

Houston Independent School District

Enrollment Information

2020 - 2021

Homeroom Teacher:

Has student ever attended an HISD School? <input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No		Last School/Daycare Attended		
HISD Student ID	Date of Enrollment	Date of Birth 4/3/16	<input type="checkbox"/> Male <input checked="" type="checkbox"/> Female	Grade PK
Legal Student Last Name Doe	First Name Jane	Middle Name	Generation (Jr., III, etc.)	Student SS# / State Alt. # 111-11-1111
Student Birthplace: City, State, Country Houston Tx		Year Started School in US	Student Lives with <input type="checkbox"/> Mother <input type="checkbox"/> Father <input type="checkbox"/> Other <input checked="" type="checkbox"/> Both Parents	
Federal Student Ethnicity (Select One) <input type="checkbox"/> Hispanic/Latino <input checked="" type="checkbox"/> Not Hispanic/Latino	Student Race (Select all that apply) <input type="checkbox"/> American Indian or Alaska Native <input type="checkbox"/> Native Hawaiian/Other Pacific Islander		<input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> White	<input checked="" type="checkbox"/> Black or African American
Student Address 3930 West Fuqua Houston Tx 77045	Street Number	Street Name	Apartment	City State Zip County Home Phone 77045 113-797-7900
Student Cell Phone			Student e-mail Address	

Texas Education Code §25.002(f) requires the school district to record the name, address, and birth date of the person enrolling a child.

Contact #1 Name (Last, First) Doe, Mary		Relationship Mother	Street Number Street Name 3930 West Fuqua Houston Tx 77045		Apartment	City	State	Zip
Employer HISD	Occupation Clerk		Home Phone 713-797-7900		Work Phone		Cell Phone 713-777-7777	
Preferred Language <input checked="" type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> Spanish	<input type="checkbox"/> Vietnamese <input type="checkbox"/> Other		Translator Needed? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		e-mail Address nwhite2@houstonisd.org			
Contact #2 Name (Last, First) Doe John		Relationship Dad	Street Number Street Name 3930 West Fuqua Houston Tx 77045		Apartment	City	State	Zip
Employer COH	Occupation Driver		Home Phone 713-797-7900		Work Phone		Cell Phone 713-777-7777	
Preferred Language <input checked="" type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> Spanish	<input type="checkbox"/> Vietnamese <input type="checkbox"/> Other		Translator Needed? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		e-mail Address			
Contact #3 Name (Last, First) Doe Mildred		Relationship Grandmother	Street Number Street Name 3930 West Fuqua Houston Tx 77045		Apartment	City	State	Zip
Employer	Occupation		Home Phone 713-797-7900		Work Phone		Cell Phone 713-777-7777	
Preferred Language <input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> Spanish	<input type="checkbox"/> Vietnamese <input type="checkbox"/> Other		Translator Needed? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		e-mail Address			
<input type="checkbox"/> CHIP <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> HCHD <input checked="" type="checkbox"/> Private Insurance <input type="checkbox"/> None		What type of medical insurance do you carry for this child?		Family Physician Dr. White		Physician Phone 713-777-7777		

List the names of all brothers and sisters under 18 years of age. (If additional room is needed, write on reverse side.)

Last, First, and Middle Names	Gender	Birthdate	Grade	Address of This Child

Signature below certifies that all the information above is true and accurate.

Enrollment of the child under false documents subjects the person to liability for tuition or costs under Texas Education Code §25.001(h).

Signature of Contact 1/Legal Guardian Mary Doe	TX Driver's License Number 11111567	Date of Birth (Contact 1/Legal Guardian) 10/9/74
Signature of Contact 2/Legal Guardian	TX Driver's License Number	Date of Birth (Contact 2/Legal Guardian)

Total Monthly Family Income:	Total Number In Household:
------------------------------	----------------------------

**Dr. Martin Luther King, Jr. Early Childhood Center
Student Information Form**

Student: Doe, Jane _____
Last First MI
 GRADE: Prekindergarten I.D. NUMBER: _____

Please provide accurate information. This information is needed to assist the school with meeting the needs of your child. Failure to complete this form accurately could result in a delay of services your child may need to be successful in school.

Services	Place check in the boxes below.	Services	Place check in the boxes below.
Special Education Testing Services		ECI-Early Childhood Intervention Services (Developmental testing/evaluations)	
Speech Therapy Speech Testing		Texas Children's -Meyers Clinic Legacy MHMRA Harris County	
Hearing Testing		Other: Physical Therapy /Occupational Therapy	

In the event of an emergency, such as adverse weather conditions or power failure, or any other emergency situation, we need to know what you would like us to do with your child, if we should have to dismiss school early.

