



# **DISTRITO ESCOLAR DE MARION**

---

## **REGISTRO PAQUETE** **Grados 1 - 12**

---

2018-2019

*Nota: Todas las formas se pueden recoger en la oficina central o en cualquiera de nuestros campus.*



## **Distrito Escolar Marion**

### **Requisitos de Registro Grados 1- 12**

- ❖ DOCUMENTACIÓN de la fecha de nacimiento del estudiante (prueba de edad) - incluyendo uno de los siguientes
  - Copia de nacimiento certificado
  - Pasaporte Que indique la fecha del estudiante de nacimiento
  - Identificación militar Estados Unidos que muestra los estudiantes de fecha de nacimiento
  - Registros escolares previos que muestran la fecha de nacimiento del estudiante
  - Declaración de registro local o un registrador del condado que certifique la fecha de nacimiento del niño
  - una partida de bautismo atestiguada
- ❖ Copia de tarjeta de seguro social del
- ❖ Oficial Niño, hasta la fecha, disparó registro - información de la inmunización se incluye en paquete.
- ❖ Prueba de la inscripción en la escuela anterior
  - los registros escolares
  - los documentos de retiro
  - reporte de la última recepción
  - forma de liberación Records - firmada por el padre / tutor (formulario incluido en el paquete)
    - Fuera de los estudiantes del estado (niveles 9 al 12): transcripción oficial / no oficial requiere
- ❖ Prueba de residencia en el Marion Distrito escolar:  
Las únicas formas aceptables de prueba de residencia se enumeran a continuación y debe tener el nombre del padre / tutor y dirección en él.
  - Pago de la casa / hipoteca cupón
  - Recibo de alquiler
  - Factura de servicios públicos con el nombre del padre o tutor, dirección y fecha actual
  - proyecto de ley de agua Marion (ambas secciones o historial de la cuenta deben ser incluidos)

**PADRES: Si usted no tiene documentación de prueba de residencia para el registro, pero cree su hijo es elegible para asistir a una de las escuelas de Marion, por favor llene una Notificación para proceder con la inscripción (formulario incluido en el paquete).**

- ❖ Otras partidas que por Marion Distrito escolar:
  - Formulario de inscripción MSD (incluido en el paquete)
  - MSD formulario médico (incluido en el paquete)

\* Si tiene alguna pregunta, por favor llame a la Oficina Central de MSD al 870-739-5100.





## Las vacunas requeridas por entrar en nuestro ESCUELA

### Kínder y primer grado

|   |
|---|
| ➤ 4 DPT - un tiro deben estar después de 4 años de edad (difteria, tos ferina, tétanos)   |
| ➤ 3 Polio - un tiro debe ser después de 4 años de edad  |
| ➤ 2 MMR - primer disparo debe ser en o después del primer cumpleaños ( el sarampión, paperas y rubéola)   |
| ➤ 3 Hep B   |
| ➤ 2 de la varicela (varicela) - Kinder y 1er grado - una nota de MD, ANP aceptado si tenían enfermedad. Nota de los padres no se acepta si el niño ha tenido la enfermedad. |
| ➤ Infantes - EPSTD (Física)(diagnóstico precoz y tratamiento de Evaluación Periódica)   |
| ➤ Kinder y 1er Grado -1 dosis Hepatitis A   |

No se permitirán los estudiantes asistan a la escuela a menos que puedan documentar las vacunas apropiadas o están en el proceso de completar los requisitos mínimos. “En proceso” significa que el niño ha recibido al menos una dosis de las vacunas requeridas y están esperando el intervalo de tiempo mínimo para recibir las dosis adicionales.

Cuando se admite a un estudiante que está en el proceso de completar las dosis requeridas, se le dará al estudiante de los treinta (30) días para cumplir con estas regulaciones. Una declaración escrita de una enfermera de salud pública (IMM-25) o médico particular que indica que el niño está en proceso y contiene una fecha en la que él / ella debe regresar para la próxima inmunización debe estar en el expediente del estudiante.

Si un estudiante no produce documentación de las vacunas adicionales por el programa, deben ser excluidos de la escuela hasta que se proporcione la documentación. La serie de inmunización no necesita ser reiniciado, ya que cada dosis de vacuna contra la cuenta para los requisitos mínimos.

