechas por mí son verdaderas, completas y correctas según mi conocimiento y creencia, y que son hechas en buena fe. Yo entiendo y reconozco que cualquier declaración falsa u omisión de hechos materiales en el formulario de aplicación puede resultar en el rechazo del formulario de aplicación, descalificación del proceso de lotería si es aplicable, retiro de la ofrecimiento de invitación, y/o terminación de la opción escolar por la agencia de educación local a la cual yo apliqué y el estudiante será retirado de su escuela. **Hacer una declaración escrita falsa puede resultar en cargos criminales (11 Del. C. §1233)**

Firma del Padre/Guardián/Pariente a Cargo		Fecha
---	--	-------

Información Sobre Cómo el Distrito Escolar Christina Comparte la Información del Estudiante		
El Distrito Escolar Christina reconoce la necesidad de proteger la información y privacidad del estudiante mientras promueve actividades educacionales y extra-curriculares en medios de comunicación del distrito y externos. La Lay Federal (FERPA) le permite al distrito liberar información publicable bajo circunstancias limitadas. La información publicable es información sobre un estudiante que generalmente no es considerada invasión de la privacidad, como el nombre, dirección, fotografías, actividades y deportes. Si usted desea que el distrito no libere esta información o incluya a su niño en artículos y fotos, por favor visite: http://www.christinaK12.org/apps/pages/index.jsp?uREC_ID279922&type=d .		
Signature of District Employee accepting Registration	Location	Date

Estudiante:	# de Identificación
--------------------	----------------------------

Actualización del Historial de Salud del Estudiante: Esta información será compartida con personal y la administración cuando sea absolutamente necesario, y con personal médico de urgencia en caso de una emergencia, a menos que usted indique lo contrario.

1. Por favor marque si el niño tiene dificultad con alguna de las siguientes. Incluya fechas e información adicional en la sección de comentarios.

- | | | | | | |
|-----------------------------------|---|---|--|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> ADD/ADHD | <input type="checkbox"/> Sangrado | <input type="checkbox"/> conmoción cerebral | <input type="checkbox"/> Corazón | <input type="checkbox"/> Convulsiones | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Alergias | <input type="checkbox"/> Perforaciones/Tatuajes | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Infecciones | <input type="checkbox"/> Habla | Un Plan de Acción de Asma ó Convulsiones completado por un proveedor de salud licenciado es requerido para todos los estudiantes con Asma ó Convulsiones |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Problemas Óseos | <input type="checkbox"/> Emocional | <input type="checkbox"/> Riñón | <input type="checkbox"/> Cirugía | |
| <input type="checkbox"/> Conducta | <input type="checkbox"/> Intestino/Vejiga | <input type="checkbox"/> Audición | <input type="checkbox"/> Discapacidad Física | <input type="checkbox"/> Visión | |

Comentarios: _____

2. ¿Tiene su niño alergias a medicina, látex o picadas de insectos? Sí No

¿A Qué?: _____ ¿Qué Pasa?: _____

Tratamiento: _____

3. ¿Tiene su niño alergia a comida? Sí No

¿A Qué?: _____ ¿Qué Pasa?: _____

Tratamiento: _____

Un Plan de Acción de Alergia a la Comida completado por un proveedor de salud licenciado es requerido para todos los estudiantes con alergias.

4. ¿Ha sido visto su niño a un proveedor de la salud desde que la escuela terminó en junio? Sí No

¿Para Qué? _____

5. ¿Está su niño siendo tratado o evaluado por alguna condición de salud? Sí No

Liste las condiciones: _____

6. ¿Está su niño tomando alguna medicina o en algún tratamiento? Sí No

Nombre del medicamento o tratamiento: _____

¿Necesita su niño medicamentos durante las horas de escuela? *Si es así, contacte a la enfermera escolar para hacer arreglos.* Sí No

