

Preferencia de sesión: <input type="checkbox"/> Medio día <input type="checkbox"/> Día completo	Office Staff DO NOT DISCARD THIS FORM! ATTACH QUALIFYING DOCUMENTATION
--	---

Información del ESTUDIANTE

Nombre Legal: Apellido	Primer nombre	Segundo nombre
------------------------	---------------	----------------

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	# Seguro Social :
----------------------------------	-------------------

Birth Certificate Verified by:	For the 4-YEAR-OLD PROGRAM ONLY, child must be 4 years old on or before September 1st in order to enroll.	Child's Date of Birth to enroll in the 4-year-old program for 2019-2020 school year must be between: 9/2/2014 and 9/1/2015 ONLY
--	---	--

Información de: Padre/ Madre / Tutor legal

Padres/Tutor CON QUIEN ESTÁ VIVIENDO EL ESTUDIANTE: Apellido	Primer nombre	Relación con el estudiante <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Tutor legal
--	---------------	--

Dirección	# apartamento	Email (Correo electrónico)
-----------	---------------	----------------------------

Ciudad	Estado TX	Código Postal	Teléfono
--------	------------------	---------------	----------

Verification of Residency	There are no out-of-district transfers for Pre-K students; must reside in PISD.	Home School:	Verified by:	<input type="checkbox"/> Gas Bill <input type="checkbox"/> Electric Bill <input type="checkbox"/> Current Lease
----------------------------------	---	---------------------	--------------	---

Immunization Records	<input type="checkbox"/> Complete <input type="checkbox"/> Incomplete	Verified by:
----------------------	---	--------------

LEP (Limited English Proficient) / ELL (English Language Learner) Unable to speak and comprehend the English language as determined by the Pre-IPT-Oral Proficiency Test		
<input type="checkbox"/> Home Language Survey completed – Eligible for testing: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
Date Tested:	Results: <input type="checkbox"/> ELL <input type="checkbox"/> Dual Language <input type="checkbox"/> Did Not Qualify	Verified by:
<i>Testing and LPAC must be completed before a student can attend class.</i> <input type="checkbox"/> LEP <input type="checkbox"/> Non-LEP		

Por favor complete cada sección para determinar la elegibilidad del programa.

En desventaja económica

Elegible para participar en el Programa Nacional de Almuerzos Gratis o a Precio Reducido basado en el tamaño de la familia y el ingreso bruto total. Si recibe asistencia de TANF o SNAP (cupones de alimentos), proporcione el nombre de la persona que recibe la asistencia y el número de caso. Debe proporcionar la verificación de elegibilidad actual.

Nombre:	#de caso:
---------	-----------

Verificación de ingresos

Haga una lista de todos los integrantes del hogar, incluidos usted, todos los hijos, cónyuge, abuelos y otras personas relacionadas y no relacionadas en el hogar. Todos los ingresos del hogar deben ser reportados y verificados, que incluye asistencia social, manutención de los hijos, pensión alimenticia, beneficios de desempleados, ingreso por discapacidad, etc.

Names of all household members - adults and children (including student)	Relación con el estudiante	Edad	Ganancias antes de deducciones (ingresos brutos) y con qué frecuencia se recibe	Pagos mensuales de asistencia social, manutención de los hijos, pensión alimenticia, etc.
(Ejemplo) Josefina Sánchez (Ejemplo) José Sánchez	Madre Estudiante	33 4	\$199.99/semana \$ 0 /	\$149.99 / cada 15 días \$ 0 /
1:	Estudiante		/	/
2:			/	/
3:			/	/
4:			/	/
5:			/	/

Economically Disadvantaged	<input type="checkbox"/> Qualified <input type="checkbox"/> Not Qualified	Verified by:
----------------------------	---	--------------

Homeless

N/A

El subtítulo VII-B de la Ley de Asistencia para Personas sin Hogar de McKinney-Vento, reautorizado por el Título X, Parte C, de la Ley de Que Ningún Niño Se quede Atrás, garantiza los derechos educativos y las protecciones para los niños y jóvenes sin hogar.

Homeless	<input type="checkbox"/> Qualified <input type="checkbox"/> Not Qualified	Verified by:
-----------------	---	---------------------

Acogimiento familiar

N/A

Un niño que alguna vez ha estado bajo la tutela (cuidado de crianza) del Departamento de Servicios de Protección y Familia de Texas (DFPS) después de una audiencia adversa bajo 262.201, Código de la Familia. Esto incluye a los niños devueltos al hogar y los niños que han sido adoptados desde entonces. Adjunte la carta de verificación del DFPS u otra documentación oficial que muestre que el niño está o estuvo bajo cuidado del DFPS.

Foster Care	<input type="checkbox"/> Qualified <input type="checkbox"/> Not Qualified	Verified by:
--------------------	---	---------------------

Militar (por favor indique el militar calificado que se aplica a usted)

N/A

Documentación aplicable: *Ejemplos:* identificación con foto del Departamento de Defensa para los miembros del servicio activo, una declaración de servicio, copia de las órdenes o citaciones del Corazón Púrpura, determinación de la línea de servicio o carta oficial de un comandante.

- Hijo/a de un miembro activo de las Fuerzas Armadas.
- Hijo/a de un miembro de las Fuerzas Armadas que resultó herido o falleció mientras estaba activo.
- Hijos de miembros movilizadas de la Guardia Nacional de Texas.

Military <i>Staff member name and initials verify they have seen military ID (DoD). Do not make a copy.</i>	<input type="checkbox"/> Qualified <input type="checkbox"/> Not Qualified	Verified by:
---	---	---------------------

Elegible de la Estrella de Texas

N/A

Sea el hijo de una persona elegible para el Premio Estrella de Texas como: un oficial de paz bajo la Sección 3106.002, Código de Gobierno; un bombero bajo la Sección 3106.003, Código de Gobierno; o un personal de emergencia para emergencias bajo la Sección 3106.004.

El Premio Estrella de Texas honra a las personas asesinadas o gravemente heridas en el cumplimiento de su deber. La resolución (certificado) otorgada a un individuo sirve como documentación.

