

# **REGISTRATION DOCUMENTS**

## **DOCUMENTOS DE REGISTRO**

DOCUMENTS PROVIDED BY PARENT--DOCUMENTOS PROPORCIONADOS POR LOS PADRES

- Proof of Residency (2 documents) *Prueba de residencia (2 documentos)*
  - Enrolling parent's name and address must match lease/deed.  
*El nombre y la dirección del padre que se inscribe deben coincidir con el contrato de arrendamiento / escritura.*
  - Lease agreement not to expire prior to Aug.2019.  
*El contrato de arrendamiento no debe ser expirado antes de agosto de 2019.*
  - Parent/guardian's name must be on lease/deed.  
*El nombre del padre/tutor debe estar en contrato de arrendamiento/escritura.*
  - Utility bill (electric, gas or water) name and address must match lease/deed.  
*El nombre y la dirección de la factura de servicios públicos (electricidad, gas o agua) deben coincidir con el contrato de arrendamiento/ escritura.*
- Proof of Guardianship/*Prueba de tutela.*
  - Parent/Guardian's name must be on the birth certificate/court order or determination of residence of a minor.  
*El nombre del padre/ tutor debe estar en el certificado de nacimiento/ orden judicial o la determinación de residencia de un menor.*
- Birth certificate/certificado de nacimiento
- Parent/Guardian Identification Card – Tarjeta de identificación del padre/tutor.  
License/ID/Passport/Matricula Consular- Licencia/tarjeta de identificación/pasaporte/Matricula Consular.
- Immunization records-Registro de vacunas
  - Must be current-debe de estar al día.
- Last Report Card (Transcript if available) *Ultimo reporte de calificación (Transcripción si lo tienen.*
  - Must indicate student was (PROMOTED TO\_GRADE LEVEL)- Debe indicar que el estudiante fue (promovido al siguiente año de grado)
- STAAR Scores –Resultado de STAAR
- Student's Social Security Card-*Tarjeta de Seguro Social*
- ALL FORMS COMPLETED AND SIGNED-*TODOS LOS FORMULARIOS DEBEN SER COMPLETAMENTE Y FIRMADOS.*

PLEASE MAKE COPIES OF ALL DOCUMENTS BROUGHT BY PARENT/GUARDIAN AND RETURN ORIGINALS; KEEP COPIES IN REGISTRTION FOLDER.

*POR FAVOR HAGAN COPIAS DE TODO LOS DOCUMENTOS ORIGINALES QUE LLEVEN LOS PADRES/TUTORES Y REGRESEN ORIGINALES. MANTENGA COPIAS EL LA CARPETA DE REGISTRO.*

# Distrito Escolar Independiente de Houston

## Formulario de Inscripción

20\_\_ - 20\_\_

Maestro:

¿Ha asistido el alumno a una escuela de HISD? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Última escuela o guardería que asistió			
Identificación del estudiante HISD	Fecha de inscripción	Fecha de nacimiento	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Grado	
Apellido legal del estudiante	Primer nombre	Segundo nombre	Generación (Jr., III, etc.)	Número de Seguro Social del alumno	
Lugar de nacimiento del alumno	Ciudad Estado País	Año que comenzó la escuela en los Estados Unidos	El estudiante vive con: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Ambos Padres		
Etnia del alumno (Seleccione uno) <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No hispano o latino	Raza (Seleccione todos los que apliquen) <input type="checkbox"/> Nativo americano o de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afro-americano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai/Otra Isla Del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco				
Domicilio del alumno	Número de la calle	Nombre de la calle	Apartamento	Estado Código Postal País	
Teléfono celular del estudiante			Correo electrónico del estudiante		
El Código §25.002(f) de Educación de Texas requiere que el distrito escolar cuente con un expediente con el nombre, el domicilio y la fecha de nacimiento de la persona que inscribe al niño(a).					
Primer contacto (Apellido, Nombre)		Relación	Número de la calle Nombre de la calle Apartamento Ciudad Estado Código Postal		
Empleador	Ocupación	Teléfono del hogar	Teléfono del trabajo	Teléfono celular	
Lenguaje preferido <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español	<input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Otro _____	¿Necesita Intérprete? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Correo electrónico del primer contacto	
Segundo contacto (Apellido, Nombre)		Relación	Número de la calle Nombre de la calle Apartamento Ciudad Estado Código Postal		
Empleador	Ocupación	Teléfono del hogar	Teléfono del trabajo	Teléfono celular	
Lenguaje preferido <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español	<input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Otro _____	¿Necesita Intérprete? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Correo electrónico del segundo contacto	
Tercer contacto (Apellido, Nombre)		Relación	Número de la calle Nombre de la calle Apartamento Ciudad Estado Código Postal		
Empleador	Ocupación	Teléfono del hogar	Teléfono del trabajo	Teléfono celular	
Lenguaje preferido <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español	<input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Otro _____	¿Necesita Intérprete? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Correo electrónico del tercer contacto	
¿Qué tipo de seguro médico tiene para su hijo? <input type="checkbox"/> CHIP <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> HCHD <input type="checkbox"/> Seguro Privado <input type="checkbox"/> Ninguno			Médico de la familia	Teléfono del médico	
Anote los nombres de todos los hermanos y hermanas menores de 18 años. (Si necesitas más espacio, escribe al reverso)					
Apellido, Nombre y segundo nombre	Sexo	Fecha de nacimiento	Grado	Dirección de este niño(a)	
La firma a continuación certifica que toda la información anterior es correcta y verídica.					
Si se inscribe a un niño con documentación falsa, se exigirá el pago de matrícula o costos bajo el Código §25.001(h) de Educación de					
Firma de la madre o tutora legal		Número de licencia de conducir de Texas	Fecha de nacimiento (madre o tutora legal)		
Firma del padre o tutor legal		Número de licencia de conducir de Texas	Fecha de nacimiento (padre o tutor legal)		
Ingresos totales mensuales de familia			Cantidad total de personas en el hogar		

## Historial escolar del estudiante

(Formulario para estudiantes que se inscriben al 2º grado en adelante cuyo idioma principal en casa no es el inglés)

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

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

Escuela: \_\_\_\_\_

Fecha de inscripción escolar en los Estados Unidos: \_\_\_\_\_

¿El estudiante asistió a alguna escuela fuera de los Estados Unidos?

- No** - Si contestó que No, entonces no necesita llenar este formulario.
- Sí** - Si contestó que Sí, indique la siguiente información.

Historial escolar del estudiante					
Año escolar	Grado	País o estado en Estados Unidos	Tiempo que estuvo inscrito en total	Número de meses que asistió a la escuela si no terminó el año escolar	<i>For Office Use</i> Document TELPAS Reading rating if available/Yrs in U.S. Schools
	Kínder		<input type="checkbox"/> Todo el año <input type="checkbox"/> No asistió a la escuela <input type="checkbox"/> Parte del año (especifique)		
	1º		<input type="checkbox"/> Todo el año <input type="checkbox"/> No asistió a la escuela <input type="checkbox"/> Parte del año (especifique)		
	2º		<input type="checkbox"/> Todo el año <input type="checkbox"/> No asistió a la escuela <input type="checkbox"/> Parte del año (especifique)		
	3º		<input type="checkbox"/> Todo el año <input type="checkbox"/> No asistió a la escuela <input type="checkbox"/> Parte del año (especifique)		
	4º		<input type="checkbox"/> Todo el año <input type="checkbox"/> No asistió a la escuela <input type="checkbox"/> Parte del año (especifique)		
	5º		<input type="checkbox"/> Todo el año <input type="checkbox"/> No asistió a la escuela <input type="checkbox"/> Parte del año (especifique)		
	6º		<input type="checkbox"/> Todo el año <input type="checkbox"/> No asistió a la escuela <input type="checkbox"/> Parte del año (especifique)		
	7º		<input type="checkbox"/> Todo el año <input type="checkbox"/> No asistió a la escuela <input type="checkbox"/> Parte del año (especifique)		
	8º		<input type="checkbox"/> Todo el año <input type="checkbox"/> No asistió a la escuela <input type="checkbox"/> Parte del año (especifique)		
	9º		<input type="checkbox"/> Todo el año <input type="checkbox"/> No asistió a la escuela <input type="checkbox"/> Parte del año (especifique)		
	10º		<input type="checkbox"/> Todo el año <input type="checkbox"/> No asistió a la escuela <input type="checkbox"/> Parte del año (especifique)		
	11º		<input type="checkbox"/> Todo el año <input type="checkbox"/> No asistió a la escuela <input type="checkbox"/> Parte del año (especifique)		
	12º		<input type="checkbox"/> Todo el año <input type="checkbox"/> No asistió a la escuela <input type="checkbox"/> Parte del año (especifique)		