**Escuela de Marion Distrito**  
**con la Orden de inicio de inscripción / Verificación de Residencia**  
**(Por favor circule uno)**

Nombre del Estudiante \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_

Nombre del Estudiante \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_

Nombre del Estudiante \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_

Padres: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ celulares: \_\_\_\_\_

Notas:

\_\_\_\_\_  
Firma de la directora

\_\_\_\_\_  
Fecha

11/04/13

**Orden de inicio con el formulario de inscripción** es llenada por un padre / tutor cuando el estudiante (s) está viviendo con alguien que reside en el distrito escolar de Marion. Una visita a la casa por el oficial de asistencia en la nueva dirección dada es necesaria para verificar una prueba adecuada de la residencia real. Sólo después de estas comprobaciones son satisfechos, el oficial de asistencia deberá emitir personalmente la "Notificación para proceder con la inscripción" formulario para el director o su inscripción en la escuela (s) apropiado. Cualquier inscripción posterior a este proceso puede considerarse temporal. Una llamada de verificación actualizada o conferencia podría esperarse antes de permitir la inscripción continua en el semestre siguiente. La junta escolar dirige el superintendente para iniciar un procesamiento de los adultos que en el proceso de la entrevista / verificación han proporcionado información fraudulenta al oficial de asistencia.

# MARION SCHOOL DISTRICT

Teléfono: (870) 739-5100

Formulario de Inscripción para K12

Fax: (870) 739-5156

## INFORMACIÓN GENERAL DEL ESTUDIANTE

|                             |                                  |                                      |
|-----------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|
| <b>NOMBRE (FIRST NAME):</b> | <b>2DO NOMBRE (MIDDLE NAME):</b> | <b>APELLIDO PATERNO (LAST NAME):</b> |
|-----------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|

|  |   |                         |                        |
|--|---|-------------------------|------------------------|
| (Birthdate)<br>Fecha de nacimiento: _____        | (Gender)<br>Genero: _____                                       | (Female)<br>Mujer _____ | (Male)<br>Hombre _____ |
| (Nickname)<br>Apodo: _____                       | (Grade)<br>Grado: _____   |                         |                        |
| (SSN)<br>Número de seguro social-opcional: _____ | (Hispanic/Latino Ethnicity)<br>Etnicidad hispana: ____Si ____No |                         |                        |

**RAZA (RACE)** Por favor conteste lo siguiente de acuerdo con los normas emitidas por el Departamento de Educación de U.S.

**RAZA PRINCIPAL (PRIMARY RACE)** (Por favor seleccione sólo **UNA**).

**Indio Americano o Nativo de Alaska** (Una persona que tiene orígenes de cualquier gente original del Norte o Sur América, incluyendo Centro América, y los que mantienen afiliación tribal o lazo comunitario)

**Asiático** (Persona con origen de cualquier gente original de Medio Oriente, Asia Sureste, o del sub- continente Indio incluyendo, por ejemplo Camboya, China, India, Japón, Corea, Malasia, Pakistán, las Islas Filipinas, Tailandia, y Vietnam)

**Negro o Afro Americano** (Persona con origen de cualquier grupo de raza negra Africana)

**Hawaiano Nativo u Otro Isleño Pacífico** (Persona con origen de cualquier gente de Hawái, Guam, Samoa, u otra Isla Pacífica)

**Blanco** (Persona con origen de cualquier gente original de Europa, o del Medio Oriente o África del Norte)

**RAZAS ADICIONALES (ADDITIONAL RACES) (marque las que correspondan):**

\_\_\_\_\_ Indio Americano o Nativo de Alaska    \_\_\_\_\_ Asiático    \_\_\_\_\_ Negro o Afro Americano