Star of Texas Eligible	<input type="checkbox"/> Qualified <input type="checkbox"/> Not Qualified	Verified by:
-------------------------------	---	---------------------

Servicios de Educación Especial

¿Alguna vez su hijo/a ha recibido o ha sido evaluado para servicios de educación especial como terapia del habla, terapia física, terapia ocupacional, etc.?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Actualmente recibe servicios | <input type="checkbox"/> No se ha evaluado/ no me preocupa |
| <input type="checkbox"/> Evaluado, pero no calificó | <input type="checkbox"/> Tengo preguntas / preocupaciones sobre el desarrollo de mi hijo/a |
| <input type="checkbox"/> Calificó, no recibe servicios | |

Special Education Services Verified by:	Action Taken: <input type="checkbox"/> IEP Sent to Assessment <input type="checkbox"/> Assessment Contact Info given to parent <input type="checkbox"/> None, No Concerns
--	--

Por favor lea el siguiente párrafo, firme y escriba la fecha en la solicitud

Entiendo que los funcionarios escolares verificarán la información en esta solicitud. Si la investigación indica que se proporcionó información falsa y el niño no es elegible para participar en el programa al momento de esta solicitud, se puede retirar al niño del programa para hacer espacio para un niño elegible.

Presentar información falsa o registros de identificación es un delito penal según el Código Penal 37.10 y hace que el titular sea responsable de la matrícula u otros costos conforme a TEC 25.001 (h). Consulte la Política FD (LEGAL) de Plano ISD para conocer los requisitos de admisión completos.

Firma de Padre/Madre/Tutor legal: _____ **Fecha:** _____

Check the school in which student will be placed				
<input type="checkbox"/> Isaacs ECS	<input type="checkbox"/> Pearson ECS	<input type="checkbox"/> Beaty ECS	<input type="checkbox"/> Christie ES	<input type="checkbox"/> Forman ES
<input type="checkbox"/> Rose Haggar ES	<input type="checkbox"/> Huffman ES	<input type="checkbox"/> Jackson ES	<input type="checkbox"/> Memorial ES	<input type="checkbox"/> Mendenhall ES
<input type="checkbox"/> Mitchell ES	<input type="checkbox"/> Sigler ES	<input type="checkbox"/> Thomas ES	<input type="checkbox"/> Weatherford ES	<input type="checkbox"/> Head Start
<input type="checkbox"/> Full Day		<input type="checkbox"/> Half Day		

Escuela		Fecha de hoy (mm/dd/aaaa)		Student ID Office Use Only	
Información del ESTUDIANTE					
Nombre Legal: Apellido		Primer nombre	Segundo nombre	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Sexo
Grado:	Programas especiales:	<input type="checkbox"/> Dotado	<input type="checkbox"/> Bilingüe	<input type="checkbox"/> ESL	<input type="checkbox"/> Educación especial
		<input type="checkbox"/> Terapia del lenguaje	<input type="checkbox"/> Sección 504	<input type="checkbox"/> Dislexia	<input type="checkbox"/> Estrategias de intervención
¿El estudiante atendió al programa académico PREESCOLAR de 5 días por semana por al menos 5 de los 12 meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Alguna vez asistió el estudiante a una escuela en Plano ISD? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Alguna vez asistió el estudiante a una escuela pública en Texas <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
		Escuela:		Escuela/Ciudad:	
Información de: Padre/ Madre / Tutor legal					
Padres/Tutor CON QUIEN ESTÁ VIVIENDO EL ESTUDIANTE: Apellido		Primer nombre		Relación con el estudiante <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Tutor legal	
Dirección (#, Nombre de la calle, edificio y/o # apartamento, Ciudad, Estado, Código Postal)				Email (Correo electrónico)	
Teléfono-Casa		Teléfono-Celular		Teléfono-Trabajo	
Padres/Tutor 2: Apellido		Primer nombre	¿Vive el estudiante con él/ella? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Relación con el estudiante <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Tutor legal	
Dirección (#, Nombre de la calle, edificio y/o # apartamento, Ciudad, Estado, Código Postal)				Email (Correo electrónico)	
Teléfono-Casa		Teléfono-Celular		Teléfono-Trabajo	
Madrasta: (Si es el caso) Apellido		Primer nombre	Teléfono-Celular	Teléfono-Trabajo	
Padrastro: (Si es el caso) Apellido		Primer nombre	Teléfono-Celular	Teléfono-Trabajo	
¿HERMANOS?: Lista de hermanos que estén asistiendo a las escuelas de PISD					
Apellido		Primer nombre	Fecha de nacimiento	Escuela	
Apellido		Primer nombre	Fecha de nacimiento	Escuela	
CONTACTOS DE EMERGENCIA: Escriba el nombre de DOS personas que pueden asumir el cuidado temporal de su hijo/a por 30 minutos si no lo podemos contactar.					
Contacto 1: Apellido		Primer nombre	Relación	Teléfono durante el día	
Contacto 2: Apellido		Primer nombre	Relación	Teléfono durante el día	
SALUD: Todos los planes de acción de salud se deben completar y entregar antes del inicio de clases/PASAR/Escuela de verano.					
Doctor			Teléfono		
¿El estudiante tiene problemas actuales de salud?		<input type="checkbox"/> SÍ. En caso de afirmativo, complete el formulario adicional de información de la salud.			
		<input type="checkbox"/> NO. El estudiante no tiene problemas conocidos de salud.			

- Yo, la persona que firma abajo, autorizo por la presente a los empleados del Distrito Escolar Independiente de Plano para ponerse en contacto directamente con las personas o proveedores de servicios médicos mencionados en este formulario y autorizo a los médicos mencionados, clínicas y/o hospitales para dar el tratamiento que se considere necesario, para la transportación y cuidado médico del niño/a mencionado/a. En caso de que no puedan ser contactados los médicos, las otras personas mencionadas en este formulario o los padres, autorizo por medio de la presente, a los empleados de la escuela a tomar cualquier acción independiente juzgada necesaria para la salud del niño/a mencionado/a. (Sección 32.001, del Código familiar de Texas). No haré responsable al distrito escolar financieramente por los cuidados de emergencia o la transportación niño/a mencionado/a,
- Yo solicito a los médicos y personal del establecimiento médico, a que realicen cualquier procedimiento diagnóstico, procedimientos de tratamiento, procedimientos operativos, Rayos X y anestésicos de ser necesarios en el diagnóstico y tratamiento de mi niño(a).
- Yo certifico que soy el padre o la madre con el control legal niño/a, el guardián legal del niño/a o que tengo una orden de control legal del niño/a. Entiendo que debo de notificar al Distrito Escolar Independiente de Plano por escrito sobre cualquier cambio en la información dada en este formulario o la revocación del consentimiento dado aquí. Entiendo que es una ofensa a código penal [Sección 37.10, Código Penal; Código de Educación de Texas 25.001(h)] falsificar información con propósitos de registro. Doy fe que la información en este documento es verdadera y correcta.

