

Información del/la estudiante					
Apellido legal del/la estudiante:		Nombre:		Segundo nombre:	Número de la seguridad social: (Opcional)
¿Certificado de nacimiento recibido? (Para el personal)	Fecha de nacimiento:		Género: <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre	Género con el que se identifica:	Grado que va a empezar:
Teléfono celular del/la estudiante:			Email del/la estudiante:		
Distrito donde vive (si no es las escuelas públicas de Northfield):			Si no vive en Distrito Escolar Independiente #659, ¿Tiene un acuerdo de inscripción abierta o de que no vive en el distrito y lo ha enviado a la oficina del distrito? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Se requiere una evaluación de la primera infancia Para el ingreso de su hija/o al kindergarten de la escuela pública. ¿Su hija/o ha completado el examen (3-5 años) con el Distrito Escolar Independiente #659?			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si contestó sí, ¿en qué distrito hizo su hija/o el examen? _____		
¿Tiene su hijo acceso a internet?			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Tiene su hijo un dispositivo para accede a eLearning?			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Designaciones federales					
*Antecedentes raciales/étnicos del/la Estudiante: (Marque todo lo que corresponda) <input type="checkbox"/> Indio/a americano/a o nativo/a de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático/a o de las islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Hispano/a <input type="checkbox"/> Negro/a, no de origen hispano/a <input type="checkbox"/> Blanco/a, no de origen hispano/a			¿En qué idioma prefiere recibir las comunicaciones e información escritas de la escuela? <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____ ¿En qué idioma prefiere recibir las comunicaciones e información orales de la escuela? <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____		
Niveles de educación para padres: Seleccione el nivel de educación más alto completado por padre:			Estudiante: Ciudad, estado, condado, país de nacimiento: Si nació fuera de Estados Unidos:		
<input type="checkbox"/> Alguna escuela secundaria <input type="checkbox"/> Graduado de secundaria <input type="checkbox"/> Alguna de Universidad <input type="checkbox"/> Licenciado Universitario <input type="checkbox"/> Más allá de la universidad			Fecha en la que llegó a Estados Unidos: _____ Fecha de inscripción en una escuela en Estados Unidos: _____ Fecha en la que la niña o niño empezó a ir a la escuela en Minnesota: _____ ¿El niño o niña ha asistido a una escuela de Estados Unidos durante tres o más años? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Información adicional sobre el/la estudiante					
Este/a estudiante: <input type="checkbox"/> No tiene casa <input type="checkbox"/> El estado es su tutor <input type="checkbox"/> Migrante <input type="checkbox"/> Inmigrante <input type="checkbox"/> Intercambio extranjero <input type="checkbox"/> Conexión militar de jóvenes (Opcional)		¿Su hijo/a recibe servicios en las siguientes áreas? (Marque todo lo que corresponda): <input type="checkbox"/> Educación especial – Plan de educación individual (IEP) <input type="checkbox"/> ADA Sección 504 Plan <input type="checkbox"/> Title-I <input type="checkbox"/> Estudiante de inglés/English Learner (EL) <input type="checkbox"/> Muy avanzado/a, dotado/a y con talentos <input type="checkbox"/> Otro _____			

Familia principal				Fecha en la que se movido:		
Dirección:		Ciudad:		Estado:	Código Postal:	Teléfono de casa:
Familiar principal adulto/a 1						
Apellido:		Nombre:		Segundo nombre:	Género: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	
Relación con el/la estudiante:			Fecha de nacimiento:		Correo electrónico:	
¿Tienen el padres, tutores todos los derechos legales?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Hay orden de No contacto u otras órdenes legales activas?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Familiar principal adulto/a 2						
Apellido:		Nombre:		Segundo nombre :	Género: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Otro teléfono: Celular Trabajo
Relación con el/la estudiante:			Fecha de nacimiento:		Correo electrónico:	
Otros hijos/Miembros de la familia principal						
Apellido:		Nombre:		Segundo nombre	Género: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Relación con el/la estudiante:
					<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	
					<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	
					<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	
Contexto familiar adicional				Fecha en la que se mudó:		
Dirección:		Ciudad:		Estado:	Código Postal:	Teléfono de casa:
Contexto familiar adicional Adulto 1						
Apellido:		Nombre:		Segundo nombre	Género: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Otro teléfono: Celular Trabajo
Relación con el/la estudiante:			Fecha de nacimiento:		Correo electrónico:	
Contexto familiar adicional Adulto 2						
Apellido:		Nombre:		Segundo nombre:	Género: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Otro teléfono: Celular Trabajo
Relación con el/la estidoamte:			Fecha de nacimiento:		Correo electrónico:	
¿Tienen el padres tutores todos los derechos legales?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Hay orden de No contacto (No Contact) u otras órdenes legales activas?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Contactos de emergencia (Otro diferente a los anteriores) <i>Al menos deben incluir un número de teléfono.</i>						
Apellido:		Nombre:		Teléfono del trabajo:	Celular:	Teléfono de la casa:
Otros problemas de salud y médicos: En caso de extrema urgencia damos permiso para llamar al 911. También se llamaría al padre/madre.						
Nombre del/la doctor/a:		Teléfono:		Problemas de salud o médicos:		

Por la presente verifico que la información anterior es verdadera y correcta por lo que yo sé. Entiendo que rellenar este formulario sirve como inscripción de mi hijo/a en las escuelas públicas de Northfield y da permiso para que busquen el expediente de mi hijo/a como estudiante.

Firma del padres o tutor/a:

Fecha:

EXPLICACIÓN SOBRE LA INFORMACIÓN PRIVADA QUE SE PIDE EN ESTE FORMULARIO

De acuerdo con la Ley Federal de Privacidad de Datos de 1974 y la Ley de Privacidad del Estado de Minnesota, no está obligado a proporcionar la información indicada con un asterisco (*). No habrá ningún efecto adverso en usted o su hijo/a si usted no elige proporcionarlo. Sin embargo, su cooperación al proporcionar esta información garantizará su exactitud y ayudará a facilitar oportunidades educativas equitativas para todos los estudiantes. Tenga la seguridad de que usaremos la información de una manera que respete la privacidad de nuestros estudiantes y familias.

***Idioma principal de la casa:** Para ayudar a los distritos escolares a proporcionar oportunidades iguales para una educación significativa a todos los estudiantes, la ley de Minnesota requiere que las escuelas cuenten e informen de cuál es el idioma primario de sus estudiantes.

****Antecedentes raciales/étnicos:** Esta información es necesaria para cumplir con los requisitos de información estatales y federales relacionados con la equidad en la educación. Su cooperación al proporcionar esta información asegurará que tenemos datos precisos sobre su hijo/a.