PLEASE CHECK ONE OF THE FOLLOWING:

_____ 1. Send my child on the nursery bus:

Name of Nursery Bus: _____ Nursery Phone: _____

_____ 2. My child will be picked up by: _____
 Name of person picking up child

Address: _____ Telephone #: _____

EMERGENCY CONTACT INFORMATION:

When the school is unable to contact the parents in an emergency, we should call:

Name of Person: Mary Doe Relationship: Mother

Emergency Phone: 713 777 7777

Doctor's Name: Dr. White Doctor's Phone: 713 777 7777

Mary Doe
 Parent's Signature

5/15/2020
 Date

**Texas Education Agency
Texas Public School Student/Staff Ethnicity and Race Data Questionnaire**

The United States Department of Education (USDE) requires all state and local education institutions to collect data on ethnicity and race for students and staff. This information is used for state and federal accountability reporting as well as for reporting to the Office of Civil Rights (OCR) and the Equal Employment Opportunity Commission (EEOC).

School district staff and parents or guardians of students enrolling in school are requested to provide this information. If you decline to provide this information, please be aware that the USDE requires school districts to use observer identification as a last resort for collecting the data for federal reporting.

Please answer both parts of the following questions on the student's or staff member's ethnicity and race. *United States Federal Register (71 FR 44866)*

Part 1. Ethnicity: Is the person Hispanic/Latino? (Choose only one)

- Hispanic/Latino** - A person of Cuban, Mexican, Puerto Rican, South or Central American, or other Spanish culture or origin, regardless of race.
- Not Hispanic/Latino**

Part 2. Race: What is the person's race? (Choose one or more)

- American Indian or Alaska Native** - A person having origins in any of the original peoples of North and South America (including Central America), and who maintains a tribal affiliation or community attachment.
- Asian** - A person having origins in any of the original peoples of the Far East, Southeast Asia, or the Indian subcontinent including, for example, Cambodia, China, India, Japan, Korea, Malaysia, Pakistan, the Philippine Islands, Thailand, and Vietnam.
- Black or African American** - A person having origins in any of the black racial groups of Africa.
- Native Hawaiian or Other Pacific Islander** - A person having origins in any of the original peoples of Hawaii, Guam, Samoa, or other Pacific Islands.
- White** - A person having origins in any of the original peoples of Europe, the Middle East, or North Africa.

<p><u>Jane Doe</u> Student/Staff Name (please print)</p>	<p><u>Mary Doe</u> (Parent/Guardian)/(Staff) Signature</p>
<p>_____ Student/Staff Identification Number</p>	<p><u>5/15/2020</u> Date</p>

Martin Luther King, Jr. Early Childhood Center

Parent Quality Assurance Standards

As a parent of Martin Luther King, Jr. Early Childhood Center, I am committed to the following:

- I will make sure my child arrives to Martin Luther King, Jr. Early Childhood Center by 7:30 each day.
- I will follow all arrival and dismissal guidelines as stated in the parent handbook.
- I will make sure my child attends school every day.
- I will make sure all parent contact information is current.
- I will make sure my child's immunizations are up to date.
- I will make sure my child is in standard MLK dress code.
- I will check my child's homework folder daily.
- I will ensure that my child understands all school rules.
- I will attend the Project Class Social Skills inservice.
- I will incorporate the school's Social Skills at home.
- I will always be available to support my child, the teacher, and the school.
- I will respond in person within 30 – 60 minutes for discipline or school emergencies.

Failure to adhere to these standards will result in an administrative conference.

Mary Doe

Parent Name (print)

Mary Doe

Parent Name (signature)

5/15/2020

Date



HOUSTON INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT
HEALTH INVENTORY

SCHOOL MLK E.C.C.

DATE 5/15/2020

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 Jane Doe Sex F Birthdate 4/3/16 Birth weight 6.2
Address 3930 West Fuqua Phone 713.777.7777

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:

Tires easily Earaches Wheezing, shortness of breath with exercise
 Frequent headaches Difficulty making friends Nail Biting
 Fainting Coughs frequently at night 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 Mary Doe

This document is to be maintained in the Student's Cumulative Folder



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 ADMINISTRATOR 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: Jane Doe Date of Birth: 4/3/14

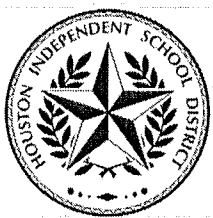
School: Martin Luther King Jr. E.C.C. Grade: PK

Parent/Guardian Name: Mary Doe

Work Phone: 713-791-7900 Mobile Phone: 713-777-7777 Home Phone: _____

Parent/Guardian Signature: Mary Doe Date: 5/15/2020

Date form received by Campus: _____



HOUSTON INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT

HATTIE MAE WHITE EDUCATIONAL SUPPORT CENTER
4400 WEST 18th STREET • HOUSTON, TEXAS 77092-8501

Student Media Consent and Release Form

Throughout the school year, students may be highlighted in efforts to promote HISD activities and achievements. For example, students may be featured in materials to train teachers and/or increase public awareness of our schools through newspapers, radio, TV, the web, DVDs, displays, brochures, and other types of media.