\_\_\_\_\_ Hawaiano Nativo u Otro Isleño Pacífico    \_\_\_\_\_ Blanco

|  |   |
|--|---|
| (Home Language)<br>Idioma principal hablado en casa: _____ | (Student Email)<br>Correo electrónico del estudiante: _____ |
|--|---|

| <b>Dirección física de Estudiante (911) (Student Physical Address)</b>   | <b>Dirección de Correspondencia del estudiante (Student Mailing Address)</b>  |
|--|---|
| (Address)<br>Dirección: _____<br><br>(City)<br>Ciudad: _____<br><br>(State)                      (Zip Code)<br>Estado: _____          Código postal: _____ | <input type="checkbox"/> Igual a la dirección física (Mailing Same As Physical Address)<br><br>(Address)<br>Dirección: _____<br><br>(City)<br>Ciudad: _____<br><br>(State)                      (Zip Code)<br>Estado: _____          Código postal: _____ |

|   |   |
|---|---|
| Numero de la casa de estudiante (Student Home Phone): _____ | Numero de celular de estudiante (Student Cell Phone): _____ |
|---|---|

## INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL PADRE/TUTOR

| <b>Padre/Tutor 1 (Parent/Guardian 1)</b>   | <b>Padre/Tutor 2 (Parent/Guardian 2)</b>   |
|--|--|
| (Name)<br>Nombre: _____<br><br>(Relationship to Student)<br>Relación al estudiante: _____<br><br>(Correspondence Language)<br>Idioma de la correspondencia: _____<br><br>(Mailing Address)<br>Dirección de correspondencia: _____<br><br>(City)<br>Ciudad: _____<br><br>(State)                      (Zip Code)<br>Estado: _____          Código postal: _____<br><br>(Email)<br>Correo electrónico: _____<br><br>(Home Phone)                      (Cell Phone)<br>Número de casa: _____          Numero celular: _____<br><br>(Work Phone)                      (Alert Phone)<br>Número del trabajo: _____          *Numero de alerta: _____<br>*El número de alerta se usa por el sistema automatizado de mensajes del distrito.<br><br>(Employer)<br>Empleador: _____<br><br><input type="checkbox"/> Residencia principal con este tutor. (Living With) | (Name)<br>Nombre: _____<br><br>(Relationship to Student)<br>Relación al estudiante: _____<br><br>(Correspondence Language)<br>Idioma de la correspondencia: _____<br><br>(Mailing Address)<br>Dirección de correspondencia: _____<br><br>(City)<br>Ciudad: _____<br><br>(State)                      (Zip Code)<br>Estado: _____          Código postal: _____<br><br>(Email)<br>Correo electrónico: _____<br><br>(Home Phone)                      (Cell Phone)<br>Número de casa: _____          Numero celular: _____<br><br>(Work Phone)                      (Alert Phone)<br>Número del trabajo: _____          *Numero de alerta: _____<br>*El número de alerta se usa por el sistema automatizado de mensajes del distrito.<br><br>(Employer)<br>Empleador: _____<br><br><input type="checkbox"/> Residencia principal con este tutor. (Living With) |

**USO DE LA OFICINA SOLAMENTE**

|                   |                |            |                 |                   |
|-------------------|----------------|------------|-----------------|-------------------|
| Entry Date: _____ | Meal ST: _____ | ESL: _____ | IMMG: _____     | Residency: _____  |
| Entry Code: _____ | M/V Act: _____ | SP: _____  | GT: _____       | Choice LEA: _____ |
| Curriculum: _____ | 504: _____     | MIG: _____ | Homeroom: _____ | P/T ADM %: _____  |

**INFORMACIÓN ESTUDIANTIL ADICIONAL**

(City of Birth) (State of Birth) (Birth Country)  
 Ciudad de nacimiento: Estado de nacimiento: País de nacimiento:

**TRAVEL INFORMATION**

|   |   |
|---|---|
| <p><b>Transporte a la escuela</b> (Travel To School)</p> <p>___ Bus (Numero de Bus escolar _____)</p> <p>___ Maneja su propio auto (Drives Self)</p> <p>___ Padre/tutor (incluye los que caminan, cuidado de niños camionetas, u otros.)</p> <p>___ Transporte pagado por el Distrito (District Paid)</p> | <p><b>Transporte a casa</b> (Travel From School)</p> <p>___ Bus (Numero de Bus escolar _____)</p> <p>___ Maneja su propio auto (Drives Self)</p> <p>___ Padre/tutor (incluye los que caminan, cuidado de niños camionetas, u otros.)</p> <p>___ Transporte pagado por el Distrito (District Paid)</p> |
| Distancia de casa a la escuela (Millas) de ida (Distance to School): _____  |   |