Utilice el reverso de este formulario si necesita más espacio.

Firma de padre: \_\_\_\_\_

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



## DISTRITO ESCOLAR INDEPENDIENTE DE HOUSTON

### 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 por 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 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 habla en la casa del estudiante la mayor parte del tiempo? \_\_\_\_\_

2. ¿Qué idioma habla el estudiante la mayor parte del tiempo? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del padre o tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del estudiante, si cursa un grado entre 9 y 12

\_\_\_\_\_  
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.

# HOUSTON INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT

## CUESTIONARIO DE AYUDA PARA EL ESTUDIANTE (SAQ)

Es necesario que los padres, el personal escolar o el coordinador de enlace de la comunidad proporcione toda la información a continuación.

Escuela \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
Nombre del estudiante \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Núm. Id. de HISD \_\_\_\_\_  
Domicilio actual \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_  Masculino  Femenino  
Vive con:  Ambos padres  Madre  Padre  Tutor legal  Tutor o familiar sin derechos legales de custodia  Otro \_\_\_\_\_ relación

¿El estudiante está actualmente bajo la tutela del Departamento de Protección y Servicios para la Familia (*Foster Care*)?  Sí  No

Si marcó sí, proporcione el nombre del administrador del caso DFPS \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

¿El estudiante estuvo anteriormente bajo la tutela del Departamento de Protección y Servicios para la Familia (*Foster Care*)?  Sí  No

**A fin de determinar su elegibilidad para para obtener los beneficios que establece el Acta McKinney Vento, proporcione la siguiente información.**

### Parte A: SITUACIÓN ACTUAL DE VIVIENDA – Marque, ya sea que el estudiante esté en (1) una casa estable O (2) en transición

1. **ESTABLE:**  El estudiante vive en una casa/departamento propia o alquilada por su padre o tutor legal. **(Si marca “estable” no marque ninguna otra situación en el #2.)** ¿La casa o departamento tienen electricidad y agua corriente?  Sí  No

### 2. SITUACIONES DE VIVIENDAS DE TRANSICIÓN

- Vive en un albergue  Vive en un hotel o motel  
 Vive con más de una familia en una casa o departamento (compartidos)

#### Desamparado

- Se muda de un lado a otro  Vive en una estructura que no se usa por lo general para vivienda  
 Vive en un auto, parque, campamento o al aire libre sin agua corriente y/o electricidad  
 Vive en un camper  Está en una vivienda privada (Apéndice del HUD)

**VIVE SOLO -**  Sí  No (Un joven que vive solo es un estudiante que no está bajo la custodia física de un padre o tutor legal. Esto incluye a estudiantes que viven con familiares sin custodia o amigos sin custodia legal.)

### Parte B: ANTECEDENTES (Si marcó alguna Situación de Vivienda de Transición (2) arriba – por favor marque CUALQUIERA de las de abajo que aplique)

- Enfermedad grave /gastos médicos / discapacidad  Desastre Natural / evacuación  
 Nuevo en la ciudad  Problema doméstico  
 Pérdida del empleo  Trabajo de migrante en pesca o agricultura  
 Dificultad económica/bajos ingresos  En espera de un lugar con padres temporales/ en custodia de CPS  
 Desalojado/expulsado  Padre(s) en despliegue militar  
 Incendio u otra destrucción  Padre encarcelado / Recién liberado de la cárcel

### Parte C: SERVICIOS QUE NECESITA – basados en disponibilidad (Marque el servicio que necesita y llame al 713-556-7237 para hablar con un trabajador social)

