



***MALAKOFF ISD***  
***REQUISITOS DE INSCRIPCIÓN***

- ACTA DE NACIMIENTO
  
- TARJETA DE SEGURO SOCIAL
  
- TARJETA DE VACUNAS
  
- FORMULARIO DE RETIRO/GRADOS/RESULTADOS DE EXÁMENES (DE ESCUELA ANTERIOR)
  
- TRANSCRIPCIÓN
  
- COPIA DE LICENCIA DE CONDUCIR DE PADRES / GUARDIÁN
  
- PRUEBA DE RESIDENCIA ( RECIBO RECIENTE DE AGUA O ELECTRICIDAD O COPIA DE CONTRATO DE RENTA)

**UN PADRE O TUTOR LEGAL DEBE ESTAR PRESENTE PARA INSCRIBIR AL ESTUDIANTE**

Todos los documentos enumerados anteriormente son obligatorios para la inscripción



**Tarjeta de Inscripción**

**CAMPUS:** \_\_\_\_\_

**Office Use Only**

Grade: \_\_\_\_\_ First Date of Attendance: \_\_\_\_\_

Home Room: \_\_\_\_\_ Legal Papers on File: Y / N

Nombre Legal del Estudiante : \_\_\_\_\_  
Apellido Primer Nombre Medio Nombre

Genero: F/M Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Lugar de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Seguro Social # \_\_\_\_\_

**Residencia Principal del Estudiante**

Dirección Física: \_\_\_\_\_  
Calle/PO Box Ciudad Estado Código Postal Condado

Dirección Postal: \_\_\_\_\_  
Calle/PO Box Ciudad Estado Código Postal Condado

**Padre Primario/Guardian**

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Relación:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_

**Email:** \_\_\_\_\_ **Empleador:** \_\_\_\_\_ **Teléfono de Empleo :** \_\_\_\_\_

**Teléfono de Casa:** \_\_\_\_\_ **Celular:** \_\_\_\_\_ **Otro:** \_\_\_\_\_

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Relación:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_

**Email:** \_\_\_\_\_ **Empleador:** \_\_\_\_\_ **Telefono Trabajo:** \_\_\_\_\_

**Teléfono de Casa:** \_\_\_\_\_ **Celular:** \_\_\_\_\_ **Otro:** \_\_\_\_\_

**Padre Secundario/Guardian**

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Relación:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_

**Email:** \_\_\_\_\_ **Empleador:** \_\_\_\_\_ **Teléfono de Empleo :** \_\_\_\_\_

**Teléfono de Casa:** \_\_\_\_\_ **Celular:** \_\_\_\_\_ **Recojer Estudiante**  **Sí**  **No**

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Relación:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_

**Email:** \_\_\_\_\_ **Empleador:** \_\_\_\_\_ **Telefono Trabajo:** \_\_\_\_\_

**Teléfono de Casa:** \_\_\_\_\_ **Celular:** \_\_\_\_\_ **Recojer Estudiante**  **Sí**  **No**

Dirección Física: \_\_\_\_\_  
Calle/PO Box Ciudad Estado Código Postal Condado

Dirección Postal: \_\_\_\_\_  
Calle/PO Box Ciudad Estado Código Postal Condado

**CONTACTO DE EMERGENCIA PERMITE QUE EL ESTUDIANTE PUEDA SER RECOGIDO POR ALGUIEN MAS QUE EL PADRE/GUARDIAN**

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Relación:** \_\_\_\_\_ **Celular:** \_\_\_\_\_ **Otro:** \_\_\_\_\_

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Relación:** \_\_\_\_\_ **Celular:** \_\_\_\_\_ **Otro:** \_\_\_\_\_

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Relación:** \_\_\_\_\_ **Celular:** \_\_\_\_\_ **Otro:** \_\_\_\_\_