**Participación Pre-Escolar:** (Pre-School Participation)

|                            |  |                          |
|----------------------------|--|--------------------------|
| A - ARKANSAS BETTER CHANCE | H - HEADSTART                              | O - OTRO                 |
| E - EVEN START             | NA - NO APLICA                             | P - PRE-ESCOLAR PRIVADO  |
| EC - EARLY CHILDHOOD       | C - 21st CENTURY COMMUNITY LEARNING CENTER | PS - PRE-ESCOLAR PUBLICO |

(Resident County)  
 Condado donde Reside: \_\_\_\_\_

¿Este es niño dependiente de miembro activo o en reserva de una rama de los Servicios Armados de los Estados Unidos? (Armed Service Member) Si No

Si este niño reside en un hogar con un miembro activo o en las reservas de una rama de los Servicios Armados de los EEUU, elija la rama abajo.

|                                      |                                    |                                     |   |
|--------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|---|
| ___ Servicio Activo – US Army        | ___ Servicio Activo – US Air Force | ___ Servicio Activo – US Navy       | ___ Servicio Activo – US Marines                      |
| ___ Servicio Activo – US Coast Guard | ___ Reservas – US Army             | ___ Reservas – US Air Force         | ___ Reservas – US Navy                                |
| ___ Reservas – US Marines            | ___ Guardia Nacional – US Army     | ___ Guardia Nacional – US Air Force | ___ Padres sirven en varias ramas (Multiple Branches) |

Este estudiante es gemelo, trillizo, cuádruple, etc. (Twin, Triplet, etc.) Si No

**INFORMACIÓN ESTUDIANTIL ADICIONAL**

|  |   |
|--|---|
| (Name)<br>Nombre: _____  | (Email)<br>Correo electrónico: _____      |
| (Relation to Student)<br>Relación al estudiante: _____                                     | (Home Phone)<br>Número de casa: _____     |
| (Language of Correspondence)<br>Idioma de correspondencia: _____                           | (Cell Phone)<br>Número celular: _____     |
| (Mailing Address)<br>Dirección de correspondencia: _____                                   | (Work Phone)<br>Número de trabajo: _____  |
| (City)<br>Ciudad: _____  | (Alert Phone)<br>*Número de alerta: _____ |
| (State)<br>Estado: _____   | (Zip Code)<br>Código postal: _____        |
| *El número del alerta se usa por el sistema automatizado de mensajes del distrito.         |   |
| (Employer)<br>Empleador: _____   |   |
| <input type="checkbox"/> El estudiante reside principalmente con este tutor. (Living With) |   |

**Información de Emergencia**

**Información de Contacto en una emergencia (Contactos u otros tutores para comunicación en caso de emergencia)** (Emergency Contact Information)

| Orden de Contacto | (Name) Nombre | (Relationship) Relación al Estudiante | (Phone #) Teléfono | Tipo de Teléfono (Casa, Celular, Trabajo) |
|-------------------|---------------|---------------------------------------|--------------------|---|
| 1                 |               |                                       |                    |   |
| 2                 |               |                                       |                    |   |
| 3                 |               |                                       |                    |   |
| 4                 |               |                                       |                    |   |
| 5                 |               |                                       |                    |   |

(Physician) Medico: \_\_\_\_\_ (Physician) Medico: \_\_\_\_\_

(Physician Phone) Número telefónico del médico: \_\_\_\_\_ (Physician Phone) Número telefónico del médico: \_\_\_\_\_

(Medical concerns/Medications) Por favor liste cualquier inquietud médica o medicamentos de su hijo: \_\_\_\_\_

(Last School Attended) Última escuela asistida: \_\_\_\_\_ (Phone #) Teléfono: \_\_\_\_\_

(Address) Dirección: \_\_\_\_\_

¿Este estudiante ha sido expulsado o ha sido parte de un proceso de expulsión escolar en cualquier otro distrito escolar? (Expelled from another district) Si No