Firma de Padre/Madre/Tutor legal

Fecha

Escuela:		Fecha de hoy (mm/dd/aaaa)		Student ID: Office Use Only	
Estudiante Nombre Legal: Apellido		Primer nombre		Segundo nombre	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa):
¿Su estudiante toma medicamentos en casa? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		¿Su estudiante necesitará tomar medicamentos en la escuela? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí			
En caso afirmativo, detalle los medicamentos:		En caso afirmativo, detalle los medicamentos:			
Seguro médico: <input type="checkbox"/> Particular <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> CHIPS <input type="checkbox"/> Ninguno				Hospital de preferencia:	
Alergias/Anafilaxia <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> * Sí, favor de marcar todo lo que aplica					
<input type="checkbox"/> Látex	<input type="checkbox"/> Nueces	<input type="checkbox"/> Insecto (Tipo) _____	<input type="checkbox"/> Leche	<input type="checkbox"/> Mariscos	<input type="checkbox"/> Estacionales
<input type="checkbox"/> Cacahuates (maní)	<input type="checkbox"/> Huevos	<input type="checkbox"/> Medicamento	<input type="checkbox"/> Gluten		<input type="checkbox"/> Otro _____
Problemas cardíacos <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, favor de marcar todo lo que aplica					
<input type="checkbox"/> Desmayos	<input type="checkbox"/> Defecto del corazón	<input type="checkbox"/> Presión arterial alta	<input type="checkbox"/> Implante _____		
<input type="checkbox"/> Ritmo cardíaco irregular	<input type="checkbox"/> Presión arterial baja	<input type="checkbox"/> Soplo	<input type="checkbox"/> Otro _____		
Restricción Dietética <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, favor de marcar todo lo que aplica					
<input type="checkbox"/> Carne	<input type="checkbox"/> Gluten	<input type="checkbox"/> Restricción de calorías	<input type="checkbox"/> Pescado	<input type="checkbox"/> Gelatina	
<input type="checkbox"/> Lácteos	<input type="checkbox"/> Cacahuates (maní)	<input type="checkbox"/> Bajo colesterol	<input type="checkbox"/> Sal en poca cantidad	<input type="checkbox"/> Obesidad	
<input type="checkbox"/> Huevos	<input type="checkbox"/> Vegetariana	<input type="checkbox"/> Puerco	<input type="checkbox"/> Mariscos	<input type="checkbox"/> Nueces de árbol	
		<input type="checkbox"/> Conteo de calorías	<input type="checkbox"/> Cítricos	<input type="checkbox"/> Otra _____	
Problemas Digestivos <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, favor de marcar todo lo que aplica					
<input type="checkbox"/> Úlcera	<input type="checkbox"/> Colostomía	<input type="checkbox"/> Reflujo gastroesofágico	<input type="checkbox"/> Enfermedad de Crohn	<input type="checkbox"/> Enfermedad del hígado	
<input type="checkbox"/> Encopresis	<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> Poco control de esfínter	<input type="checkbox"/> Trasplante de hígado	<input type="checkbox"/> Enfermedad celíaca	
<input type="checkbox"/> Estreñimiento	<input type="checkbox"/> Reflujo	<input type="checkbox"/> Síndrome del intestino irritable	<input type="checkbox"/> Alimentación por tubo	<input type="checkbox"/> Otro _____	
Oídos/Ojos/Nariz/Garganta <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, favor de marcar todo lo que aplica					
<input type="checkbox"/> Infecciones crónicas del oído	<input type="checkbox"/> Pérdida de la visión - KVL	<input type="checkbox"/> Prótesis ocular	<input type="checkbox"/> Audífono		
<input type="checkbox"/> Pérdida de la audición - KHL	<input type="checkbox"/> Implante coclear	<input type="checkbox"/> Hemorragia nasal	<input type="checkbox"/> Otro _____		
Endócrino <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, favor de marcar todo lo que aplica					
<input type="checkbox"/> Trastorno de la glándula suprarrenal	<input type="checkbox"/> Diabetes Tipo I	<input type="checkbox"/> Trastorno de la tiroides	<input type="checkbox"/> Otro _____		
<input type="checkbox"/> Trastorno de la glándula pituitaria	<input type="checkbox"/> Diabetes Tipo II	<input type="checkbox"/> Hipoglucemia			
Hematología <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, favor de marcar todo lo que aplica					
<input type="checkbox"/> Células falciformes	<input type="checkbox"/> Cáncer _____	<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Hemofilia	<input type="checkbox"/> No transfusiones de sangre	<input type="checkbox"/> Otro _____
Sistema Tegumentario <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, favor de marcar todo lo que aplica					
<input type="checkbox"/> Alopecia	<input type="checkbox"/> Vitiligo	<input type="checkbox"/> Cáncer _____	<input type="checkbox"/> Eczema	<input type="checkbox"/> Psoriasis	<input type="checkbox"/> Lupus
Trastornos del sistema inmune <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, favor de marcar todo lo que aplica					
<input type="checkbox"/> SIDA	<input type="checkbox"/> VIH	<input type="checkbox"/> Artritis reumatoide juvenil	<input type="checkbox"/> Otro _____		
Neurología <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> * Sí, favor de marcar todo lo que aplica					
<input type="checkbox"/> ADD/ADHD	<input type="checkbox"/> Síndrome de Asperger	<input type="checkbox"/> Trastornos con tics	<input type="checkbox"/> Síndrome de Tourette		
<input type="checkbox"/> Dolores de cabeza tipo migraña	<input type="checkbox"/> Convulsiones/Epilepsia	<input type="checkbox"/> Estimulador del nervio vago	<input type="checkbox"/> Otro _____		
<input type="checkbox"/> Traumatismo craneoencefálico	<input type="checkbox"/> Trastorno del espectro autista	<input type="checkbox"/> Parálisis cerebral			
Ortopédico <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, favor de marcar todo lo que aplica					
<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> Enanismo	<input type="checkbox"/> Discrepancia en longitud de la pierna	<input type="checkbox"/> Escoliosis		
<input type="checkbox"/> Osteogénesis Imperfecta	<input type="checkbox"/> Prótesis _____	<input type="checkbox"/> Distrofia muscular	<input type="checkbox"/> Otro _____		
<input type="checkbox"/> Espina bífida	<input type="checkbox"/> Artritis reumatoide				
Psiquiátrico <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, favor de marcar todo lo que aplica					
<input type="checkbox"/> Trastorno de ansiedad	<input type="checkbox"/> Trastorno bipolar	<input type="checkbox"/> Trastorno del sueño	<input type="checkbox"/> Abuso de sustancias		
<input type="checkbox"/> Obsesivo compulsivo	<input type="checkbox"/> Ataques de pánico	<input type="checkbox"/> Depresión	<input type="checkbox"/> Esquizofrenia		
<input type="checkbox"/> Trastornos de la alimentación	<input type="checkbox"/> Estrés post-traumático	<input type="checkbox"/> Fobia(s)	<input type="checkbox"/> Otro _____		
Renal <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, favor de marcar todo lo que aplica					
<input type="checkbox"/> Infección crónica en las vías urinarias	<input type="checkbox"/> Trasplante	<input type="checkbox"/> Incontinencia urinaria	<input type="checkbox"/> Precauciones del riñón		
<input type="checkbox"/> Precauciones por un solo riñón	<input type="checkbox"/> Enfermedad renal	<input type="checkbox"/> Cateterización	<input type="checkbox"/> Otro _____		
Reproductivo <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, favor de marcar todo lo que aplica					
<input type="checkbox"/> Dismenorrea	<input type="checkbox"/> Endometriosis	<input type="checkbox"/> Embarazo	<input type="checkbox"/> Otro _____		
Respiratorio <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> * Sí, favor de marcar todo lo que aplica					
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Traqueotomía	<input type="checkbox"/> Hipertensión pulmonar	<input type="checkbox"/> Otro _____		
<input type="checkbox"/> Enfermedad de las vías respiratorias reactivas	<input type="checkbox"/> Fibrosis quística	<input type="checkbox"/> Oxígeno			
Síndromes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, favor de marcar todo lo que aplica					
<input type="checkbox"/> Síndrome de Down	<input type="checkbox"/> Síndrome de alcoholismo fetal	<input type="checkbox"/> Síndrome del cromosoma X frágil	<input type="checkbox"/> Otro _____		
Otros problemas de salud: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí					