- Ayuda para inscripción  Transportación  Uniformes, ropa de emergencia  
 Desayuno / Almuerzo Gratis (Nutrición Infantil)  Artículos escolares  Artículos de higiene personal  
 Inmunizaciones  Ayuda de Medicaid/CHIP  Ayuda con cupones de alimentos (SNAP)  
 Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF)  Otros \_\_\_\_\_

**A mi leal entender esta información es verdadera y correcta.**

Nombre (POR FAVOR ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE): \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_ # Tfno \_\_\_\_\_

**School Personnel:** This form is intended to address the McKinney-Vento Act U.S.C. 11435. If any “Transitional Housing Situation” is checked under “Current Housing Situation” **AND** the family has indicated one of the “Background Situations” (1) immediately add PEIMS Coding on the At-risk Chancery panel for At-risk reason code 12, (2) code all of the McKinney-Vento Panels on that screen (the start date should be the date the form was completed and also add the end date, and (3) Email forms to [HomelessEducation@houstonisd.org](mailto:HomelessEducation@houstonisd.org). If information is missing, please follow-up with the parent/guardian/school personnel who completed the form to make sure each section is completed, as needed.

# NOTIFICACIÓN FALSIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

ADVERTENCIA: Falsificar información es una violación de la ley. Tal violación puede resultar en enjuiciamiento bajo cualquiera de los siguientes:

**TEXAS PENAL CÓDIGO:** Sección 37.10- Alteración de los registros del gobierno - Clase A Delito menor - Toda persona declarada culpable de un delito menor de Clase A será castigada:

- (1) Una multa que no exceda \$ 2,000; o
- (2) Confinamiento en prisión que no exceda de un año; o
- (3) Tanto multa como prisión.

**CÓDIGO DE EDUCACIÓN DE TEXAS:** Sección 25.001 (h) - Además de la pena establecida por la Sección 37.10 del Código Penal, la persona que falsifica intencionadamente información en un formulario requerido para la inscripción de un estudiante en un distrito escolar es responsable por el período durante el cual Estudiante no elegible está inscrito, para el mayor de:

- (1) La matrícula máxima que el distrito puede cobrar bajo la Sección 25.038 de este código;
- (2) o (2) La cantidad que el distrito ha presupuestado para cada estudiante como gastos de mantenimiento y operación.

La falsificación resultará en la retirada inmediata de los estudiantes y los gastos de mantenimiento y operación para el año en curso serán cobrados por cada estudiante por día.

Los registros deben ser actualizados inmediatamente si hay algún cambio en la información demográfica, es decir, cambio de dirección, número de teléfono, etc. Es responsabilidad exclusiva del padre/guardián notificar a la escuela de tales cambios y proporcionar la documentación actualizada apropiada, Pero no limitado a la licencia de conducir actualizada, así como contrato de arrendamiento actual, contrato de hipoteca o escritura, y la cuenta corriente de gas/electricidad).

## HE LEÍDO Y ENTENDIDO LA INFORMACIÓN

Firma de los padres: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

## Encuesta de Información General 20\_\_-20\_\_

Apellido: \_\_\_\_\_ Primer Nombre: \_\_\_\_\_

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

La antigua escuela atendida: \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado: \_\_\_\_\_

Por favor indicar SI o NO en cuanto a si el estudiante ha recibido o no ha recibido en el pasado alguno de los siguientes servicios:

¿Alguna vez el estudiante ha asistido a una escuela de HISD? En caso afirmativo, ¿cuál? _____	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Bilingüe / ESL?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Educación especial	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
A.) recurso	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
B.) Discurso	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
C.) Otros: _____	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Sección 504 Servicios?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Clases Dotado/talento?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Retenido?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
En caso afirmativo, ¿de qué grado? _____		
¿Tiene el estudiante algún problema de salud especial? En caso afirmativo, describa. _____ _____		
Otra información que puede ser útil. _____ _____		

Estudiante /Padre(s) Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**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 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 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



## Historial de viaje del estudiante –Cuestionario de inscripción

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

1. ¿Alguien de su familia o usted, ha viajado o vivido en un país donde existe el riesgo de transmisión del Ébola?