**Hermanos/as Que Asisten a Malakoff ISD**

Grado	Nombre	Campus

**¿Ha sido el Estudiante alguna vez retenido: Sí/ No**

En caso afirmativo, qué grado: \_\_\_\_\_ año escolar : \_\_\_\_\_

**El Estudiante asistido a Malakoff ISD antes: Sí / No**

En caso afirmativo, nombre de la escuela: \_\_\_\_\_ año: \_\_\_\_\_

**Porfavor liste las escuelas previamente asistidas comenzando con la mas reciente**

<u>ESCUELA</u>	<u>FECHAS</u>	<u>AÑO</u>

**¿Ha estado el Estudiante en algún programa especial?: Sí / No**

En caso afirmativo, marque Programa Especial en la inscripción abajo

<u>Marque Sí o No</u>	<u>Programa</u>	<u>Años Escolares</u>
___ Sí ___ No	Educación Especial	
___ Sí ___ No	Dominio del contenido	
___ Sí ___ No	Programa de 504	
___ Sí ___ No	Speech (Voz)	
___ Sí ___ No	Dislexia	
___ Sí ___ No	LEP/ESL/Bilingüe	
___ Sí ___ No	Intervención de Lectura	
___ Sí ___ No	Intervención de Matemáticas	
___ Sí ___ No	Talentoso	
___ Sí ___ No	Consejería	
___ Sí ___ No	RTI	

Firma del Padre/Guardian inscribiendo al estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Exhibit 1B Student/Staff Ethnicity and Race Data Questionnaire in Spanish**

**Agencia de Educación de Texas**

**Cuestionario de Información de Datos Raciales y de Etnicidad de Estudiantes/Miembros de Personal de las Escuelas Públicas de Texas**

El Departamento de Educación de Estados Unidos (USDE) requiere que todas las instituciones estatales y locales de educación, recopilen datos sobre etnicidad y raza de los estudiantes y de miembros de personal. Esta información es utilizada para los reportes estatales y federales así como para reportar a la Oficina de Derechos Civiles (OCR) y a la Comisión de Igualdad en el Empleo (EEOC).

Al personal del distrito escolar y los padres o representante legal de estudiantes que deseen matricularse en la escuela, se le requiere proporcionar esta información. Si usted rehúsa proporcionarla, es importante que sepa que el USDE requiere que los distritos escolares usen la observación para identificación como último recurso para obtener estos datos utilizados para reportes federales.

Favor de contestar ambas partes de las siguientes preguntas sobre la etnicidad y raza del estudiante así como del miembro de personal. Registro Federal de Estados Unidos (71 FR 44866).

**Parte 1. Etnicidad: ¿Es la persona Hispana/Latina? (Escoja solo una respuesta)**

- Hispano/Latino** – Una persona de origen cubano, mexicano, puertorriqueño, centro o sudamericano o de otra cultura u origen español, sin importar la raza.
- No Hispano/Latino**

**Parte 2. Raza. ¿Cuál es la raza de la persona? (Escoja uno o más de uno)**

- Indio Americano o Nativo de Alaska** – Una persona con orígenes o de personas originarias de Norte y Sudamérica (incluyendo America Central), y que mantiene lazos o apego comunitario con una afiliación de alguna tribu.
- Asiático** – Una persona con orígenes o de personas originarias del Lejano Este, Sureste de Asia o el subcontinente indio, incluyendo, por ejemplo a Cambodia, China, India, Japón, Corea, Malasia, Pakistán, las Islas Filipinas, Tailandia y Vietnam.
- Negro o Africano-Americano** – Una persona con orígenes de cualquier grupo racial negro de África.
- Nativo de Hawai u otras islas del pacífico** – Una persona con orígenes o de personas originarias de Hawai, Guam, Samoa u otras Islas del Pacífico.
- Blanco** – Una persona con orígenes de personas originarias de Europa, el Medio Este o el Norte de África.

\_\_\_\_\_  
Nombre del Estudiante/Miembro de Personal  
(por favor use letra de imprenta)

\_\_\_\_\_  
Firma (Padre/Representante legal)  
/(Miembro de personal)

\_\_\_\_\_  
Número de Identificación del  
Estudiante/Miembro del personal

\_\_\_\_\_  
Fecha

This space reserved for Local school observer – upon completion and entering data in student software system, file this form in student’s permanent folder.

Ethnicity – choose only one:  
 Hispanic / Latino  
 Not Hispanic/Latino

Race – choose one or more:  
 American Indian or Alaska Native  
 Asian  
 Black or African American  
 Native Hawaiian or Other Pacific Islander  
 White

Observer signature:

Campus and Date:

**Agencia de Educación de Texas – Septiembre 2017**

**Información del estudiante si es levantado temprano  
2018-2019**

Nombre de Estudiante: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Seleccione el medio principal de transporte de su hijo

Padre levanta: \_\_\_\_\_ Camión: \_\_\_\_\_ Guardería: \_\_\_\_\_ Estudiante Maneja: \_\_\_\_\_

**ATENCIÓN PADRES/GUARDIAN:**

**NINGUNO QUE NO SEA LA PERSONA MENCIONADA AQUÍ SE LE  
PERMITIRÁ RECOGER / SACAR A SU HIJO**

Por favor liste el nombre y número de teléfonos de cualquier persona, incluido usted, que podrá recoger a su hijo.