* En caso afirmativo, comuníquese con la enfermera escolar. Se puede requerir información adicional.

Firma del padre: _____ **Fecha:** _____

Escuela		Fecha de hoy (mm/dd/aaaa)	Student ID Office Use Only	
Información del ESTUDIANTE				
Nombre Legal: Apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Sexo
<p>Aunque el Distrito no puede garantizar un ambiente libre de alergias, este formulario le permite divulgar si su hijo tiene una alergia alimenticia/otra alergia o una alergia severa que usted cree necesario divulgar para permitir al Distrito tomar las precauciones necesarias para la seguridad de su hijo.</p> <p>"Alergia severa" significa una reacción del cuerpo humano peligrosa o de peligro mortal a un alérgeno introducido por la inhalación, ingestión, o contacto de la piel y que requiere de atención médica inmediata.</p> <p>Favor de indicar cualquier alimento/otra sustancia a la que su hijo tiene una alergia o alergia severa, así como una descripción de la reacción alérgica de su hijo a dicha sustancia.</p>				
Alérgeno		Descripción de la reacción alérgica		
Alérgeno		Descripción de la reacción alérgica		
Alérgeno		Descripción de la reacción alérgica		
Alérgeno		Descripción de la reacción alérgica		
Alérgeno		Descripción de la reacción alérgica		
Alérgeno		Descripción de la reacción alérgica		
H - ALLERGY				
<p>El Distrito guardará en confianza la información proporcionada anteriormente y puede divulgar dicha información a los maestros, consejeros escolares, enfermeras escolares y demás personal escolar exclusivamente dentro de las limitaciones impuestas por la Ley de Derechos Educativos y de Privacidad de la Familia y la política del Distrito.</p>				
Nombre Padre de Familia/Tutor (Apellido, Primer nombre)				
Teléfono-Celular		Teléfono-Trabajo		Teléfono de casa
Firma de Padre/Madre/Tutor legal			Fecha	
Internal Only		Date Form was received by the school		

Cuestionario de Información de Datos Raciales y de Etnicidad de Estudiantes de las Escuelas Públicas de Texas
ERQ

Escuela	Student ID <small>Office Use Only</small>
----------------	--

STUDENT Information

Nombre Legal: Apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Fecha de nacimiento <small>(mm/dd/yyyy)</small>
-------------------------------	---------------	----------------	--

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 Sudamérica (incluyendo América 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 África-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.

Agencia de Educación de Texas – Marzo 2017

Firma (Padre/Representante legal)	Fecha
--	--------------

OFFICE USE ONLY. Complete only when Local Campus Observer Identification is used

ETHNICITY – Choose only one:	RACE – Choose one or more:	Date:
Hispanic/Latino	American Indian or Alaska Native	Name of Local Campus:
	Asian	
Not Hispanic/Latino	Black or African American	Signature of Local Campus Observer:
	Native Hawaiian or Other Pacific Islander	
	White	

Escuela	Fecha de hoy (mm/dd/aaaa)	Student ID (completed by campus)
----------------	----------------------------------	---

Querido padre o guardián: Para determinar si su hijo(a) se beneficiara de los servicios de los programas bilingües y/o de inglés como segundo idioma, por favor responda las dos preguntas siguientes.

Si cualquiera de sus respuestas indica el uso de un idioma que no sea inglés, entonces el distrito escolar debe realizar una evaluación para determinar que tanto se comunica su hijo(a) en inglés. Esta información de evaluación se usará para determinar si los servicios de programas bilingües y/o de inglés como segundo idioma son apropiados e informarán las recomendaciones en cuanto a la instrucción y la asignación del programa. Una vez completada la evaluación de su hijo(a), no se permitirán cambios a las respuestas en el cuestionario.

Si tiene preguntas sobre el propósito y el uso del cuestionario sobre el idioma que se habla en el hogar, o si necesita ayuda para completar el cuestionario, por favor comuníquese con el personal del distrito escolar.