7. ¿Se le ha prescrito a su niño anteojos o lentes de contacto? Sí No

Fecha del último examen: _____ Si su niño usa anteojos o lentes de contacto, ¿cuándo se cambió la prescripción por última vez? _____

8. ¿Ha tenido su niño trastornos emocionales (mudanza, muerte, separación, divorcio) desde que la escuela terminó en junio? Sí No

Por favor liste: _____

9. ¿Ha estado el niño fuera del país por más de un mes en el año? Si es así, Donde? _____

Información Médica			
Médico Familiar:		Teléfono	
Dentista Familiar:		Teléfono	
Seguro Médico:		Tipo	
Número del Certificado:	Grupo No.	# de Medicaid:	

Yo doy permiso para que mi niño tome Acetaminofén (Tylenol®) como lo determine la enfermera. Sí No

Yo doy permiso para que mi niño tome Ibuprofeno (Advil®) como lo determine la enfermera. Sí No

Yo doy permiso para que mi niño tome crema de primeros auxilios __Caladryl® __Tums® __Anbesol____ Sí No

Firma del Padre/Guardián: _____ Fecha: _____

Procedimientos de Emergencia Escolar: Las escuelas han adoptado los siguientes procedimientos que serán implementados para cuidar a su niño cuando él/ella se enferme o lastime en la escuela. En emergencias extremas la escuela buscará cuidado médico inmediato.

En caso de emergencia y/o necesidad de cuidado médico u hospitalario:

- | | |
|--|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. La escuela llamará a la casa. Si no hay respuesta, 2. La escuela llamará al padre/guardián 1° padre/guardián, 2° al lugar de trabajo del padre/guardián. Si no hay respuesta, 3. La escuela llamará a los otros números de teléfonos listados y al médico. 4. Si ninguno de estos responde, la escuela llamará una ambulancia, si es necesario, para transportar al estudiante a un centro médico local. | <ol style="list-style-type: none"> 5. Basado en el juicio médico del doctor de turno, el estudiante puede ser admitido a un centro médico local. 6. La escuela continuará llamando a los padres, guardianes, y médicos hasta que alguien sea contactado. 7. La información en este formulario puede ser compartida con personal médico de emergencia. |
|--|--|

Si yo no puedo ser contactado y las autoridades de la escuela han seguido los procedimientos descritos anteriormente, yo estoy de acuerdo en asumir todos los gastos de transporte y cuidado médico de este estudiante. También doy mi consentimiento para cualquier tratamiento, cirugía, procedimiento de diagnóstico o la administración de anestesia, lo cual se puede llevar a cabo basado en el juicio del médico de turno.

Firma del Padre/Guardián: _____ Fecha: _____



Delaware

Department of Education

Preguntas de inscripción en Kindergarten

La experiencia de Pre-Kindergarten

1. ¿Su hijo(a) asistió a un pre escolar o un programa de cuidado diario en Delaware el año pasado?

Circule: Si / No

2. Si es sí, ¿ en que condado asistió su hijo al programa?

Circule: Condado de New Castle / Condado de Kent / Condado de Sussex

3. Si es sí, ¿ Cual es el nombre del programa?
-

Gracias!



DEPARTMENT OF EDUCATION

Townsend Building
401 Federal Street Suite 2
Dover, Delaware 19901-3639
DOE WEBSITE: <http://www.doe.k12.de.us>

Susan S. Bunting, Ed.D.
Secretary of Education
Voice: (302) 735-4000
FAX: (302) 739-4654

Departamento de Educación de Delaware - Encuesta sobre el idioma que se habla en el hogar

Spanish

Fecha: _____ Escuela: _____

El Departamento de Educación de Delaware exige a las escuelas que determinen el/los idioma(s) que los estudiantes hablan en el hogar. La información proporcionada solo será utilizada para decidir si el estudiante reúne los requisitos para comenzar el proceso de adquisición del inglés como segunda lengua y no será utilizada para temas relacionados con la inmigración ni se informará a las autoridades migratorias.