Nombre de Padres/Guardián

Numero de Telefono

Nombre de Padres/Guardián	Numero de Telefono

Nombre

Numero de Telefono

Relación

Nombre	Numero de Telefono	Relación

**RESTRICCIONES - Por favor liste cualquier restricción:**

--



**MALAKOFF ISD  
PUBLICACIÓN  
DEL DIRECTORIO ESTUDIANTE**

**NOMBRE DE ESTUDANTE:** \_\_\_\_\_ **ID:** \_\_\_\_\_

INFORMACIÓN DEL DIRECTORIO ESTUDIANTIL-ACTUALIZACIÓN LEGISLATIVA [Sec. 26.013]  
AVISO: Según la Ley de Información Pública de Texas, cierta información sobre estudiantes del distrito se considera información del directorio y se divulgará a cualquier persona u organización que siga los procedimientos para solicitar información a menos que el padre o tutor se oponga por escrito.

Revise la información a continuación para indicar sus deseos actuales con respecto a la privacidad de la información del directorio de su hijo. Seleccione **SÍ** o **NO** para cada declaración. Los formularios que no están firmados darán como resultado la publicación de la información del directorio de su hijo cuando se solicite. Al seleccionar **NO** a continuación, se bloqueará la publicación de la información del directorio en las categorías designadas.

- **Publicación del Distrito:** Malakoff ISD tiene mi permiso para divulgar información del directorio con fines limitados patrocinados por la escuela, incluyendo, entre otros: compañías de fotografía seleccionadas que apoyan imágenes del campus y publicidad (nombre e imagen en anuario, boletines, premios, honores, PTO, clubes de refuerzo, etc.) Ejemplo: Si selecciona **NO**, el nombre de su hijo **NO** aparecerá en la publicidad del distrito, en el anuario de la escuela, etc.  
\_\_\_\_ **YES**    \_\_\_\_ **NO**
  
- **Uso público (terceros):** Malakoff ISD tiene mi permiso para divulgar información del directorio (nombre, dirección, número de teléfono, etc.) a cualquier solicitante de acuerdo con la Ley de Información de Publicaciones de Texas (TPIA). El TPIA requiere que Malakoff ISD divulgue este tipo de información a cualquier compañía, individuo o grupo que lo solicite a menos que el padre / tutor solicite que no se divulgue la información. Ejemplo: Si selecciona **NO**, la información del directorio de su hijo **NO** se divulgará a vendedores u otras personas que puedan estar solicitando productos y servicios.  
\_\_\_\_ **YES**    \_\_\_\_ **NO**
  
- **Educación superior:** La ley federal requiere que los distritos que reciben asistencia bajo la Ley de Educación Primaria y Secundaria de 1965 (20 USC Sec. 6301 et seq.) Proporcionen una institución de educación superior, previa solicitud, con el nombre, dirección y número de teléfono de un estudiante de secundaria, a menos que el padre haya avisado al distrito que el padre no desea que se divulgue la información del alumno sin el consentimiento previo por escrito del padre. Seleccionar "**Sí**" permitirá el lanzamiento de esta información a una institución de educación superior. Seleccionar "**No**" excluirá a su estudiante de estas solicitudes.  
\_\_\_\_ **YES**    \_\_\_\_ **NO**
  
- **Militar:** La ley federal requiere que los distritos que reciben asistencia bajo la Ley de Educación Primaria y Secundaria de 1965 (20 USC Sec. 6301 et seq.) Proporcionen un reclutador militar a solicitud, con el nombre, dirección y número de teléfono de un estudiante secundario a menos que el padre ha avisado al distrito que el padre no desea que se divulgue la información del alumno sin el consentimiento previo por escrito del padre. Seleccionar "**Sí**" permitirá la divulgación de esta información a un reclutador militar. Seleccionar "**No**" excluirá a su estudiante de estas solicitudes.  
\_\_\_\_ **YES**    \_\_\_\_ **NO**

**Parent/Guardian Signature:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_



## MALAKOFF INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT



# ENCUESTA FAMILIAR 2018-2019

Queridos Padres,

Con el fin de servirle mejor a sus hijos, el distrito escolar de Malakoff ISD le gustaría identificar estudiantes quienes pueden calificar a recibir servicios de educación adicionales. **La información que nos proporcione será confidencial.** Por favor conteste las siguientes preguntas y regrese esta forma a la escuela de su hijo/a.