SECCIÓN I Datos del Alumno			
Apellido			
Nombre		Segundo nombre	
Edad	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Sexo (F/M)	
SECCIÓN II Encuesta sobre el Idioma del Hogar (Favor de señalar solamente un idioma)			
1. ¿Qué idioma se habla en casa la mayor parte del tiempo?			
2. ¿Qué idioma habla su hijo(a) la mayoría del tiempo?			
SECCIÓN III Historial			
1. País donde nació el alumno: <input type="checkbox"/> EE.UU. <input type="checkbox"/> FUERA DE LOS EE.UU. Nombre del País: _____			
2. ¿Alguna vez ha estudiado el alumno en una escuela de los EE.UU.? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	De contestar Sí - Indique la fecha en que primero se matriculó en una escuela de los EE.UU. (mm/dd/aaaa)		
De contestar Sí	Nombre de la escuela anterior	Ciudad	Estado
SECCIÓN IV Información de los padres			
Padre/Tutor (Apellido, Primer nombre)		Teléfono	
Firma del Padre/Tutor		Fecha	
For Office Use Only			
THE STUDENT DOES NOT NEED A LANGUAGE ASSESSMENT IF: <ul style="list-style-type: none"> the parents answer ENGLISH on BOTH questions 1 & 2 (SECTION II). the student is TRANSFERRING from another School District IN TEXAS. 	NOTIFY THE ESL TEACHER IF: <ul style="list-style-type: none"> the parents indicate a language OTHER than English on EITHER questions 1 OR 2 (SECTION II). 	NOTIFY THE ESL TEACHER AND SEND A COPY OF THIS FORM TO THE MULTILINGUAL DEPARTMENT (ADMINISTRATION BUILDING) IF: <ul style="list-style-type: none"> the parents answer English on questions 1 & 2 (SECTION II) AND the student was born outside US. the student has been identified as Asylee, Refugee or Asylum. Attach a copy of appropriate documentation (ex. Form I-94 Arrival/Departure record) 	BE-1
• Place original signed document in student's LPAC folder			

Para más información sobre el proceso que debe seguirse, favor de visitar el siguiente sitio web: <http://web.esc20.net/LPAC-Interactive/InteractiveFlowchart-EN.htm>.

NOTA: Datos requeridos para determinar el derecho a servicios ofrecidos bajo la Ley McKinney-Vento.

Escuela			Fecha de hoy (mm/dd/aaaa)		Student ID Office Use Only	
Datos del ALUMNO						
Nombre Legal: Apellido		Primer nombre		Segundo nombre	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Sexo
Grado:	¿Ex-alumno de una escuela de PISD? Sí No		Escuela anterior		Distrito:	Lugar(Ciudad, Est)
	Escuela:					
Señale TODAS las casillas de abajo que mejor describen dónde duerme el alumno de noche:						
<p>1. El alumno reside en un hogar o departamento que pertenece a, o es arrendado por, el padre o tutor legal del alumno.</p> <p>2. El alumno reside en un lugar que no tiene ventanas, puertas, agua de red, calefacción, electricidad, o que está sobrepoblado.</p> <p>3. El alumno está viviendo con un amigo o pariente debido a la pérdida de su vivienda, por dificultades económicas, o motivo similar (Ej.: desalojo, ejecución de hipoteca, incendio, inundación, pérdida de empleo, divorcio, violencia doméstica, encarcelación de un padre, corrido por los padres, huido del hogar).</p> <p>4. El alumno reside en un albergue (Ej., albergue para familias, para casos de violencia doméstica, para niños/jóvenes).</p> <p>5. El alumno reside en un hotel o motel (Ej.: debido a dificultades económicas, desalojo, falta de depósito dinerario para un hogar permanente, inundación, incendio, huracán, etc.).</p> <p>6. El alumno vive en una carpa, un carro, una buseta, un edificio abandonado, en la calle, en un área para acampar, en el parque.</p> <p>7. El alumno está en un hogar de acogida (adopción temporal, o foster care).</p> <p>8. El alumno reside en una vivienda provisional (Ej.: financiado por una iglesia, organización sin fines de lucro, u otra organización).</p> <p>9. El alumno reside aquí por un desastre natural. Tipo de desastre: _____ Fecha del desastre: _____</p> <p>10. El alumno no duerme en ninguno de los lugares descritos anteriormente. Indique dónde duerme el alumno:</p>						
Datos del: Padre/ Madre / Tutor legal						
Padre/Tutor CON QUIEN VIVE EL ALUMNO: Apellido			Primer nombre		Parentesco con el alumno	
					Padre Madre Tutor legal	
Domicilio donde duerme el alumno de noche (Calle, Edificio y/o # de apto., Ciudad, Estado, Cód. Postal)					Alumno Amigo o pariente adulto	
¿Por cuánto tiempo ha estado el alumno en este domicilio?					Correo electrónico	
Teléfono-Hogar		Teléfono-Celular			Teléfono-Trabajo	
Favor de detallar todas las personas en el hogar que tienen 22 años de edad o menos						
Apellido	Primer nombre	Fecha de nacimiento	Duerme en el mismo lugar	Grado	Escuela	Distrito

SRQ

Firma del Padre/Madre/Tutor legal /Alumno no acompañado _____

Fecha _____

School/District Use Only				
Date Reviewed:		Qualifies:	YES	District Liaison Signature:
Effective Date:			NO	SEND A COPY OF THIS FORM TO THE COORDINATOR OF STUDENT SERVICES, JAMES THOMAS IF ANY BOXES 2 - 10 ARE CHECKED

Escuela	Fecha de hoy (mm/dd/aaaa)	Student ID Office Use Only
----------------	-------------------------------------	-----------------------------------

Información del ESTUDIANTE

Nombre Legal: Apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Edad del estudiante	Grado
-------------------------------	---------------	----------------	---------------------	-------

El Programa de Educación de Migrantes está autorizado por el Título 1 de la parte C de la Ley de Educación Primaria y Secundaria (ESEA). La Región 10 ESC, junto con su distrito escolar proporciona una variedad de servicios educativos a las familias que trabajan en la agricultura, sin importar su nacionalidad o estatus legal. Este programa es gratis para todas las familias que son elegibles y puede incluir tutoría, útiles escolares, herramientas para tareas y uniformes escolares, elegibilidad de almuerzo gratis, programas de verano, actividades para padres, referencias para emergencias y otros servicios como sean necesarios. Un representante de la Región 10 se comunicará con usted si se necesita más información.

¿En los tres años pasados, ha viajado su familia dentro de los Estados Unidos a buscar trabajo en agricultura o pesca?

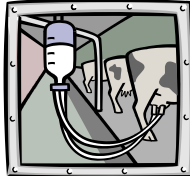
- No** - No continúe llenando la encuesta
- Sí** - Continúe llenando la encuesta. Ya sea que obtuvo o no el trabajo, seleccione con este símbolo "✓" la caja correspondiente a las actividades descritas abajo:



Sembrando/Recolectando frutas, verduras, nueces, maíz, trigo, frijol, algodón, tabaco, etc.