Sí  No

2. ¿Alguien de su familia o usted, ha tenido contacto con una persona que tenga confirmada la enfermedad del Ébola hace 21 días?

Sí  No

\_\_\_\_\_  
Escriba claramente el nombre de la persona que completó este formulario

\_\_\_\_\_  
Firma de la persona que completó este formulario

Si respondió SÍ a cualquier de estas preguntas, por favor póngase en contacto con la clínica de salud de la escuela.

Si respondió NO a cualquier de estas preguntas, puede continuar el proceso de inscripción.



# HOUSTON INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT

## HEALTH INVENTORY

SCHOOL MEYERLAND PVAMS

DATE \_\_\_\_\_

TEACHER \_\_\_\_\_

SCHOOL LAST ATTENDED \_\_\_\_\_

Please fill in this form and return to the teacher or nurse. The information given on this form will help the school staff to have a better understanding of your child's health needs:

Name \_\_\_\_\_ Sex \_\_\_\_\_ Birthdate \_\_\_\_\_ Birth weight \_\_\_\_\_

Address \_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_\_

Have you ever been told by a doctor that your child had:

	Age First Identified	Under Doctor's Care?		Age First Identified	Under Doctor's Care?
Asthma			Bone/Joint Problem		
Allergies			Rheumatic Fever		
Blood Disorder			Surgery/Fractures		
Diabetes			T. B. Disease		
Epilepsy/Seizures			Hearing Loss		
Heart Disease			Vision Loss		
Kidney Disorder			Severe Menstrual Cramps		
Cancer			Eating Disorder		

Please check if you have observed any of the following in your child:

<input type="checkbox"/> Tires easily	<input type="checkbox"/> Earaches	<input type="checkbox"/> Wheezing, shortness of breath with exercise
<input type="checkbox"/> Frequent headaches	<input type="checkbox"/> Difficulty making friends	<input type="checkbox"/> Nail Biting
<input type="checkbox"/> Fainting	<input type="checkbox"/> Coughs frequently at night	<input type="checkbox"/> Restlessness

Has your child been seen by a doctor for any of the above?  Yes  No

Is your child on any kind of medication?  Yes  No

If so, what? \_\_\_\_\_

For what condition? \_\_\_\_\_

Further comment \_\_\_\_\_

What type of medical insurance do you carry for this child?

CHIP  Medicaid  HCHD  Private Insurance  None

Please see the School Nurse (or School Principal) if your child has other needs or is:

- A pregnant or parenting teen  
and/or
- Has a severe life-threatening food allergy

Signature \_\_\_\_\_



## REQUEST FOR FOOD ALLERGY INFORMATION

Dear Parent:

This form allows you to disclose whether your child has a food allergy or severe food allergy that you believe should be disclosed to the District in order to enable the District to take necessary precautions for your child's safety.

"Severe food allergy" means a dangerous or life-threatening reaction of the human body to a food-borne allergen introduced by inhalation, ingestion, or skin contact that requires immediate medical attention.

Please list any foods to which your child is allergic or severely allergic, as well as how your child reacts when exposed to the food that is listed.

No information to report.

Food	Nature of allergic reaction to food	Life-Threatening?

**TO REQUEST A SPECIAL DIET, MODIFICATION OF A MEAL PLAN OR PROVIDE OTHER INFORMATION FROM YOUR DOCTOR ABOUT YOUR CHILD'S FOOD ALLERGY, YOU MUST CONTACT THE SCHOOL NURSE OR SCHOOL ADMINSTRATOR WHERE YOUR CHILD ATTENDS SCHOOL.**

The District will maintain the confidentiality of the information provided above and may disclose the information to teachers, school counselors, school nurses, and other appropriate school personnel only within the limitations of the Family Educational Rights and Privacy Act and District policy.

Student Name: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_

School: \_\_\_\_\_ Grade: \_\_\_\_\_

Parent/Guardian Name: \_\_\_\_\_

Work Phone: \_\_\_\_\_ Mobile Phone: \_\_\_\_\_ Home Phone: \_\_\_\_\_

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

Date form received by Campus: \_\_\_\_\_