Para más información, llame al: 903-489-1152

**1. ¿Usted se ha movido en los últimos 3 años?**

➤ Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

**2. ¿Usted se ha movido en orden de hacer trabajo temporal o estacional?**

➤ Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

**3. Marque el trabajo temporal o estacional que aplique:**

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Pollos             | <input type="checkbox"/> Cosecha de frutas/verduras         | <input type="checkbox"/> Maderería                     |
| <input type="checkbox"/> Huevos             | <input type="checkbox"/> Movidas para trabajar en el verano | <input type="checkbox"/> Trabajo lácteo                |
| <input type="checkbox"/> En viveros         | <input type="checkbox"/> Trabajo de campo                   | <input type="checkbox"/> Plantas procesadoras de carne |
| <input type="checkbox"/> En ranchos/granjas | <input type="checkbox"/> Fábricas de conserva               | <input type="checkbox"/> Cercando                      |

**Si usted contestó “si” a las preguntas 1 y 2 de arriba, Marisol Mancha del Centro de Servicio de Educación de Región 7 se pondrá en contacto con usted para decidir si su hijo/a es elegible para servicios de educación adicionales. Por favor de proporcionar la información siguiente:**

Nombre del niño \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

Nombre del padre o tutor \_\_\_\_\_

Número de teléfono \_\_\_\_\_ Mejor tiempo para contactarla \_\_\_\_\_

## TEA datos requeridos para 2018-2019

Estimado padre, madre o tutor: Para servir mejor a los estudiantes, Texas Educational Agency ha ampliado la siguiente recopilación de datos del estudiante.

### *Recopilación de datos del Universal Foster Care Indicator Code*

Comenzando en el año escolar 2013-2014, la legislatura de Texas aprobó una ley que requiere que los distritos escolares informe **todos los estudiantes** que se encuentran en la actualidad en la tutela del Department of Family and Protective Services (Foster Care). Los padres adoptivos deben proporcionar una copia del Texas DFPS Placement Authorization Form (Form 2085) o una orden judicial que designa que el estudiante se encuentra en la tutela del Departamento de Servicios Familiares y de protección.

Para estudiantes de pre-kindergarten que se matriculan en estos criterios, el padre o cuidador debe proporcionar una copia del Department of Family and Protective Services que indica que este niño estuvo anteriormente en su tutela.

#### **POR FAVOR, MARQUE LA CASILLA QUE LE APLICA A USTED**

- 1)  Estudiante no está en la actualidad en la tutela del Department of Family and Protective Services
- 2)  Estudiante *está en la actualidad* en la tutela del Department of Family and Protective Services
- 3)  Estudiante de pre-kindergarten se encontraba anteriormente en la tutela del Department of Family and Protective Services tras un adversario audiencia celebrada como siempre en la Section 262.201, Family Code.

---

### *Recopilación de datos del Estudiante Conectado Militar*

Comenzando en el año escolar 2013-2014, la legislatura de Texas también ha aprobado un proyecto de ley que requiere que los distritos escolares informe **todos** los estudiantes conectado militar- no solo pre-kindergarten al igual que en años anteriores de criterios de elegibilidad para UDS.)

#### **POR FAVOR, MARQUE LA CASILLA QUE LE APLICA A USTED**

- 1)  No es estudiante conectado militar
- 2)  Estudiante es un dependiente de un miembro del Ejército, Armada, Fuerza Aérea, Cuerpo de Infantería de Marina, o de la Guardia Costera en servicio activo
- 3)  Estudiante es un dependiente de un miembro de la Guardia Nacional de Texas (Ejército, Guardia del Ejército del Aire, o Guardia del Estado)
- 4)  Estudiante es un dependiente de un miembro de una fuerza de reserva de las fuerzas armadas de los Estados Unidos (Ejército, Armada, Fuerza Aérea, Infantería de Marina, o de la Guardia Costera)
- 5)  Pre-kindergarten es un estudiante dependiente de una persona que se encuentran actualmente en servicio activo o que murieron o resultaron heridos mientras que están en servicio activo

\_\_\_\_\_  
Padre/Guardián Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha



**MALAKOFF ISD**  
**HOME LANGUAGE SURVEY-19TAC Chapter 89, Subchapter BB §89.1215**

TO BE COMPLETED BY PARENT OR GUARDIAN (OR STUDENT IF GRADES 9-12): The state of Texas requires that the following information be completed for each student that enrolls for the first time in Texas public schools. This survey shall be kept in each student's permanent record folder.