Trabajando enlatando frutas o verduras



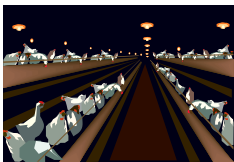
Trabajando en una lechería, rancho de ganados, rancho de granja de cerdos



Trabajando en la pesca y granja/finca de pescado



Trabajando en un matadero/planta procesadora de carne



Trabajando en granjas de gallinas o de pavos



Trabajando en un vivero de flores, árboles y grama/zacate



Trabajando en ranchos, cuidando animales, construyendo cercas



Preparando/arando la tierra

Otro trabajo similar, favor de explicar:

Información de: Padre/ Madre / Tutor legal

Padre/Tutor: Apellido	Primer nombre	Mejor hora para llamarle:
-----------------------	---------------	---------------------------

Domicilio (#, Nombre de la calle, edificio y/o # apartamento, Ciudad, Estado, Código Postal)

Dirección postal (#, Nombre de la calle, edificio y / o número de propiedad, ciudad, estado, código postal)

Teléfono-Celular	Teléfono-Trabajo	Correo electrónico
------------------	------------------	--------------------

Por favor escriba los nombres de todos los niños menores de 22 años en la casa

For school use ONLY: School personnel, please follow Plano ISD guidelines regarding the distribution and collection of the surveys. Program contacts, please email surveys with a "YES" response to Federal.GrantProgram@pisd.edu. For questions regarding the survey, please call 469-752-8169.

Escuela anterior: Favor de enviar copias de **todos los registros y/o documentos requeridos pertenecientes a este alumno** (que pueden incluir, entre otros, los mencionados a continuación), a:

				Office Use
Programas en los que participaba el alumno (escuela anterior)				Escuela anterior
<input type="checkbox"/> Dotados y Talentosos	<input type="checkbox"/> Bilingüe	<input type="checkbox"/> ESL	<input type="checkbox"/> Educación Especial	
<input type="checkbox"/> Terapia del Lenguaje	<input type="checkbox"/> Sección 504	<input type="checkbox"/> Dislexia	<input type="checkbox"/> Estrategias de intervención	
Información solicitada				
• Formulario de retiro de la escuela	• Grado Actual/Informe de Progreso	• Historial de calificaciones (grados 9-12)	• Datos de exámenes estandarizados del alumno	
• Historial de vacunaciones	• Acta de nacimiento	• Encuesta sobre el Idioma del Hogar	• Tarjeta de seguro social	

PADRE/TUTOR: Llene la información a continuación, incluso los programas aplicables y todas las escuelas anteriores.

Datos de matrícula del ALUMNO en PISD					RFR
Campus del Distrito Escolar Independiente de Plano		Fecha de matrícula (mm/dd/aaaa)	Año escolar		
Datos del ALUMNO					
Nombre legal: Apellido		Primer nombre		Segundo nombre	
F. de nacimiento (mm/dd/aaaa)		# PEIMS / # SS			
Escuelas asistidas anteriormente (empiece con la más reciente)					
1	Fechas de asistencia (mm/dd/aaaa)	De	Hasta	Nombre de la escuela/Distrito escolar	
	Domicilio del campus (Calle, edificio y/o apto.)			Teléfono	
	Ciudad		Estado	Telefax	
2	Fechas de asistencia (mm/dd/aaaa)	De	Hasta	Nombre de la escuela/Distrito escolar	
	Domicilio del campus (Calle, edificio y/o apto. #)			Teléfono	
	Ciudad		Estado	Telefax	
3	Fechas de asistencia (mm/dd/aaaa)	De	Hasta	Nombre de la escuela/Distrito escolar	
	Domicilio del campus (Calle, edificio y/o apto. #)			Teléfono	
	Ciudad		Estado	Telefax	

(opcional, aunque podría ser exigido por escuelas particulares)

Firma de Padre /Tutor _____

La matrícula del alumno en el distrito escolar otorga al distrito remitente autoridad para divulgar los registros educativos de dicho alumno, sin considerar si se ha recibido o no permiso del padre (34 CFR 99.31(2) FERPA). Según el TEC § 25.002 (a-1) cada distrito (de Texas) tiene la obligación de transferir los registros del alumno dentro de 10 días escolares de recibir la solicitud del distrito destinatario. Según el Artículo 63.019 del Código de Procedimiento Penal de Texas, cuando un alumno menor a la edad de 11 años de matrícula en una escuela primaria, la persona que le matricula deberá proveer el nombre de cada escuela asistida anteriormente; y la escuela que le matricula debe solicitar los registros de cada escuela anterior.

For PISD Office Use Only			
1st Date Records Requested	2nd Request Mailed / Faxed	3rd Request Mailed / Faxed	Date Records Received