Información sobre el estudiante

Nombre:		País de origen:	
Apellido:		Fecha de ingreso en EE. UU.:	
Fecha de nacimiento:		Fecha en la que el estudiante se inscribió por primera vez en una escuela de EE. UU.:	

Haga un círculo en los grados a los que su hijo asistió en escuelas de EE. UU.

PK K 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

¿Durante cuántos meses el estudiante ha estado inscripto en una escuela de EE. UU? _____

1. ¿Cuál fue el primer idioma que aprendió su hijo?

Idioma: _____ | Dialecto: _____

2. ¿Cuál es el idioma que su hijo usa con mayor frecuencia en el hogar?

Idioma: _____ | Dialecto: _____

3. ¿Cuál es el idioma que usted utiliza con más frecuencia para hablar con su hijo?

Idioma: _____ | Dialecto: _____

4. ¿Qué idioma (s) aparte del inglés se hablan en su casa?

Idioma: _____ | Dialecto: _____

5. ¿Con qué idioma preferiría recibir información de la escuela?

Idioma: _____ | Dialecto: _____

Nombre del padre

Firma del padre

Fecha

LEA : Please have all families complete this home language survey at the student's initial enrollment in school. This form must be signed and dated by the parent or guardian and kept in the student's file. (If a language other than English or Non-US English is listed on questions 1-3, the LEA must continue with a records review, step 2 of the English learner identification process.)

Fecha: _____

Estimado Padre/Madre o Adulto responsable del estudiante,

Con el fin de servir mejor a su niño, _____, el distrito escolar _____,
(Insert District/Charter School Name)

está asistiendo al estado de Delaware a identificar estudiantes elegibles para recibir beneficios y apoyos. La información proporcionada es confidencial y será utilizada por el Departamento de Educación para fines de planeación únicamente. Por favor, conteste las siguientes preguntas y devuelva este formulario a la escuela de su hijo.

1. ¿En los últimos 3 años, su familia se ha cambiado de: a) un *distrito escolar* a otro; b) un estado a otro; c) otro país a Estados Unidos?
_____ SÍ _____ NO

Si es "NO", no complete el resto de esta encuesta. Si es "SI", por favor continúe.

2. ¿El motivo de este cambio ha sido por **buscar o aceptar** un empleo en una actividad agrícola o de pesca, o en alguna de las actividades enlistadas abajo? Contesté aunque tenga otro tipo de trabajo actualmente.
_____ SÍ _____ NO

Si es "SI", por favor marque todo lo que corresponda si usted, su esposo/a u otro miembro del hogar ha trabajado en/con:

- | | | | |
|-------------------------|------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| Granja | Rastro/ Carnicería | Cultivar Césped | Invernadero |
| Lechería | Procesar carne/pescado | Empacar carne/alimentos | Plantar y cultivar árboles |
| Rancho | Cultivo de Arandanos | Granja de Hongos | Procesar alimentos |
| Enlatadora | Jugo Fresco/Congelado | Plantar, pizar o empacar | Procesar limento para mascota |
| Gallineros | Pescado y Marisco | frutas, vegetales, semillas, o | Desyerbar o preparar el terren |
| Planta de Pollo/Pollera | Frutas secas/especias | nueces | para plantar |

Favor de anotar otro trabajo/actividad agrícola o de pesca que usted, su esposo/a u otro miembro del hogar haya realizado:

Anote todos los niños y jóvenes entre **3-21 años de edad** en el hogar, incluyendo los que no asisten a la escuela:

Nombre y Apellido	Fecha de Nacimiento	Edad	Grado	Escuela

Padre/Madre o Adulto responsable del estudiante: _____

Dirección: _____ Ciudad _____ Zip _____

Teléfono 1: _____ Teléfono 2 _____ Hora: _____ AM/PM

DISTRICTS: The ORIGINAL document must be submitted to the Delaware Department of Education **Migrant Education Program Office** within 10 days of the student's enrollment by **State Mail Code N510** or by U.S. Postal Service to **35 Commerce Way, Suite 1, Dover, DE 19904**. A COPY of this form must be retained in the student's file to document compliance with the Title I, Part C federal program requirements.