NAME OF STUDENT \_\_\_\_\_ STUDENT ID# \_\_\_\_\_

ADDRESS \_\_\_\_\_ TELEPHONE # \_\_\_\_\_

CAMPUS \_\_\_\_\_

1. What language is spoken in your home most of the time? \_\_\_\_\_
2. What language does your child (do you) speak most of the time? \_\_\_\_\_
3. Date of student's entry into this country if born outside the USA: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Month/Year
4. Has this student ever attended public school in the United States? Date: From \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Signature of Student if Grades 9-12

\_\_\_\_\_  
Date

**Cuestionario del idioma que se habla en el hogar**

DEBE DE COMPLETARSE POR EL PADRE/MADRE/ O REPRESENTANTE LEGAL: (O POR EL ESTUDIANTE SI ESTA EN LOS GRADOS 9-12) : El estado de Texas requiere que la siguiente información se complete para cada estudiante que se matricula por primera vez en una escuela pública de Texas. Este cuestionario se archivará en el expediente del estudiante.

NOMBRE DEL ESTUDIANTE \_\_\_\_\_ #ID \_\_\_\_\_

DIRECCION \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_

ESCUELA \_\_\_\_\_

1. ¿Qué idioma se habla en su hogar la mayoría del tiempo? \_\_\_\_\_
2. ¿Qué idioma habla su hijo/a (usted) la mayoría del tiempo? \_\_\_\_\_
3. Fecha de entrada a los EUA (si es nacido fuera a de este pais): \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_
4. ¿Ha asistido este estudiante a una escuela publica en los EUA antes? Fecha: de \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Madre/ o Representante Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del estudiante si está en los grados 9-12

\_\_\_\_\_  
Fecha

**MALAKOFF ISD**  
**CUESTIONARIO DE RESIDENCIA DEL ESTUDIANTE**

Nombre del estudiante:	No. de Seguro Social:	Fecha de nacimiento:
Domicilio actual: (Incluir ciudad, estado y código postal)	Escuela de:	
Domicilio anterior: (Incluir ciudad, estado y código postal)	Teléfono:	No. de teléfono celular:
Última escuela a la cual asistió:	Última fecha de asistencia:	Grado escolar actual:
Nombre de la persona con quien el estudiante reside:	<input type="checkbox"/> Padre / Madre <input type="checkbox"/> Tutor Legal (sólo concedido por un Tribunal) <input type="checkbox"/> Joven no acompañado <input type="checkbox"/> Cuidador (Ejemplos: amigos, parientes, etc.)	
Firma:	Fecha:	

**Presentar un falso registro o falsificar información para matricularse es un delito bajo la Sección 37.10 del Código Penal. Matricular a un niño usando falsos documentos responsabiliza a la persona por la matrícula u otros costos TEC 25.002(3)(d).**

Este cuestionario es para informar sobre la Ley para el Mejoramiento de la Asistencia Educativa para Estudiantes Sin Hogar Fijo McKinney-Vento (42 U.S.C. 11435). Las respuestas a este cuestionario de residencia ayudan a determinar los servicios a los cuales el estudiante podría tener derecho.

1. ¿El estudiante vive en un lugar que pertenece al padre/madre/tutor legal o que él/ella alquila?  
 Sí     No

**Si Ud. contestó SÍ a la pregunta 1, sáltese el resto del formulario.**

**Si Ud. contestó NO a la pregunta 1, por favor complete las preguntas 2-4.**

2. ¿Es la dirección actual del estudiante un arreglo temporal debido a la pérdida del hogar, de un problema económico o desastre natural?  Sí     No
3. ¿Dónde está viviendo el estudiante actualmente? (Marque todos los que aplican)
- En un hotel/motel
  - En un albergue
  - En la casa de un amigo/pariente debido a la pérdida del hogar (*ejemplos: incendio, inundación, pérdida del trabajo, divorcio, desalojo, etc.*)
  - En un lugar que no fue diseñado para dormir confortablemente, tal como un coche, parque o campamento
  - Mudándose de un lugar a otro debido a la pérdida del hogar (*ejemplos: incendio, inundación, pérdida del trabajo, divorcio, desalojo, etc.*)