Campus		Fecha de hoy	ID Estudiantil Para uso exclusivo de la oficina
Detalles del ALUMNO			
Nombre legal: Apellido	Primer nombre	Segundo nombre	F. de nacimiento (mm/dd/aaaa)
Detalles del PADRE / TUTOR			
Apellido	Nombre	Segundo nombre	
Señale las casillas apropiadas a continuación para indicar que ha leído y entiende las siguientes afirmaciones de autorización:			
<p>1. Consentimiento y acuerdo de permiso para el anuario. [Guía a la política para padres / alumnos] El alumno y su padre/tutor autorizan el uso del nombre, afirmaciones, retratos, imágenes, y/u obras de arte del alumno en el anuario producido por el distrito y/o por la Asociación de padres y maestros (PTA). (La PTA es una entidad jurídica distinta y aparte del ISD de Plano.)</p> <p>SÍ, ESTOY CONFORME NO, NO ESTOY CONFORME</p>			
<p>2. Consentimiento para publicaciones, vídeo, internet, exhibición de obras de arte y Exoneración de responsabilidad. [Políticas CQ (EXHIBIT D) y FL (EXHIBIT D); [Guía a las políticas para padres/alumnos] El alumno y su padre/tutor permiten al ISD de Plano usar el nombre, la voz, afirmaciones verbales, tareas de clase, retratos (vídeo o fotograma), fotografías y obras de arte del alumno y dan consentimiento a su uso a nombre del ISD de Plano para efectos publicitarios.</p> <p>SÍ, ESTOY CONFORME NO, NO ESTOY CONFORME</p>			
<p>3. Acuerdo sobre el uso estudiantil de internet. [Política CQ(LOCAL); Código de conducta estudiantil; Guía a la política para padres / alumnos] El alumno y el padre/tutor han leído y aceptan acatar la Política de Uso Aceptable con respecto al uso de los recursos de PISD de red, Internet y correo electrónico.</p> <p>DOY CONSTANCIA de haber recibido acceso al Acuerdo sobre el uso estudiantil de internet.</p>			
<p>4. Transmisión electrónica de los Datos del registro estudiantil. [Políticas CQ (EXHIBIT E) y FL (EXHIBIT B); Guía a la política para padres / alumnos] Los padres/tutores dan permiso y solicitan al ISD de Plano enviarles (al padre/tutor), en formato electrónico (correo electrónico o telefax), los datos de los registros del alumno.</p> <p>SÍ, ESTOY CONFORME NO, NO ESTOY CONFORME</p>			
<p>5. Declaración de consentimiento. [Guía a las políticas para padres/alumnos] El alumno y su padre/tutor tienen acceso a una copia electrónica (www.pisd.edu/policies) o un ejemplar impreso, del Código de conducta estudiantil y de la Guía a las políticas para alumnos/padres del ISD de Plano, y se les ha informado sobre los requisitos de Texas de evaluación estatal para la promoción de nivel académico y la graduación. [Políticas EIE, EIF y EKB(LEGAL)]</p> <p>DOY CONSTANCIA de haber recibido acceso a los documentos de Declaración de Consentimiento.</p>			
<p>6. Autorización para almorzar fuera del campus. [Política FEE(LOCAL); Oficina Escolar] Solamente los alumnos del último y penúltimo año (senior y junior) podrán tener el privilegio de salir del campus para almorzar. Para aprovechar este privilegio de campus abierto, el director debe tener en sus archivos una declaración del padre o tutor del alumno.</p> <p>SÍ, ACEPTO permitir al alumno almorzar fuera del campus NO, NO ACEPTO permitir al alumno almorzar fuera del campus</p>			

A

Firma del Padre /Tutor

Fecha

Respuesta del padre sobre la divulgación de datos estudiantiles

Cierta información sobre los alumnos del Distrito es considerada como datos de directorio y se divulgará a cualquier persona que siga los procedimientos para solicitar dicha información a menos que el padre o tutor se oponga a la divulgación de los datos del directorio del alumno. Si usted no quiere que el ISD de Plano divulgue datos de directorio de los registros educativos de su alumno sin su consentimiento previo por escrito, deberá informar al distrito de este particular, por escrito, dentro de diez días escolares de la fecha de inicio de clases de su alumno para este año escolar.

Esto significa que el distrito se verá obligado a divulgar ciertos datos personales de su alumno (conocidos como “datos de directorio”), a cualquier persona que los pida, a menos que usted haya dado al distrito instrucción escrita al contrario. El Distrito le provee este formulario para que nos pueda indicar su preferencia en este respecto. FL (ANEXO A)

El ISD de Plano ha designado la siguiente información como datos de directorio:

- Nombre del alumno
- Fecha y lugar de nacimiento
- Fechas de asistencia
- Grado escolar
- Fotografía
- Campo principal de estudios
- Títulos, honores y premios recibidos
- Institución educativa donde estudió más recientemente
- Participación en actividades y deportes de reconocimiento oficial
- Peso y altura de los miembros de equipos deportivos

Padre: Favor de seleccionar una de las opciones a continuación:

Yo, padre/madre de _____ (*nombre del alumno*)

- Sí doy** al Distrito permiso para divulgar los datos incluidos en esta lista, en respuesta a una solicitud.
- No doy** al Distrito permiso para divulgar los datos incluidos en esta lista, en respuesta a una solicitud.

Firma del Padre: _____ Fecha: _____

Respuesta de padre sobre la divulgación de datos estudiantiles a reclutadores militares o de instituciones de educación superior

La ley federal exige al Distrito divulgar a reclutadores militares y de institutos de educación superior, bajo petición, el nombre, dirección y los teléfonos de los alumnos de la escuela secundaria/preparatoria que están matriculados en el Distrito, a menos que el padre o alumno calificado ordena al distrito no divulgar ningún dato a este tipo de solicitante sin consentimiento previo por escrito.

Padre: Por favor, rellene lo siguiente **solamente** si **no desea** que se divulgue los datos de su hijo a reclutadores militares o de institutos de educación superior sin su consentimiento previo.

Yo, padre/madre de _____ (*nombre del alumno*), pido al Distrito **no** divulgar el nombre, dirección y teléfono de mi hijo a ningún reclutador militar o de instituto de educación superior sin mi consentimiento previo por escrito.

Firma del Padre: _____ Fecha: _____

AVISO: LEYES QUE RIGEN LA ASISTENCIA COMPULSORIA EN LAS ESCUELAS DE TEXAS

La falta de cumplir con las leyes sobre asistencia compulsoria puede resultar en medidas judiciales.

AVISO OFICIAL PARA EL MENOR DE EDAD Y LA(S) PERSONA(S) QUE CUMPLE(N) EL PAPEL DE PADRE PARA EL MENOR

Texas exige a los menores que tienen por lo menos 6 años de edad o que tienen menos de 6 años y ya han estado matriculados en el primer grado, y que **todavía no alcanzan su 19^{no} cumpleaños**, a asistir a la escuela a menos que sean exentos bajo la Secc. 25.086. En cuanto se matricula en prekínder o kínder, un alumno asistirá a la escuela. Una persona que, después de cumplir 19 años de edad, voluntariamente se matricula en la escuela, o voluntariamente asiste a la escuela, asistirá a la escuela cada día escolar durante el período entero en que se ofrece el programa de enseñanza, y está sujeto a los mismos requisitos de asistencia compulsoria que los alumnos que tienen menos de 19 años de edad. **TEC Seccs. 25.085, 25.086.**

Un **padre/tutor comete un delito** de Padre que contribuye a la falta de asistencia bajo la TEC Secc. 25.093, si después de haber advertido por escrito, el alumno incurre ausencias voluntarias **no justificadas** de la escuela en 10 o más días parciales o completos dentro de un plazo de 6 meses. Un delito bajo la Subsección (a) es un delito menor, punible solamente con una multa que no excederá la suma de:

- (1) \$100.00 por la primera infracción; (2) \$200.00 por la segunda infracción; (3) \$300.00 por la tercera infracción;
 (4) \$400.00 por una cuarta infracción o (5) \$500.00 por una quinta infracción o posteriores. **TEC 25.093/Código Familiar 65.003(a)**