I, as the parent or guardian of Jane Doe, hereby give HISD and its employees, representatives, and authorized media organizations permission to print, photograph, and record my child for use in audio, video, film, or any other electronic, digital and printed media.

- a. This is with the understanding that neither HISD nor its representatives will reproduce said photograph, interview, or likeness for any commercial value or receive monetary gain for use of any reproduction/broadcast of said photograph or likeness. I am also fully aware that I will not receive monetary compensation for my child's participation.
- b. I further release and relieve HISD, its Board of Trustees, employees, and other representatives from any liabilities, known or unknown, arising out of the use of this material.

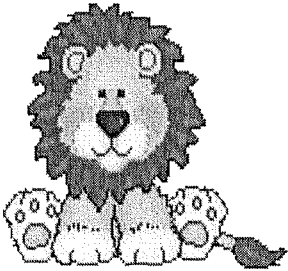
I certify that I have read the Media Consent and Release Liability statement and fully understand its terms and conditions.

Please understand that failure to return this release form within ten (10) school days from the date of distribution will constitute approval of the above requests.

Please Print
Name of child Jane Doe Grade PK
Address 3930 West Fuqua
City, State, Zip Houston Tx 77045
Signature of parent or guardian Mary Doe
Date 5/15/2020 Phone Number 713 777-7777

Martin Luther King, Jr.

Early Childhood Center
3930 W. Fuqua
Houston, TX 77045
713-797-7900



Web Page Picture Release

Martin Luther King, Jr. Early Childhood Center has a website highlighting school activities and events throughout the year. Classroom activities are included. In order for your child's picture to appear on the website, we must have written permission. Please complete the form below indicating whether or not you would like your child's picture to be included on the MLK, JR. web page.

Our school web address is
<http://es.houstonisd.org/mlkjrecc/Default.htm>

Child's Name: Jane Doe

I grant permission for my child's picture to appear on the Martin Luther King, Jr. Web Site.

I do not want my child's picture to appear on the Martin Luther King, Jr. Web Site

Parent Signature: May Doe

Date: 5/15/2020



HOUSTON INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT

Military Connected Families Survey

All information **MUST** be completed by parent, school personnel or community liaison.

School Martin Luther King Jr. E.C.C. Date 5/15/2020

Student Name Jane Doe HISD ID# _____

Dear Parent or Guardian,

The State of Texas requires schools to collect data relating to the enrollment of military-connected students. This collection is done to allow educational institutions the ability to monitor critical elements of education success for children who are dependents of military personnel, and show the state's commitment to military personnel and their children.

For students in grades Kindergarten through 12:

1. The student is a dependent of an active duty member of the United States Army, Navy, Air Force, Marine Corps, or Coast Guard

Yes No

2. The student is a dependent of a member of the Texas National Guard (Army, Air Guard, or State Guard)

Yes No

3. The student is a dependent of a member of a reserve force in the United States military (Army, Navy, Air Force, Marine Corps, or Coast Guard)

Yes No

For pre-kindergarten students only:

4. The student is a dependent of an active duty uniformed member of the Army, Navy, Air Force, Marine Corps, or Coast Guard, or activated/mobilized uniformed member of the Texas National Guard (Army, Air Guard, or State Guard) who was injured or killed while serving on active duty.

Yes No



2016-2017 HOUSTON INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT
STUDENT ASSISTANCE QUESTIONNAIRE (SAQ)

All information MUST be completed by parent, school personnel or community liaison.

School Martin Luther King Jr. E.C.C. Date 5/15/2020

Student Name Jane Doe Date of Birth 4/3/16 HISD ID

Current Address 3930 West Fuqua Grade PK Male Female

Lives with: Both Parents, Mother, Father, Legal Guardian, Caretaker/Relative without legal guardianship, Other relation

Is the student currently in the conservatorship of the Department of Family & Protective Services (Foster Care)? Yes No

If Yes - name of DFPS Case Manager: Contact information:

Was the student previously in the conservatorship of the Department of Family & Protective Services (Foster Care)? Yes No

Please complete the Current Housing Situation AND Background Situation sections below to determine McKinney-Vento eligibility:

Part A: CURRENT HOUSING SITUATION - Check the student's current housing situation

I CURRENTLY LIVE:

In my own home or apartment, in Section 8 housing, HUD Subsidized Housing or in military housing with parent(s), legal guardian(s), or caregiver(s) (if you checked this box, check one or both of the boxes below, if applicable.)