4. Por favor proporcione la siguiente información con relación a los hermanos(as) del estudiante:

Nombre	Escuela	Distrito

**DISTRICT USE ONLY**

_____ Student qualifies as homeless.	_____ Student does NOT qualify as homeless.
Campus Homeless Liaison Signature:	Date:
Comments:	
District Homeless Liaison Signature:	Date:

**MALAKOFF ISD  
CONTRATO DE DISCIPLINA  
SOLICITUD DE CASTIGO CORPORAL  
2018-2019**

**Por favor ponga sus inicial/marque la opción que usted prefiere:**

\_\_\_\_\_ **Yo SI** solicitó que se administre el castigo corporal como una forma alternativa de castigo.

\_\_\_\_\_ **Yo NO DOY** permiso para que se administre el castigo corporal.

Firma de Padres/Guardian: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## MALAKOFF ISD FORMULARIO DE RECONOCIMIENTO 2018-2019

*(Cada Estudiante está requerido a tener esta pagina archivada en la oficina de la escuela 10 días después de inscribirse)*

Nombre del Estudiante \_\_\_\_\_

Grado \_\_\_\_\_

Le instamos a que lea las publicaciones a fondo y las discuta con su familia. Si tiene alguna pregunta sobre la conducta requerida y las consecuencias por mala conducta, le recomendamos que solicite una explicación al maestro del alumno o al administrador del campus.

El alumno y el padre deben firmar esta página en los espacios provistos a continuación, reconociendo que ha leído y entendido estas pautas y está de acuerdo con los términos de estas políticas.

**\*\*LIBRO DE CONDUCTA ESTUDIANTIL:** Tal como lo exige la ley estatal, el consejo de administración ha adoptado oficialmente el Código de Conducta Estudiantil para promover un ambiente de aprendizaje seguro y ordenado para cada estudiante. Puede encontrar este Manual en el sitio web de MISD.

**Hemos escojido :** *(por favor marque uno)*

Recibir una copia en papel del Código de Conducta Estudiantil y el Manual del Estudiante .

Acepto la responsabilidad de acceder al Código de Conducta Estudiantil y al Manual del Estudiante en el sitio web del distrito. ([www.malakoffisd.org](http://www.malakoffisd.org))

**\*TECNOLOGÍA/ET/TigerNet:** He leído las Póliza de Tecnología / Telecomunicaciones Electrónicas / TigerNet y reconozco que se espera que mi hijo cumpla con estas pólizas.

**\*MISD PÓLIZA DE TARDANZA VESTIDURA Y GUÍAS DE DISCIPLINA**

**\*MISD GUÍAS DE DISCIPLINA**

**\*AUSENCIA/ASISTENCIA, ASUSENCIA COMPULSORIA, Y INCUMPLIMIENTO OBLIGATORIA DE ASISTENCIA**

Reconozco que mi hijo y yo hemos recibido, leído y comprendido todas las pólizas y lineamientos en las categorías enumeradas anteriormente y las consecuencias para cada una de estas lineamientos en cada categoría, si no se siguen. Acepto que mi hijo será responsable de su comportamiento y estará sujeto a las consecuencias disciplinarias descritas en cada lineamientos de cada categoría. Asegúrese de haber marcado **todas** las casillas sombreadas.

Firma de Padres: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma de Estudiante: \_\_\_\_\_

Grado: \_\_\_\_\_



**MALAKOFF ISD  
EMERGENCY AND ILLNESS INFORMATION**

PARA PADRES/GUARDIANS: Para servirle a su hijo/a en caso de un ACCIDENTE O ENFERMEDAD REPENTINA, es necesario que usted nos brinda la siguiente información de llamadas de emergencia. Por favor rellene la información.

