HISD | School Choice
HUNDREDS OF OPTIONS. ONE APPLICATION.

Distrito Escolar Independiente de Houston

Acuerdo de ingreso a programas Magnet temáticos de RICE STEM 2023-2024

Nombre del estudiante:_____ Núm. de ID estudiantil:_____

Expectativas para los estudiantes
Los estudiantes deben demostrar su compromiso al tema Magnet elegido completando todo el trabajo asignado y asistiendo a todas las sesiones del curso. Deben contribuir al sustento de un ambiente escolar que fomente el respeto mutuo y apoye el éxito de todos según se establece en el Código de Conducta Estudiantil.

Expectativas para la familia
La experiencia educativa Magnet requiere de la participación y cooperación de la familia, y se espera que respondan oportunamente a la comunicación de la escuela sobre el progreso académico, la asistencia y el comportamiento.

Requisitos para continuar en el programa

- **Los estudiantes deben participar en un mínimo de dos materias electivas y competencias temáticas, como por ejemplo de ingeniería y robótica.**
- **Los estudiantes deben aprobar todos los cursos de matemáticas, ciencias y materias electivas específicas de STEM de su escuela para continuar el programa.**

Requisitos específicos para preparatoria además de los mencionados anteriormente:

- **Todos los estudiantes de último año de preparatoria deben tomar cuatro años de matemáticas y ciencias.**

Los estudiantes que no cumplen los requisitos para continuar en el programa son asignados a un ***Plan de desarrollo Magnet de HISD*** por un mínimo de un ciclo de calificación. El objetivo del plan es ayudar a los estudiantes y sus padres a cumplir satisfactoriamente las expectativas del programa. Un comité integrado por profesionales de la escuela y los padres evalúa el progreso del plan al final del periodo especificado. El plan es evaluado en cada ciclo de calificación del periodo en que está vigente, y sirve de base para determinar si el estudiante debería continuar el programa Magnet el siguiente ciclo escolar. Todas las transferencias Magnet son por un año y solo se pueden denegar al final del año.

Notas importantes:

- Ningún estudiante puede ser asignado al programa educativo general de una escuela para la cual tiene una transferencia Magnet.
- Todos los estudiantes están limitados a una sola transferencia por ciclo escolar.
- Si el estudiante decide abandonar el programa ***voluntariamente*** antes del final del ciclo escolar, deberá regresar a la escuela de su zona de residencia. Es preciso llenar el formulario de salida voluntaria si el estudiante se retira del programa antes del final del año.
- Todo estudiante con una transferencia a un programa Magnet o de Opciones Escolares debe asistir a clases desde el primer día en la escuela para la cual se le otorgó la transferencia, a menos que haya alguna circunstancia atenuante, a fin de asegurar una plaza en esa escuela.

Acordamos adherirnos a las expectativas y reglas del programa descritas en este acuerdo. Todas las partes deben firmar el acuerdo para que esté vigente. La firma del estudiante solo es necesaria a partir de sexto grado.

Firma del estudiante:_____Fecha: _____

Firma del padre:_____Fecha: _____

Firma del coordinador:_____Fecha: _____

Director de la escuela o su representante: _____Fecha: _____

STUDENT ENROLLMENT FORM 2023-2024

SCHOOL YEAR	GRADE	CAMPUS
2023-2024		

FOR OFFICE USE ONLY	
ENROLLMENT DOCUMENTATION	
DATE OF ENTRY	
DISTRICT ID NO.	
STUDENT LOCAL ID NO.	
DISTRICT OF RESIDENCE	

PK Type (Select)
HISD PK
Private Daycare PK
Public Daycare PK
No Schooling

Houston Independent School District
4400 West 18th St - Houston, Texas 77092-8501
Phone: 713-556-6000

STUDENT INFORMATION / USAR LETRA DE MOLDE

SOCIAL SECURITY NO. / NUMERO SOCIAL	STUDENT NAME / NOMBRE DE ESTUDIANTE			
	LAST / APELLIDO	FIRST / PRIMER NOMBRE	MIDDLE INITIAL /SEGUNDO (INICIAL)	GENERATION / GENERACIÓN