2019 –2020 FORMULARIO DE INFORMACIÓN ACTUALIZADA DE ESTUDIANTES JÓVENES CONECTADOS CON LO MILITAR

Todas las escuelas públicas de Delaware comenzando en el año escolar 2016 – 2017 están requeridas a identificar anualmente a los estudiantes registrados que son “jóvenes conectados con lo militar” de acuerdo al 14 DE Admin. Code 932, 14 Del.C. Capítulo 1, §122 (b) (28), 10 U.S.C. §101(d) (2014), y a la Ley reautorizada de Cada Estudiante Tiene Éxito (2015), 20 U.S.C. 6301 et seq. para poder posiblemente proporcionarle a sus estudiantes con apoyos y servicios adicionales si es necesario.

Por favor lea las siguientes declaraciones y marque la caja apropiada abajo.

- Si usted es el padre/madre o padrastro/madrastra, solamente marque la caja que específicamente aplica a usted, el estado de su situación de servicio y la rama de las fuerzas armadas de los Estados Unidos.
- Si usted es el padre/madre o padrastro/madrastra, que cumple con la definición de la caja uno o dos, y hay un miembro inmediato de la familia residiendo en la misma casa que cumple con la definición de la caja tres, entonces deberá marcar ambas cajas.
- Si su estudiante no es un/a “joven conectado con lo militar”, por favor marque la cuarta caja, “No Aplica”.

PADRES O PADRASTROS

“Servicio Activo” – Soy un padre/madre o padrastro/madrastra, quien es un miembro de las Fuerzas Armadas (Ejército de los Estados Unidos, Armada de los Estados Unidos, Fuerza Aérea de los Estados Unidos, Cuerpo de los Marines de los Estados Unidos, o el Guarda Costa de los Estados Unidos) en “servicio activo” de acuerdo a 10 U.S.C. §101(d) (2014), y a la Ley reautorizada de Cada Estudiante Tiene Éxito (2015), 20 U.S.C. 6301 et seq.

“Servicio Activo/Retirado Recientemente/Reserva/Identificado Como un Veterano con Discapacidad/Muerto en Acción” – Un padre/madre o padrastro/madrastra, *residiendo en la misma casa*, quien está en servicio activo, sirviendo en el componente de la reserva, identificado como un veterano con discapacidad, muerto en acción, o retirado recientemente (dentro de los 18 meses anteriores al 30 de septiembre del actual año escolar) de una rama de las fuerzas armadas de los Estados Unidos. Tales ramas consisten del Ejército de los Estados Unidos, la Fuerza Aérea de los Estados Unidos, el Cuerpo de los Marines de los Estados Unidos, la Armada de los Estados Unidos, la Guardia Nacional, el Guarda Costa de los Estados Unidos, la Administración Nacional Oceánica y Atmosférica o el Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos de acuerdo al 14 DE Admin. Code 932, 14 Del.C. Capítulo 1, §122 (b) (28), 10 U.S.C. §101(d) (2014).

MIEMBROS INMEDIATOS DE LA FAMILIA O CUALQUIER OTRA PERSONA RESIDIENDO EN LA MISMA CASA

“Servicio Activo/Retirado Recientemente/Reserva/Identificado Como un Veterano con Discapacidad/Muerto en Acción” – Un miembro inmediato de la familia, incluyendo un hermano/a o cualquier otra persona *residiendo en la misma casa*, quien está en servicio activo, sirviendo en el componente de la reserva, identificado como un veterano con discapacidad, muerto en acción, o retirado recientemente (dentro de los 18 meses anteriores al 30 de septiembre del año escolar actual) de una rama de las fuerzas armadas de los Estados Unidos. Tales ramas consisten del Ejército de los Estados Unidos, la Fuerza Aérea de los Estados Unidos, el Cuerpo de los Marines de los Estados Unidos, la Armada de los Estados Unidos, la Guardia Nacional, el Guarda Costa de los Estados Unidos, la Administración Nacional Oceánica y Atmosférica o el Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos de acuerdo al 14 DE Admin. Code 932, 14 Del.C. Capítulo 1, §122 (b) (28), 10 U.S.C. §101(d) (2014).