My home has no electricity My home has no running water

OR I CURRENTLY LIVE IN A TRANSITIONAL HOUSING SITUATION:

Living in a shelter Living in a motel or hotel
Living with more than one family in a house or apartment (Doubled-up) due to economic hardship

Unsheltered

Moving from place to place Living in a structure not usually used for housing Living in a car, park, campsite, camper, or outside

UNACCOMPANIED YOUTH: Yes No (An unaccompanied youth is a student who is not in the physical custody of a parent or legal guardian. This would include students living with non-custodial relatives or friends without a parent or legal guardian.)

Part B: BACKGROUND SITUATION (If a Transitional Housing Situation is checked above - please Check ANY below that apply)

- Catastrophic illness / medical expenses / disability Natural disaster / evacuation
New to Town Domestic Issue
Loss of Employment Migrant work in fishing or agriculture
Economic hardship/low earnings Awaiting placement in foster care / CPS custody
Evicted/kicked out Parent(s) involved in military deployment
House fire or other destruction Parent Incarcerated/Recently released from incarceration

Part C: NEEDED SERVICES - based on availability (Check services needed and call 713-556-7237 to speak to an Outreach Worker)

- Enrollment Assistance Transportation Emergency Clothing, Uniforms
Free Lunch/Breakfast (Child Nutrition) School Supplies Personal Hygiene Items
Immunizations Medicaid/CHIP Assistance Food Stamps (SNAP) Assistance
Temporary Assistance for Needy Families (TANF) Other

To the best of my knowledge this information is true and correct.

Name (PLEASE PRINT): Mary Doe Signature Mary Doe Phone #'s 713-777-7777

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) fax this form immediately to 713-556-7024.. 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.



STATEMENT OF RESIDENCE

STATE OF TEXAS]

COUNTY OF HARRIS]

BEFORE ME, the undersigned authority, on this day personally appeared

_____, who on his/her word says:

My name is Mary Doe and I live at
3930 West Fuqua Apt. # _____ in Houston, Texas, 77 045.

This is the legal residence of Mildred Doe
who is my mother.

Because of circumstances beyond my control, my child(ren) and I must reside at this address.

I agree to provide to the principal of Martin Luther King Jr. E.C.C. School,
and the Attendance Boundaries and Transfer Department, notification of change of address
when such occurs.

I further agree to withdraw Jane Doe
from the school in the event the above statement is found to be incorrect.

CERTIFICATION

I hereby certify that the information stated herein is true and accurate to the best of my knowledge.
I am not making this request for the purpose of obtaining some benefit or admission into a school
or program of the Houston Independent School District. I understand that submitting this form with
false information may constitute a violation of Section 37.10 of the Texas Penal Code.

Signed this the 15th day of May, 2020

Mary Doe
Signature

Mary Doe
Please Print Name

Campus Employee's Signature

Student Information Rep.
Title



HOUSTON INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT

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

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

NAME OF STUDENT Jane Doe STUDENT ID# _____
ADDRESS 3930 West Fugua TELEPHONE # 713-777-7777
CAMPUS MLK E.C.C.

- 1. What language is spoken in your home most of the time? English
- 2. What language does your child speak most of the time? English

Mary Doe _____
Signature of Parent/Guardian Date 5/15/2020

Signature of Student if Grades 9-12 Date

Questionario del idioma que se habla en el hogar

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

NOMBRE DEL ESTUDIANTE _____ #ID _____

DIRECCION _____ TELEFONO _____

ESCUELA _____

- 1. ¿Qué idioma se habla en su hogar la mayoría del tiempo? _____
- 2. ¿Qué idioma habla su hijo/a la mayoría del tiempo? _____

Firma del Padre/Madre/ o Representante Legal Fecha

Firma del estudiante si está en los grados 9-12 Fecha

Spanish

For school use: _____ Date Received

Distrito Escolar Independiente de Houston

Formulario de Inscripción

2020 - 2021

Maestro:

¿Ha asistido el alumno a una escuela de HISD? <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No		Última escuela o guardería que asistió		
Identificación del estudiante HISD	Fecha de inscripción	Fecha de nacimiento 4/3/16	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/> Femenino	Grado PK
Apellido legal del estudiante Doe	Primer nombre Jane	Segundo nombre	Generación (Jr., III, etc.)	Número de Seguro Social del alumno 111-11-111
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 checked="" type="checkbox"/> Ambos Padres	
Etnia del alumno (Selecione uno) <input checked="" type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No hispano o latino	Raza (Selecione 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 checked="" type="checkbox"/> Blanco			
Domicilio del alumno	Número de la calle	Nombre de la calle	Apartamento	Estado Código Postal País Teléfono del hogar
	3930	West Fuqua		Houston Tx 77045 713-797-7900
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
Doe, Mary	Mother	3930	West Fuqua	Houston TX 77045
Empleador	Ocupación	Teléfono del hogar	Teléfono del trabajo	Teléfono celular
HISD	Clerk	713-797-7900		713-777-7777
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 nwhite2@houstonisd.org
Segundo contacto (Apellido, Nombre)	Relación	Número de la calle	Nombre de la calle	Apartamento Ciudad Estado Código Postal
Doe John	Dad	3930	West Fuqua	Houston Tx 77045
Empleador	Ocupación	Teléfono del hogar	Teléfono del trabajo	Teléfono celular
COH	Driver	713-797-7900		
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
Doe Mildred	Grandmother	3930	West Fuqua	Houston Tx 77045
Empleador	Ocupación	Teléfono del hogar	Teléfono del trabajo	Teléfono celular
		713-797-7900		713-777-7777
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 Mary Doe	Número de licencia de conducir de Texas 1111567	Fecha de nacimiento (madre o tutora legal) 10/9/74		
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			