GENDER / EL GÉNERO	DOB / FECHA DE NACIMIENTO	CITY / CIUDAD	STATE / ESTADO	COUNTRY / PAÍS
☐ MALE / MASCULINO ☐ FEMALE / FEMENINO				United States of America

RESIDENTIAL ADDRESS - CITY. ZIP CODE / LA DIRECCIÓN RESIDENCIAL-CIUDAD CÓDIGO POSTAL	MAILING ADDRESS – CITY ZIP CODE / LA DIRECCIÓN RESIDENCIAL-CIUDAD CÓDIGO POSTAL
-	-

HOME PHONE / TELÉFONO		E-MAIL ADDRESS / DIRECCIÓN DE ENVÍO ELECTRÓNICO	

FEDERAL ETHNICITY / ETHICIDAD DEL ALUMNO (SELECT ONE)	☐ HISPANIC/LATINO ☐ NOT HISPANIC/LATINO	RACE / RAZO (SELECT ALL THAT APPLY)	☐ (1) AMERICAN INDIAN OR ALASKAN NATIVE ☐ (2) ASIAN OR PACIFIC ☐ (3) BLACK, NOT OF HISPANIC ORIGIN ☐ (4) WHITE, NOT OF HISPANIC ORIGIN ☐ (5) NATIVE HAWAIIAN / OTHER PACIFIC ISLANDER

SIBLINGS AT HOUSTON ISD / HIJOS EN HOUSTON ISD	NAME/NOMBRE	SCHOOL/ESCUELAS	GRADE/GRADO

LAST SCHOOL ATTENDED / NOMBRE LAS ÚLTIMAS ESCUELAS ASISTIDAS	CITY / CIUDAD	STATE / ESTADO	ZIP CODE / CÓDIGO POSTAL	Grade Last Completed / Último Grado completado

CONTACT 1 NAME / EL NOMBRE DE CONTACTO 1	☐ LIVES WITH STUDENT / ¿VIVE CON EL ESTUDIANTE	RESIDENTIAL ADDRESS - CITY. STATE ZIP CODE / LA DIRECCIÓN RESIDENCIAL / LA DIRECCIÓN RESIDENCIAL-CIUDAD, ESTADO CÓDIGO POSTAL	
LAST NAME / APELLIDO	FIRST NAME / PRIMER NOMBRE		

HOME PHONE / TELÉFONO DE CASA	WORK PHONE / TELÉFONO DE TRABAJO	CELL PHONE / EL NÚMERO DEL TELÉFONO CÉLULAR	E-MAIL ADDRESS / DIRECCIÓN DE ENVÍO ELECTRÓNICO

CONTACT 2 NAME / EL NOMBRE DE CONTACTO 2	☐ LIVES WITH STUDENT / ¿VIVE CON EL ESTUDIANTE	RESIDENTIAL ADDRESS - CITY. STATE ZIP CODE / LA DIRECCIÓN RESIDENCIAL / LA DIRECCIÓN RESIDENCIAL-CIUDAD, ESTADO CÓDIGO POSTAL	
LAST NAME / APELLIDO	FIRST NAME / PRIMER NOMBRE		

HOME PHONE / TELÉFONO DE CASA	WORK PHONE / TELÉFONO DE TRABAJO	CELL PHONE / EL NÚMERO DEL TELÉFONO CÉLULAR	E-MAIL ADDRESS / DIRECCIÓN DE ENVÍO ELECTRÓNICO

I understand that if there are any changes to this information that it is my responsibility to notify the school and to provide appropriate documentation.
Yo entiendo que si tengo algunos cambios en mi informacion yo sere responsable de notificar la escuela y proveere la documentacion apropiada.

Signature of Parent/Guardian/Appointee _____ Please Print Name _____ Date _____ Month Day Year

1. Students at least 5, but less than 21 on or before September 1 and must be a resident of a participating district are eligible for free attendance.
2. The parent or guardian signature must be the same as the name of the person with whom the student resides.
3. Texas Penal Code §37.10 provides that presenting a false document or false records for enrollment in school is an offense under state law.
4. Enrollment of the child under false documents subjects the person to liability for tuition or costs under Texas Education Code §25.001(h).
5. Texas Education Code §25.002(f) requires the school district t record the name, address, and date of birth of the person enrolling a child./li>

Enrollment Information
Additional Contact Form
2023-2024

Student Name/ Nombre del estudiante	HISD Student ID/ Identificación del estudiante HISD