Una infracción de "falta de asistir a la escuela" cometida por un alumno puede resultar en la remisión al tribunal de absentismo escolar ilícito (truancy). En cuanto determine que un menor ha cometido conducta de absentismo escolar ilícito, un juez o tribunal municipal pueden exigir: **1)** al alumno asistir a clases de preparación para el GED (diploma alternativo); **2)** al alumno asistir a un programa especial que determine el tribunal ser lo mejor para el menor, incluso un programa de abuso de alcohol /drogas. **3)** rehabilitación; **4)** consejería, incluso consejería para la superación personal; **5)** entrenamiento sobre autoestima y liderazgo; **6)** capacitación laboral y de destrezas laborales; **7)** clases sobre la crianza de hijos, incluso la responsabilidad de padres; **8)** lecciones sobre modales; **9)** entrenamiento para evitar la violencia; **10)** capacitación de sensibilización; **11)** asistencia del alumno y su padre/tutor a una clase para alumnos en riesgo de abandonar los estudios; **12)** un programa que provee entrenamiento para ser mentor o defensor informal; **13)** prestación de máximo 50 horas de servicio a la comunidad en un proyecto aceptable al tribunal, y **14)** participación, por un número especificado de horas, en un programa tutorial de las asignaturas académicas en las que el alumno está matriculado; el programa será proporcionado por la escuela a la que asiste el alumno. **Código familiar 65.003(a)/Código de educación 25.085**

Un padre de familia/tutor de un menor de edad escolar tiene la responsabilidad de exigir a su menor asistir a la escuela con regularidad. Cuando es necesario que un alumno esté ausente por motivo de enfermedad o una obligación mayor, es obligatorio presentar una nota firmada por el padre/tutor que explique la razón de la ausencia, dentro de 3 días escolares del regreso del alumno a la escuela. Si el alumno no entrega una nota, la ausencia se considerará como **no justificada**. **EC.25.093 FEB (Reglamento)**

La ausencia temporal de un alumno no exento de las leyes de asistencia compulsoria puede justificarse cuando es producida por una causa común que sea aceptable al administrador de la escuela en la que el alumno está matriculado. Una ausencia temporal podría ser el resultado de, entre otros: **1)** enfermedad personal, **2)** urgencia familiar, **3)** día santo religioso, **4)** procedimiento documentado ante el tribunal de menores, **5)** actividad extracurricular aprobada por la mesa directiva, o **6)** visita aprobada a una universidad. **Política FEA (Legal) de PISD**

Quando la ausencia de un alumno por enfermedad personal excede el máximo de siete (7) días consecutivos, el director escolar puede pedir una declaración del médico o la clínica médica que confirme la enfermedad u otra condición que exige la ausencia extendida del alumno de la escuela. (La enfermera escolar está disponible para confirmar una enfermedad el día mismo de la ausencia). Si el alumno ha establecido una pauta cuestionable de ausencias, el comité de asistencia puede también requerir una declaración de enfermedad de un médico o clínica después de solo un día de ausencia, como condición para clasificar la ausencia como una que tiene circunstancias atenuantes. **Política FEC (Local) del ISD de Plano - Enfermedad personal**

Las ausencias por motivo de vacaciones y viajes (con excepción de aquellas autorizadas por el director por circunstancias especiales), guardería, trabajo (incluyendo trabajo de modelo), y eventos o programas deportivos no patrocinados por la escuela, serán considerados como ausencias injustificadas. **Política FED (Legal) de PISD / Código de Educación 25.087**

Favor de firmar el ACUSE DE RECIBO a continuación y entregar el original firmado a la escuela de su alumno. Si tiene alguna pregunta, puede comunicarse con la escuela a la cual asiste su alumno.

*He recibido información que rige la asistencia compulsoria. Mi firma sirve únicamente de constancia de haber recibido este Aviso

Nombre del alumno	Grado	# ID	→
Firma Madre / Tutora	# Teléfono de casa	# Teléfono del empleo	
Firma Padre / Tutor	# Teléfono de casa	# Teléfono del empleo	
Firma del alumno	Fecha		
Office Use Only			
Representante / del director	Escuela	Fecha	

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA USO POR LA PTA DE DATOS E IMÁGENES ESTUDIANTILES

Nuestra PTA, _____, produce una variedad de publicaciones y proyectos con el fin de alentar un espíritu e interacción comunitarios y de reconocer a los alumnos y sus logros. Para que se pueda incluir el nombre y/o fotografía de su hijo en estas publicaciones de la PTA, la PTA deberá recibir su consentimiento por escrito. Todos los alumnos podrían tener la oportunidad de ser incluidos en estas publicaciones. Si desea que no se incluyan el nombre y/o fotografía de su hijo en una publicación y/o proyecto de la PTA, señale la opción "No", y se hará todo esfuerzo razonable por omitir de dichas publicaciones/proyectos los datos e imagen de su hijo. Favor de dirigir cualquier pregunta al(a) presidente de la PTA de su campus.

Nombre legal del alumno: _____

Nombre y apellido (en letra de molde)

Grado del alumno: _____

Doy permiso para que se incluya el nombre y/o imagen de mi alumno en las siguientes publicaciones de la PTA:

Redes Sociales de la PTA: ej.: Twitter de la PTA Facebook de la PTA	Sí	No
Boletín de la PTA:	Sí	No
Sitio web de la PTA:	Sí	No

Nombre del Padre/Tutor: _____

Nombre y apellido (en letra de molde)

Firma del Padre/Tutor: _____

Nota para los padres: El Consejo de PTAs del Distrito Escolar (ISD) de Plano y sus PTAs locales asociadas son asociaciones conformadas de padres, maestros y miembros de la comunidad, y son personas morales distintas al ISD de Plano. Por lo tanto, las PTAs deben obtener la aprobación suya para usar los datos que identifican a su hijo en las publicaciones y proyectos producidos por la PTA.

- **Si desea, puede llenar este formulario en Internet a través del Portal para Padres de PISD:**
<https://parentportal.pisd.edu>
- **Debe presentarse este formulario solo una vez, ya sea por el Portal para Padres o en forma impresa.**
- El Acuerdo de Consentimiento y Exoneración sobre el Anuario está disponible en el **Portal para Padres** bajo la pestaña **Authorization Statements** en la página **Emergency Form**. El acuerdo trata la producción de cualquier anuario, sea producido por el distrito o por la PTA.