**Dr. Martin Luther King, Jr. Early Childhood Center
Student Information Form**

Student: Doe, Jane _____
Last First MI

GRADE: Prekindergarten I.D. NUMBER: _____

Favor de completar la información exacta. Esta información se necesita para poder asistir con todas las necesidades de su hijo. Si Usted no completa dicha información resultara en demoras en la prestación de servicios para que su hijo/a que ayudan a su hijo con el futuro escolar.

Servicios	Marque con una X	Servicios	Marque con una X
Pruebas de servicios de educación especial		ECI-Early Childhood Servicios de intervención (Desarrollo- Diagnostico /evaluación)	
Pruebas de terapia de Lenguaje		Texas Children's- Meyers Clinic Legacy MHMRA Harris County	
Pruebas de terapia Ocupacional		Otro: Terapia física/ Terapia Ocupacional	

En el evento de una emergencia, como mal tiempo o un apagón, o cualquier otra situación de emergencia, Nosotros Necesitamos saber que desea Usted que hagamos con su hijo/a, Si por alguna razón la escuela tiene que salir temprano.

Favor de marcar una de las siguientes opciones:

_____ 1. Mande a mi hijo/a en el autobús que viaja todos los días:

Nombre del autobús: _____ Teléfono del conductor: _____

_____ 2. Mi hijo será reacogido por: _____
Nombre de la persona que va a recoger a mi hijo

Dirección: _____ Teléfono #: _____

Información de Emergencia:

Cuando la escuela no pueda comunicarse con los pares en caso de emergencia, Nosotros llamaremos a:

Nombre: Mary Doe Relación: mother

Teléfono de emergencia: 713-777-7777

Nombre del doctor: Dr. White Teléfono del doctor: 713777-7777

Mary Doe
 Firma del padre

5/15/2020
 Fecha

**Texas Education Agency
Texas Public School Student/Staff Ethnicity and Race Data Questionnaire**

The United States Department of Education (USDE) requires all state and local education institutions to collect data on ethnicity and race for students and staff. This information is used for state and federal accountability reporting as well as for reporting to the Office of Civil Rights (OCR) and the Equal Employment Opportunity Commission (EEOC).

School district staff and parents or guardians of students enrolling in school are requested to provide this information. If you decline to provide this information, please be aware that the USDE requires school districts to use observer identification as a last resort for collecting the data for federal reporting.

Please answer both parts of the following questions on the student's or staff member's ethnicity and race. *United States Federal Register (71 FR 44866)*

Part 1. Ethnicity: Is the person Hispanic/Latino? (Choose only one)

- Hispanic/Latino** - A person of Cuban, Mexican, Puerto Rican, South or Central American, or other Spanish culture or origin, regardless of race.
- Not Hispanic/Latino**

Part 2. Race: What is the person's race? (Choose one or more)

- American Indian or Alaska Native** - A person having origins in any of the original peoples of North and South America (including Central America), and who maintains a tribal affiliation or community attachment.
- Asian** - A person having origins in any of the original peoples of the Far East, Southeast Asia, or the Indian subcontinent including, for example, Cambodia, China, India, Japan, Korea, Malaysia, Pakistan, the Philippine Islands, Thailand, and Vietnam.
- Black or African American** - A person having origins in any of the black racial groups of Africa.
- Native Hawaiian or Other Pacific Islander** - A person having origins in any of the original peoples of Hawaii, Guam, Samoa, or other Pacific Islands.
- White** - A person having origins in any of the original peoples of Europe, the Middle East, or North Africa.