Individuals not listed on the Enrollment Information Form or Additional Contact Form will not be allowed to pick up your child. Please enter all persons allowed to pick up your child. If you need an additional form, please let your child's homeroom teacher know. We will send an additional form home with your child. To view or edit your child's contact list, log in to HISD Connect at **https://www.houstonisd.org/PSC**

Las personas que no estén en la lista del Formulario de Información de inscripción (Enrollment Information Form) o en el formulario de contacto adicional (Additional Contact Form) no podrán recoger a su hijo(a). Por favor incluya todas las personas autorizadas a recoger a su hijo(a). Si necesita un formulario adicional, comuníquese con el maestro de aula de su hijo(a). Enviaremos un formulario adicional a casa con su hijo. Para ver o cambiar la lista de contactos de su hijo, entre a la página de HISD Connect al **https://www.houstonisd.org/PSC**

Contact Name/ Nombre del contacto		Relationship/ Relación
Home Phone/ Teléfono de casa	Work Phone/ Teléfono del trabajo	Cell Phone/ Teléfono del célula

Please check box(es) applicable to this contact person/ Por favor de seleccionar la caja(s) que apliquen ala persona asignada como contacto en esta forma:

☐ Lives with student/ Vive con el estudiante ☐ Emergency/ Emergencia ☐ Has permission to pick up student/ Tiene permiso para recoger al estudiante

Contact Name/ Nombre del contacto		Relationship/ Relación
Home Phone/ Teléfono de casa	Work Phone/ Teléfono del trabajo	Cell Phone/ Teléfono del célula

Please check box(es) applicable to this contact person/ Por favor de seleccionar la caja(s) que apliquen ala persona asignada como contacto en esta forma:

☐ Lives with student/ Vive con el estudiante ☐ Emergency/ Emergencia ☐ Has permission to pick up student/ Tiene permiso para recoger al estudiante

Contact Name/ Nombre del contacto		Relationship/ Relación
Home Phone/ Teléfono de casa	Work Phone/ Teléfono del trabajo	Cell Phone/ Teléfono del célula

Please check box(es) applicable to this contact person/ Por favor de seleccionar la caja(s) que apliquen ala persona asignada como contacto en esta forma:

☐ Lives with student/ Vive con el estudiante ☐ Emergency/ Emergencia ☐ Has permission to pick up student/ Tiene permiso para recoger al estudiante

Contact Name/ Nombre del contacto		Relationship/ Relación
Home Phone/ Teléfono de casa	Work Phone/ Teléfono del trabajo	Cell Phone/ Teléfono del célula

Please check box(es) applicable to this contact person/ Por favor de seleccionar la caja(s) que apliquen ala persona asignada como contacto en esta forma:

☐ Lives with student/ Vive con el estudiante ☐ Emergency/ Emergencia ☐ Has permission to pick up student/ Tiene permiso para recoger al estudiante

Contact Name/ Nombre del contacto		Relationship/ Relación
Home Phone/ Teléfono de casa	Work Phone/ Teléfono del trabajo	Cell Phone/ Teléfono del célula

Please check box(es) applicable to this contact person/ Por favor de seleccionar la caja(s) que apliquen ala persona asignada como contacto en esta forma:

☐ Lives with student/ Vive con el estudiante ☐ Emergency/ Emergencia ☐ Has permission to pick up student/ Tiene permiso para recoger al estudiante

Contact Name/ Nombre del contacto		Relationship/ Relación
Home Phone/ Teléfono de casa	Work Phone/ Teléfono del trabajo	Cell Phone/ Teléfono del célula

Please check box(es) applicable to this contact person/ Por favor de seleccionar la caja(s) que apliquen ala persona asignada como contacto en esta forma:

☐ Lives with student/ Vive con el estudiante ☐ Emergency/ Emergencia ☐ Has permission to pick up student/ Tiene permiso para recoger al estudiante

Contact Name/ Nombre del contacto		Relationship/ Relación
Home Phone/ Teléfono de casa	Work Phone/ Teléfono del trabajo	Cell Phone/ Teléfono del célula

Please check box(es) applicable to this contact person/ Por favor de seleccionar la caja(s) que apliquen ala persona asignada como contacto en esta forma:

☐ Lives with student/ Vive con el estudiante ☐ Emergency/ Emergencia ☐ Has permission to pick up student/ Tiene permiso para recoger al estudiante

HOUSTON INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT

CUESTIONARIO SOBRE EL IDIOMA QUE SE HABLA EN EL HOGAR

19 TAC Chapter 89, Subchapter BB, §89.1215
(SOLO para estudiantes que se inscriban en la escuela, prekínder a 12º grado)

PARA LOS ESTUDIANTES DE PREKÍNDER A OCTAVO GRADO, ESTE CUESTIONARIO DEBE LLENARLO EL PADRE O TUTOR. LOS ESTUDIANTES DE 9º A 12º GRADO PUEDEN LLENARLO ELLOS MISMOS. El estado de Texas requiere que la siguiente información se obtenga para cada estudiante que se matricula por primera vez en una escuela pública de Texas. Es responsabilidad del padre o tutor, no de la escuela, proporcionar la información requerida en las siguientes preguntas sobre el idioma de la familia.

Estimado padre o tutor:

Para determinar si su hijo podría beneficiarse de los servicios de los programas bilingües o de inglés como segundo idioma, por favor conteste las dos preguntas planteadas abajo.

Si alguna de sus respuestas indica el uso de un idioma diferente del inglés, el distrito escolar deberá realizar una evaluación para determinar hasta qué punto su hijo se comunica bien en inglés. El resultado de la evaluación se usará para determinar si es apropiado proveer a su hijo servicios de programas bilingües o de inglés como segundo idioma, y para guiar las recomendaciones sobre la instrucción y la asignación a un programa escolar adecuado. Si tiene preguntas sobre el propósito y el uso de este cuestionario, o si necesita ayuda para completarlo, por favor comuníquese con el personal del distrito escolar.

Para ver más información sobre el proceso requerido, por favor visite el siguiente sitio web: https://projects.esc20.net/upload/page/0081/docs/LPAC-TrainingFlowchartSpanish-Accessible.pdf.

Esta encuesta debe permanecer archivada en el expediente permanente del estudiante.

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____ NÚM. DE ID: _____

DIRECCIÓN: _____ TELÉFONO: _____

ESCUELA:_____

NOTA: INDIQUE SÓLO UN IDIOMA EN CADA RESPUESTA.

1. ¿Qué idioma se usa en la casa del estudiante **la mayor parte del tiempo**?
_____

2. ¿Qué idioma usa su hijo **la mayor parte del tiempo**?
_____

_____ _____
Firma del padre o tutor Fecha

_____ _____
Firma del estudiante, si cursa un grado entre 9º y 12º Fecha

AVISO: Si cree que cometió un error cuando completó esta encuesta sobre el idioma que se habla en el hogar, podrá solicitar una corrección, por escrito, solamente si:
1) todavía no se le ha administrado a su hijo la evaluación de dominio del inglés; y
2) se presenta la solicitud escrita de corrección en el lapso de las dos semanas calendario siguientes a la inscripción.

Kimberly Hobbs, Principal

K-2 Administrator – Jacqueline Curtis
3-5 Administrator – Rubye Gilbert
6-8 Administrator – Marilyn Callegari

6-8 Counselor –Shaniquwa Finley Carter
Magnet Coordinator – Vickie Matson

REQUEST FOR STUDENT RECORDS
(Petición de documentos del estudiante)

To: _____ **Route:** _____

Last School Attended
Escuela en que asistió el estudiante

_____
Address

_____
City, State, Zip

Registrar's Instructions: The following student(s) has enrolled in our school. Please send a copy of his/her complete file, including the permanent record, available test scores, year-to-date grades, any special education records, and health records.

I hereby authorize the release of information mentioned above to The Rice School/La Escuela Rice.