NO APLICA

Nombre del Estudiante: _____ Grado: _____

Nombre de la Escuela: _____

Nombre del Maestro del Salón Principal: _____

Por favor devuelva este formular al maestro del salón principal de su estudiante en o antes del lunes, 16 de septiembre de 2019.



CHILD CARE TRANSPORTATION REQUEST

PARA EL AÑO ESCOLAR 2019-2020 SOLAMENTE

Nombre del Niño (IMPRESA): _____ Grado: _____ 2019-2020

Escuela 2019-2020: _____

Padres/Guardián Legal: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal _____

Teléfono de Casa: _____ Tel de Trabajo: _____ Celular: _____

La Dirección de la Persona que Cuida al Niño/Niña Debe ser en la Misma Area que la Escuela si Solicita Transporte con Christina

Nombre de la Persona que Cuida al Niño/Niña: _____

Fecha que Desea se le Comience a Recoger/Dejar: _____ Teléfono:: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Firma de la Persona que Cuida al Niño/Niña (Requerido) _____ Fecha _____

Para Padres/ Guardián Legal:

Por este medio afirmo que mi hijo/a sera cuidado por la persona descrita arriba desde: _____

Lugar de Recogida del Bus: (Seleccione Uno)

Casa: _____

Persona que Cuida: _____

Lugar de Dejar : (Seleccione Uno)

Casa _____

Persona que Cuida: _____

Firma de Padres (Requerida): _____ Fecha: _____

**NO SE PROCESARA UN FORMULARIO INCOMPLETO
Devuelva el Formulario Lleno a la Escuela de Su Hijo/a**

-----SCHOOL AUTHORIZATION-----

Home address verified _____ (please initial) Childcare provider resides in feeder _____ (please initial)

If no, state exception: _____ (I.E., choice/educational placement)

Approved on: _____ By: _____ (Signature)

Upon completing school verification, keep original on file.

ESTE PEDIDO NO SE PROCESARA SIN LA CONFIRMACIÓN DE LA DIRECCIÓN.

Christina School District

REQUEST FOR STUDENT SCHOOL RECORDS

_____ Date

Name of Previous School _____

Address of Previous School _____

City, State, Zip of Previous School _____

_____ Student Name

_____ Student ID#

_____ Date of Birth

The above student has enrolled in the Christina School District School listed below in grade _____

School Name _____

Street Address _____

City, State, Zip _____

Attention: _____

Please forward all school records as soon as possible so that we may best serve this student. Please include the following:

Cumulative Record File
Health and Immunization Record
Report Card from Previous School
Current Attendance Report
Transcripts for students in grade 9 – 12

Special Education File (If applicable)
Psychological Evaluation (If applicable)
Withdrawal Grades
Discipline Record (as Req. by No Child Left Behind Act)

Public Law 93-380 does not require written consent of a parent or guardian to permit release of students' personally identifiable records or files to the following:

Officials of other schools or school systems in which the student intends to enroll, upon condition that the student's parents be notified of the transfer, receive a copy of the record if desired, and have an opportunity for a hearing to contents of the record.

Your prompt response to this request is greatly appreciated. Thank you.

Authorization for release of records: _____
Parent or Guardian Signature Date

For School Use Only, Please check all that apply

There is no discipline record for this student

Is this student currently serving a suspension or expulsion? yes no

If yes, please explain: _____

Is this student currently assigned to an alternative school or alternative setting? yes no

If yes, please explain: _____

_____ Signature of Previous School Administrator

_____ Title

_____ Date