<p style="font-size: 1.5em; font-family: cursive;">Jane Doe</p> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black;"/> <p>Student/Staff Name (please print)</p>	<p style="font-size: 1.5em; font-family: cursive;">Mary Doe</p> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black;"/> <p>(Parent/Guardian)/(Staff) Signature</p>
<hr style="border: 0; border-top: 1px solid black;"/> <p>Student/Staff Identification Number</p>	<p style="font-size: 1.5em; font-family: cursive;">5/15/2020</p> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black;"/> <p>Date</p>

Martin Luther King, Jr. Early Childhood Center

Parent Quality Assurance Standards

Como padre de un estudiante de la escuela Martin Luther King, Yo me comprometo a cumplir con los siguientes reglas:

- Me comprometo a llevar a mi hijo a la escuela Martin Luther King –Ecc Todos los días a las 7:30AM.
- Seguiré las reglas de la llegada y la salida como lo dice el manual del estudiante de la escuela Martin Luther King -ECC.
- Me asegurare que toda la información sobre mi hijo referente ha como contactarme este al día y sea correcta.
- Me Comprometo a que mi hijo venga a la escuela todos los días.
- Me asegurare que las vacunas de mi hijo/ hija estén al día así como de traer la boleta de vacunas a la escuela.
- Me comprometo a que mi hijo/hija venga con el uniforme a la escuela todos los días.
- Me comprometo a revisar la tarea de mi hijo/hija todos los días.
- Me asegurare que mi hijo/hija entienda todas las reglas de la escuela.
- Me comprometo en atender las sesiones de Project Class Social Skills.
- Seguiré las destrezas sociales en las casa, así como se siguen en la escuela.
- Me comprometo siempre a estar disponible para apoyar a mi hijo, sus maestros y a la escuela.
- Me comprometo a llamar a la escuela a mas tardar 30-60 minutos después de una llamada de emergencia o de disciplina.

Si usted no sigue alguno de los estándares de la escuela, tendrá que venir a conferencia con la administración.

Mary Doe
Parent Name (print)

Mary Doe
Parent Name (signature)

5/15/2020
Date



DISTRITO ESCOLAR INDEPENDIENTE DE HOUSTON

INVENTARIO DE SALUD

ESCUELA MLK E.C.C. FECHA 5/15/2020

MAESTRO(A) _____ 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 Jane Doe Sexo F Fecha nac. 4/3/16 Peso al nacer 6.2
Dirección 3930 West Fugua Teléfono 713.777.7777

¿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 _____

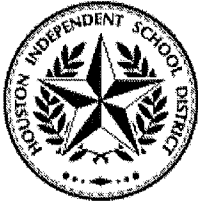
¿Qué tipo de seguro médico tiene su hijo(a)?
 CHIP Medicaid HCHD Seguro médico privado No tiene

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

- Una adolescente embarazada o con hijos
y/o
- Tiene alergia mortal a ciertos alimentos

Firma Mary Doe

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: Jane Doe Fecha de nac.: 4/3/16

Escuela: Martin Luther King Jr. E.C.C. Grado: PK

Nombre del padre, madre o tutor: Mary Doe

Teléfono de trabajo: 713797-7900 Celular: 713-777-7777 Teléfono: _____

Firma del padre, madre o tutor: Mary Doe Fecha: 5/15/2020

Fecha que la escuela recibió este documento: _____



DISTRITO ESCOLAR INDEPENDIENTE DE HOUSTON

CENTRO DE APOYO ESCOLAR HATTIE MAE WHITE
4400 WEST 18th STREET • HOUSTON, TEXAS 77092-8501

Formulario estudiantil de consentimiento para difusión a los medios

En el transcurso de este año escolar, varios estudiantes podrían ser incluidos en proyectos para promover las actividades y logros de HISD. Por ejemplo, los estudiantes pueden estar en material preparado para capacitar a los maestros y/o mejorar el interés del público y promover las escuelas a través del periódico, radio, TV, internet, DVD, carteles, folletos y otros medios.

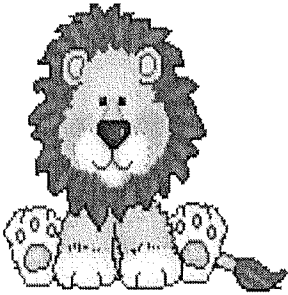
Yo, el padre, madre o tutor de Jane Doe, doy consentimiento a HISD y sus empleados, representantes y organizaciones de difusión autorizadas permiso para imprimir, fotografiar y grabar el audio, video o cualquier otro medio electrónico digital o impreso de mi hijo(a).

- a. Entiendo que HISD ni sus representantes reproducirán dichas fotografías, entrevistas o cualquier otra cosa similar para ningún propósito de lucro. También estoy consciente de que no recibiré compensación monetaria por la participación de mi hijo(a).
- b. Exento a HISD, la Mesa Directiva, sus empleados y otros representantes de cualquier otra responsabilidad, conocida o no, referente a este material.

Certifico que leí este formulario estudiantil de consentimiento para difusión a los medios y entiendo los términos y condiciones de éste.

Entiendo que si no regreso este consentimiento dentro de diez (10) días escolares de la fecha de su distribución, automáticamente doy mi consentimiento.

Por favor anote
Nombre del estudiante Jane Doe Grado PK
Dirección 3930 West Fuqua
Ciudad, estado, código postal Houston Tx 77045
Firma del padre, madre o tutor Mary Doe
Fecha 5/15/2020 Teléfono 281.777.7777



Martin Luther King, Jr.