Student's Name: _____
Nombre del estudiante

Birth Date: _____/_____/_____
Nombre del estudiante

Entering Grade: _____
Grado entrante

_____
Parent Signature
Firma del padre

_____
Date
Fecha

Please Mail Directly to:
The Rice School/La Escuela Rice
7550 Seuss Dr.
Houston, TX 77025

DISTRITO ESCOLAR INDEPENDIENTE DE HOUSTON

INVENTARIO DE SALUD

ESCUELA ____________________ FECHA ____________

ǀĿ{5Ŀ5ǀ ____________ ÚLTIMA ESCUELA A LA QUE ASISTIÓ ____________________

Favor de completar esta forma y regresarla al maestro(a) o enfermero(a). La información de este formulario ayudará al personal de la escuela a comprender mejor las necesidades de salud de su hijo(a):

Nombre ____________________ Sexo ______ Fecha nac. ___ κ ___ κ ___ tl·ŘǊŜăκDdzl·ǊŘƛl·y ________

Dirección ____________________ Teléfono ____________________

¿Alguna vez el doctor le dijo que su hijo(a) tiene:

	Edad identificado	¿Está bajo cuidado médico?		Edad identificado	¿Está bajo cuidado médico?
Asma			Problemas de los huesos/articulación		
Alergias			Fiebre reumática		
Trastorno sanguíneo			Cirugía/fracturas		
Diabetes			Enfermedad T. B.		
Epilepsia/ataques			Pérdida de la audición		
Enfermedad del corazón			Pérdida de la visión		
Trastornos del riñón			Calambres menstruales severos		
Cáncer			Trastornos de la alimentación		

Marque si ha observado algo de lo siguiente en su hijo(a):

- ☐ Se cansa fácilmente
- ☐ Dolor de oído
- ☐ Silbido o poco aliento cuando hace ejercicio
- ☐ Dolor de cabeza frecuente
- ☐ Dificultad para hacer amigos
- ☐ Se come las uñas
- ☐ Desmayos
- ☐ Tose frecuentemente por la noche
- ☐ Inquietud

¿El doctor ha examinado a su hijo(a) por alguna causa mencionada arriba? ☐ Sí ☐ No

¿Su hijo(a) toma algún medicamento? ☐ Sí ☐ No

¿Cuál? ____________________

¿Para qué condición? ____________________

Otro comentario ____________________

¿Qué tipo de seguro médico tiene su hijo(a)?

CHIP ☐ Medicaid ☐ HCHD ☐ Seguro médico privado ☐ No tiene ☐

Favor de visitar a la enfermera (o director(a)) si su hijo(a) es:

- Una adolescente embarazada o con hijos Sí ☐ No ☐

y/o

- Tiene alergia mortal a ciertos alimentos Sí ☐ Explique ________ No ☐

Firma ____________________

Este documento permanecerá en el Folder Cumulativo Estudiantil

PETICIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE ALERGIAS DE ALIMENTOS

Estimados padres:

Este formulario permite revelar si su hijo(a) es alérgico a algún alimento o si tiene una alergia severa a alimentos que deba informar al distrito para tomar las precauciones necesarias para su seguridad.

"Alergia severa a alimentos" refiere a una reacción peligrosa o que pone en riesgo su vida debido a un alérgeno alimenticio introducido por inhalación, ingestión o contacto con la piel que requiere de atención médica inmediata.

Favor de hacer una lista de los alimentos a cuales su hijo(a) es alérgico o tiene una alergia severa, al igual que cómo reacciona su hijo(a) cuando es expuesto a los alimentos listados.

☐ No tengo información que reportar.

Alimento	Naturaleza de la reacción alérgica al alimento	¿Pone en riesgo su vida?

PARA SOLICITAR UNA DIETA ESPECIAL, MODIFICACIONES AL PLAN ALIMENTICIO O PARA PROPORCIONAR MAYOR INFORMACIÓN SOBRE LA ALERGIA ALIMENTICIA DE SU HIJO(A), CONTACTE A LA ENFERMERA ESCOLAR O ADMINISTRADORES DE LA ESCUELA DE SU HIJO(A).

El distrito mantendrá la información proporcionada arriba como confidencial y podrá revelar información a maestros, consejeros escolares, enfermeras escolares y otro personal apropiado, dentro de los límites de la Ley de Privacidad y Derechos Educativos Familiares y las normas del distrito.

Nombre del estudiante: _____Fecha de nac.: _____

Escuela: _____ Grado: _____

Nombre del padre, madre o tutor: _____

Teléfono de trabajo: _____ Celular: _____ Teléfono: _____

Firma del padre, madre o tutor: _____ Fecha: _____

Fecha que la escuela recibió este documento: _____