¿Este niño ha sido retenido? (Retained) Si No

¿Este niño llena los requisitos de la ley de Salud Estatal de Arkansas necesaria para ingresar a la escuela? (Met state health laws) Si No

Por favor liste los nombres de cualquiera que está permitido para registrar salida/llevarse a este niño de la escuela (Allowed to pick up child)

\_\_\_\_\_  
 Firma del Padre/Tutor

\_\_\_\_\_  
 Fecha

**MARION DISTRITO ESCOLAR formulario médico**

Primera Nombre \_\_\_\_\_ Medio Name \_\_\_\_\_ del Estudiante Última Name \_\_\_\_\_  
 Sexo Grade \_\_\_\_\_ Age \_\_\_\_\_ de estudiante: \_\_\_\_\_ masculino \_\_\_\_\_ Female Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
 padre / tutor Name \_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_\_

**GENERALES Información Médica**

**Alergias:**(Tipo Círculo de reacción) \* en peligro la vida implica dificultad respiratoria o necesidad de atención de emergencia

- Los alimentos/ Nueces \_\_\_\_\_ riesgo para la vida \* Grave Leve
- \_\_\_\_\_ insectos que amenazan la vida \* Graves Leves
- Los medicamentos que amenazan la vida \_\_\_\_\_ \* Grave Leve
- Otro \_\_\_\_\_ riesgo para la vida \* Grave Leve
- mi hijo tiene un estuche de epinefrina para la alergia por encima

\*\* orden del médico requerido anualmente para sustituciones cafetería debido a las alergias alimentarias.

**Ojos:** Usa lentes: Sí o No usa lentes de contacto: Sí o No En caso afirmativo, fecha de la última cita con el médico ojo

**Orejas:?** La historia de infecciones del oído: Si o No Si hubieran Tubos: Sí o No Edad: \_\_\_\_\_ Tiene Tubos ahora: Si o No

| ¿su hijo ha tenido ni ahora ni nunca nada de lo siguiente? | Actualment e se | ha tenido en el pasado | tomando medicamentos para la enfermedad? En caso afirmativo, la lista de medicamentos |
|--|-----------------|------------------------|---|
| Asma   |                 |                        |   |
| Convulsiones   |                 |                        |   |
| Diabetes   |                 |                        |   |
| Presión arterial alta                                      |                 |                        |   |
| Migrañas   |                 |                        |   |
| ADD / ADHD   |                 |                        |   |
| problemas del corazón (especificar):<br>_____              |                 |                        |   |
| problemas psiquiátricos (especificar):<br>_____            |                 |                        |   |
| Otros (especificar):<br>_____                              |                 |                        |   |

| ¿Tiene su hijo una o más de las siguientes discapacidades? | SI | NO |
|--|----|----|
| Autismo  |    |    |
| Síndrome de Down   |    |    |
| Discapacidad Intelectual                                   |    |    |
| muletas / Los apoyos de ruedas                             |    |    |
| sordos / sordos  |    |    |
| ciegos / con discapacidad visual                           |    |    |
| Implante de cabeza   |    |    |
| por implantes columna                                      |    |    |
| Deterioro de la deglución                                  |    |    |
| del intestino trastorno / Vejiga                           |    |    |
| Otros<br>_____   |    |    |

(especificar):? ¿Su hijo necesita medicamento en la escuela \_\_\_\_\_ Si es así, la lista medicamento (s) \_\_\_\_\_

**NOTA:** Si su hijo va a tomar medicamentos en la escuela, debe completar un formulario de autorización para la administración de medicamentos de la enfermera. Todo medicamento debe ser administrado a través de la enfermera y / o en la oficina. El medicamento debe ser llevado a la enfermera por un padre / tutor.

Autorización para tratamiento médico: Si el padre, tutor o persona designada no puede ser alcanzado, el distrito escolar Marion tiene autoridad para dar su consentimiento para el tratamiento médico de emergencia. El distrito escolar no es de ninguna manera financieramente responsable del tratamiento médico. También se da el permiso para cualquier niño tomar acetaminofeno (Tylenol) en el caso de la fiebre de 103 grados o más cuando un padre no puede ser alcanzado.

**Padre / tutor Firma** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_