Early Childhood Center
3930 W. Fuqua
Houston, TX 77045
713-797-7900

Permiso de fotografías en la página de internet

Estamos en el procedimiento de crear una página de internet para nuestra escuela. Nos gustaría incluir fotografías de actividades en la que participan nuestros estudiantes. Por favor firme la hoja adjunta indicando si desea o no desea que las fotografías de su hijo/a sean incluidas en la página de internet de MLK, Jr. Tan pronto nuestra página este completa, le enviaremos instrucciones de cómo acceder la misma desde una computadora

Nuestra pagina de internet

<http://es.houstonisd.org/mlkjrecc/Default.htm>

Nombre del niño/a: Jane Doe

Doy permiso de la fotografía de mi hijo/a utilizada en la página de internet de Martin Luther King, Jr. Early Childhood Center.

No deseo que la fotografía de mi hijo/a sea utilizada en la página de internet de Martin Luther King, Jr. Early Childhood Center.

Firma del padre o tutor: Mary Doe

Fecha: 5/15/2020



DISTRITO ESCOLAR INDEPENDIENTE DE HOUSTON
Encuesta de familias conectadas a las Fuerzas Armadas

Toda la información **DEBE** ser provista por un padre de familia, funcionario escolar o coordinador de la comunidad.

Escuela Martin Luther king Jr. E.C.C. Fecha 5/15/2020

Nombre del estudiante Jane Doe #ID de HISD _____

Estimado padre o tutor,

El estado de Texas requiere que las escuelas reúnan datos relacionados con las inscripciones de estudiantes conectados con las fuerzas armadas. El propósito es permitir que las instituciones de enseñanza tengan la habilidad de evaluar los elementos críticos de una educación exitosa en los niños que son dependientes de personal militar, y demostrar el compromiso del estado al personal militar y a sus hijos.

Estudiantes de Kindergarten al duodécimo (12) grado:

1. El estudiante es dependiente de un miembro activo del Ejército, la Armada, la Fuerza Aérea, el Cuerpo de Marines o la Guardia Costera de los Estados Unidos.

Sí No

2. El estudiante es dependiente de un miembro de la Guardia Nacional de Texas (Ejército, Guardia Aérea o Guardia Estatal).

Sí No

3. El estudiante es dependiente de un miembro de la reserva de las fuerzas armadas de los Estados Unidos (Ejército, Armada, Fuerza Aérea, Cuerpo de Marines o Guardia Costera).

Sí No

Alumnos de Pre-Kinder solamente:

4. El estudiante es dependiente de un miembro uniformado y en servicio activo del Ejército, la Armada, la Fuerza Aérea, el Cuerpo de Marines o la Guardia Costera, o de un miembro uniformado movilizado de la Guardia Nacional de Texas (Ejército, Guardia Aérea o Guardia Estatal) herido o muerto en el cumplimiento de su servicio activo.

Sí No



DISTRITO ESCOLAR INDEPENDIENTE DE HOUSTON

2016-2017 CUESTIONARIO DE AYUDA PARA EL ESTUDIANTE (SAQ)

Toda la información DEBE ser ingresada por uno de los padres, el personal de la escuela o el contacto de la comunidad.

Escuela Martin Luther King Jr. E.C.C. Fecha 5/15/2020
 Nombre del estudiante Jane Doe Fecha de Nacim. _____ Identificación de HISD _____
 Domicilio actual 3930 West Fugua Grado PK Masculino Femenino
 Vive con Ambos padres Madre Padre Tutor legal Encargado/Familiar con derechos legales de custodia Otro _____

¿El estudiante está actualmente bajo la tutela del Departamento de Protección y Servicios para la Familia (Foster Care)? Sí No
 Si marcó sí: Nombre del administrador del caso del DFPS _____ Información de contacto _____
 ¿El estudiante estuvo anteriormente bajo la tutela del Departamento de Protección y Servicios para la Familia (Foster Care)? Sí No

A fin de determinar elegibilidad para McKinney-Vento, es preciso completar las secciones de Situación actual de vivienda Y de Antecedentes.

Parte A: SITUACIÓN ACTUAL DE VIVIENDA DEL ESTUDIANTE: Marque la situación actual que corresponda

1. ACTUALMENTE VIVO:

- En mi casa o apartamento propio, en vivienda de Sección 8, vivienda subvencionada por HUD, o en una vivienda militar con mis padres, tutores o encargados (Si se marca esta casilla, será preciso marcar una de las casillas siguientes, o ambas, si corresponde)
- En mi hogar no ha electricidad. En mi hogar no hay agua corriente.

2. ACTUALMENTE VIVO EN UNA VIVIENDA DE TRANSICIÓN:

- En un albergue En un hotel o motel
- Con más de una familia en una casa o apartamento (compartido) debido a la situación económica desfavorable

Desamparado

- Me mudo de un lado a otro. Vivo en una estructura que por lo general no se usa para vivienda.
- Vivo en un auto, parque, campamento o al aire libre.