**NOMBRE DE ESTUDIANTE** \_\_\_\_\_ **GRADO** \_\_\_\_\_ **FECHA DE NACIMIENTO** \_\_\_\_\_

**LLAME 1PR/RELACION** \_\_\_\_\_ **LLAMADA 2SE/RELACION** \_\_\_\_\_

**DIRECCIÓN** \_\_\_\_\_ **DIRECCIÓN** \_\_\_\_\_

**TELÉFONO DE CASA** \_\_\_\_\_ **TELÉFONO DE CASA** \_\_\_\_\_

**CELL** \_\_\_\_\_ **CELL** \_\_\_\_\_

**EMPLEADOR** \_\_\_\_\_ **EMPLEADOR** \_\_\_\_\_

**TELÉFONO DE TRABAJO** \_\_\_\_\_ **TELÉFONO DE TRABAJO** \_\_\_\_\_

**CONTACTOS ADICIONALES DE EMERGENCIA en caso de que los padres sean inalcanzables:**

**NOMBRE** \_\_\_\_\_ **TELÉFONO** \_\_\_\_\_ **RELACIÓN** \_\_\_\_\_

**NOMBRE** \_\_\_\_\_ **TELÉFONO** \_\_\_\_\_ **RELACIÓN** \_\_\_\_\_

**NOMBRE** \_\_\_\_\_ **TELÉFONO** \_\_\_\_\_ **RELACIÓN** \_\_\_\_\_

**MARQUE TODO LO QUE APLICA A SU HIJO/A:**

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> asma                   | <input type="checkbox"/> hemorragia nasal                    | <input type="checkbox"/> problemas de estomago               |
| <input type="checkbox"/> desmayos               | <input type="checkbox"/> dolor de cabeza                     | <input type="checkbox"/> problemas de escuchar               |
| <input type="checkbox"/> problemas del corazón  | <input type="checkbox"/> convulsiones                        | <input type="checkbox"/> discapacidad física                 |
| <input type="checkbox"/> problemas intestinales | <input type="checkbox"/> alergias                            | <input type="checkbox"/> otros problemas de ojos             |
| <input type="checkbox"/> diabetes – tipo        | <input type="checkbox"/> alergia a picadura de abeja/insecto | <input type="checkbox"/> otro (por favor liste al otro lado) |
| <input type="checkbox"/> lentes/contactos       | <input type="checkbox"/> problemas de rinon/vejiga           |  |

**TRATAMIENTO ESPECIAL/PROCEDIMIENTOS** (requiere ordens de doctor) \_\_\_\_\_

cirugias anteriores /hospitalizaciones \_\_\_\_\_

Otros problemas/discapacidades \_\_\_\_\_

**Por favor liste cualquier/todas las medicinas usadas diario por su hijo/a:**

Medicamento \_\_\_\_\_ Dosificación \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_

Medicamento \_\_\_\_\_ Dosificación \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_

Medicamento \_\_\_\_\_ Dosificación \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_

**Médico del Niño/a** \_\_\_\_\_ **Dirección** \_\_\_\_\_ **Telefono** \_\_\_\_\_

**Dentista del Niño/a** \_\_\_\_\_ **Dirección** \_\_\_\_\_ **Telefono** \_\_\_\_\_

\*Si se requiere tratamiento de emergencia y no se puede contactar a los padres, su firma en el espacio a continuación le da poder a la escuela autoridades a ejercer su propio juicio al llamar a una ambulancia o transporte a la sala de emergencias más cercana. Igualmente, su firma autoriza la divulgación de todos los registros médicos relacionados con el incidente en particular, ya que la escuela puede necesitar sus archivos.

Firma de Guardian \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**MALAKOFF ISD**  
**INFORMACIÓN SOBRE ALERGIAS A LOS ALIMENTOS 2018-2019**

**Nombre del Estudiante:** \_\_\_\_\_ **Fecha Nacimiento:** \_\_\_\_\_ **Grado:** \_\_\_\_\_

Este formulario le permite revelar si su hijo tiene una alergia a los alimentos o una alergia alimentaria grave que usted cree que debería divulgarse a Malakoff ISD para permitir que el distrito tome las precauciones necesarias para la seguridad de su hijo. La alergia grave a los alimentos significa una reacción peligrosa o que pone en peligro la vida del cuerpo humano a un alérgeno de origen alimentario introducido por inhalación, ingestión o contacto con la piel que requiere atención médica inmediata.

Indique todos los alimentos a los que su hijo es alérgico, así como la naturaleza de la reacción alérgica de su hijo a los alimentos.

Alergia a la comida	Alergia/Alergia Severa	Descripción de la reacción, incluyendo cuándo y cómo ocurren

Cómo se tratan estas reacciones? \_\_\_\_\_

Su hijo toma diariamente o según sea necesario medicamentos para esta alergia a los alimentos?  
\_\_\_\_\_

Padre/Guardian: \_\_\_\_\_