MENOR SOLO: Sí No (Un menor 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 que no tienen custodia de ellos, o con amigos que no tienen padre o tutor legal.)

Parte B: ANTECEDENTES (Si se marcó un tipo de vivienda de transición- se debe indicar a continuación TODO lo que corresponda.)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Enfermedad grave /gastos médicos / discapacidad | <input type="checkbox"/> Desastre natural / evacuación |
| <input type="checkbox"/> Nuevo en la ciudad | <input type="checkbox"/> Problema doméstico |
| <input type="checkbox"/> Pérdida del empleo | <input type="checkbox"/> Trabajo de migrante en pesca o agricultura |
| <input type="checkbox"/> Dificultad económica/bajos ingresos | <input type="checkbox"/> En espera de un lugar en casa de crianza (foster care)/bajo custodia de CPS |
| <input type="checkbox"/> Desalojado/expulsado | <input type="checkbox"/> Padre(s) movilizado por las fuerzas armadas |
| <input type="checkbox"/> Incendio u otro tipo de destrucción | <input type="checkbox"/> Padre/madre en la cárcel / Recién liberado |

Parte C: SERVICIOS NECESARIOS – basados en disponibilidad (Marcar los servicios necesarios abajo y comunicarse con un coordinador de servicio a la comunidad llamando al 713-556-7237.)

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ayuda para inscribirse | <input type="checkbox"/> Transporte | <input type="checkbox"/> Ropa de emergencia, uniformes |
| <input type="checkbox"/> Desayuno/Almuerzo Gratis (Nutrición Infantil) | <input type="checkbox"/> Útiles escolares | <input type="checkbox"/> Artículos de higiene personal |
| <input type="checkbox"/> Vacunas | <input type="checkbox"/> Asistencia de Medicaid/CHIP | <input type="checkbox"/> Ayuda con cupones de alimentos (SNAP) |
| <input type="checkbox"/> Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) | <input type="checkbox"/> Otros _____ | |

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

Nombre (POR FAVOR ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE): Mary Doe Firma 5/15/2020 Teléfono 713-777-7777

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) fax this form immediately to 713-556-7024.. 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.



DECLARACIÓN DE RESIDENCIA

ESTADO DE TEXAS]

CONDADO DE HARRIS]

ANTE MÍ, la autoridad firmada al pie de este documento, se presentó personalmente este día

_____ , quien declaró lo siguiente con sus propias palabras:

Mi nombre es Mary Doe y mi domicilio es 3930 West Fugue Apto. # _____ en Houston, Texas, 77 045 .

Esta es la residencia legal de Mildred Doe quien es mi mother .

Debido a circunstancias fuera de mi control, mi/s hijo/s y yo tenemos que vivir en este domicilio.

Estoy dispuesto a notificar al director de la Escuela Martin Luther King Jr. E.C.C. y al Departamento de Transferencias de HISD (Attendance Boundaries and Transfer Department) sobre cualquier cambio de dirección cuando tenga lugar.

Además estoy dispuesto a retirar a Jane Doe de la escuela en caso que se compruebe que los datos presentados en este documento son incorrectos.

CERTIFICACIÓN

Certifico que la información proporcionada es correcta y verdadera en la medida de mis conocimientos. No estoy presentando esta solicitud con el propósito de obtener algún beneficio a la admisión a una de las escuelas o programas del Distrito Escolar Independiente de Houston. Entiendo que presentar este formulario con información falsa e incorrecta podría constituir una violación de la Sección 37.10 del Código Penal del Estado de Texas.

Firmado este día 15th de May de 2020

Mary Doe
Firma del declarante

Mary Doe
Nombre del declarante en letras de imprenta

Firma del funcionario de la escuela

Student Information Rep.
Título del funcionario de la escuela



HOUSTON INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT

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

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

NAME OF STUDENT _____ STUDENT ID# _____

ADDRESS _____ TELEPHONE # _____

CAMPUS _____

1. What language is spoken in your home most of the time? _____

2. What language does your child speak most of the time? _____

Signature of Parent/Guardian Date

Signature of Student if Grades 9-12 Date

Cuestionario del idioma que se habla en el hogar

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

NOMBRE DEL ESTUDIANTE Jane Doe #ID _____

DIRECCION 3930 West TELEFONO 713-777-7777

ESCUELA MLKE.C.C.

1. ¿Qué idioma se habla en su hogar la mayoría del tiempo? Spanish

2. ¿Qué idioma habla su hijo/a la mayoría del tiempo? Spanish

Mary Doe _____
Firma del Padre/Madre/ o Representante Legal Fecha

Firma del estudiante si está en los grados 9-12 Fecha

Spanish

For school use:

Date Received