



"Where Global Learning and Academic Excellence Have a Home"

- Original documents are required copies will be made and originals will be returned
- Students enrolling in kindergarten must be 5 years of age on or before September 1st of the year in which admission is sought

Forms and Documents Needed

Enrollment Form

Food Allergy

Health Inventory

Language Form (1st -5th ONLY)

Special Populations

Home Language Survey

Birth Certificate -Hospital Birth Records, Adoption Records, Church Baptismal Certificate, Military Dependent ID, or Passport

Social Security Card (requested if student has SS#)

Complete Immunization Records

Proof of Current Address- Showing address in Kolter Elementary attendance zone.

One of the following will work:

- Electric, Gas, Or Water Bill in the name of the parent with whom student resides
- Fully Executed Lease Agreement in the name of the parent with whom student resides

Students enrolling in 1st through 5th grades will need to submit current school year report card.

Parent or Legal Guardian's ID

In case of divorce the legal court decree showing custody of child is required

Houston Independent School District

Enrollment Information

KOLTER ELEMENTARY

2023 - 2024

Homeroom Teacher:

Has student ever attended an HISD School? ☐ Yes ☐ No		Last School/Daycare Attended			
HISD Student ID	Date of Enrollment	Date of Birth	☐ Male ☐ Female		Grade
Legal Student Last Name	First Name	Middle Name	Generation (Jr., III, etc.)	Student SS# / State Alt. #	
Student Birthplace: City, State, Country		Year Started School in US	Student Lives with ☐ Mother ☐ Father ☐ Other ☐ Both Parents		
Federal Student Ethnicity (Select One) ☐ Hispanic/Latino ☐ Not Hispanic/Latino	Student Race (Select all that apply) ☐ American Indian or Alaska Native ☐ Asian ☐ Black or African American ☐ Native Hawaiian/Other Pacific Islander ☐ White				
Student Address		Street Number	Street Name	Apartment	City State Zip County
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)		Relationship	Street Number	Street Name	Apartment City State Zip
Employer	Occupation	Home Phone	Work Phone	Cell Phone	
Preferred Language	☐ English ☐ Spanish	☐ Vietnamese ☐ Other	Translator Needed? ☐ Yes ☐ No		e-mail Address
Contact #2 Name (Last, First)		Relationship	Street Number	Street Name	Apartment City State Zip
Employer	Occupation	Home Phone	Work Phone	Cell Phone	
Preferred Language	☐ English ☐ Spanish	☐ Vietnamese ☐ Other	Translator Needed? ☐ Yes ☐ No		e-mail Address
Contact #3 Name (Last, First)		Relationship	Street Number	Street Name	Apartment City State Zip
Employer	Occupation	Home Phone	Work Phone	Cell Phone	
Preferred Language	☐ English ☐ Spanish	☐ Vietnamese ☐ Other	Translator Needed? ☐ Yes ☐ No		e-mail Address
☐ CHIP ☐ Medicaid ☐ HCHD ☐ Private Insurance ☐ None			Family Physician		Physician Phone
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		TX Driver's License Number		Date of Birth (Contact 1/Legal Guardian)	
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:		



HOUSTON INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT

HEALTH INVENTORY

2023-2024

SCHOOL KOLTER ELEMENTARY

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:

- | | | |
|---|---|--|
| ☐ 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 _____

KOLTER ELEMENTARY SCHOOL

Language Choice Form 2022-2023

Grades 1-5

Dear Kolter Parents,

With Kolter being a Language Themed Magnet School, our goal is to provide a strong language foundation for your child. We are only able to do this by sustaining the language instruction throughout the child's Kolter career.

Please make a thoughtful selection by numbering first, second, and third on the list of courses below in order of preference. If only one selection is marked, a second choice will be chosen for you by space availability. Unfortunately, we are not able to grant everyone his or her first choice due to student to teacher ratios. However, every effort will be made to place your child in your first or second choice language class.

Should you have a problem with the assignment we will consider making adjustments after the first four weeks of instruction. This is to ensure a smooth beginning of school. You may notify the office as soon as you are aware of any issues.

Thank you,
Kathleen Crossett

Please indicate 1st, 2nd, or 3rd choice of language for your child.

FRENCH _____ SPANISH _____ CHINESE _____

Student's Name _____ Grade 2022-2023 _____

Sibling's Name: _____ Language Teacher: _____

Sibling's Name: _____ Language Teacher: _____

I acknowledge that my first choice in language is **not a guarantee**, and my child will be placed in either the first or second choice if space is available.

Parent's Signature _____ Date _____

**KOLTER
ELEMENTARY
COUGARS**

Special Population Survey

Please check YES or NO as to whether your child is presently or has in the past received any of the following services:

1. (G.T.) Gifted /Talented Classes _____ YES _____ NO

If yes, please send G.T. Matrix to Ms. Jones: Benne.ThomasJones@houstonisd.org

2. LEP _____ YES _____ NO

• Bilingual _____ YES _____ NO

• ESL _____ YES _____ NO

If yes, please contact Ms. Jones: Benne.ThomasJones@houstonisd.org

3. Special Education/IEP

• Resource _____ YES _____ NO

If yes, please contact Ms. Crossett: Kathleen.Crossett@houstonisd.org

• Speech _____ YES _____ NO

If yes, please contact Ms. Barry: SBarry1@houstonisd.org

• Other _____ YES _____ NO

4. 504 Services _____ YES _____ NO

If yes, please contact Ms. Jones: PMorris@houstonisd.org

5. Retained

_____ Yes _____ NO

If yes, please indicate grade. _____

Other information that you feel may be helpful.

Student Name: _____ **Grade Level Entering** _____

HOUSTON INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT

HOME LANGUAGE SURVEY

19 TAC Chapter 89, Subchapter BB, §89.1215
(Home Language Survey applicable ONLY if administered
for students enrolling in prekindergarten through grade 12)

TO BE COMPLETED BY PARENT OR GUARDIAN FOR STUDENTS ENROLLING IN PREKINDERGARTEN THROUGH GRADE 8 (OR BY STUDENT IN GRADES 9-12):

The state of Texas requires that the following information be completed for each student who enrolls in a Texas public school for the first time. It is the responsibility of the parent or guardian, not the school, to provide the language information requested by the questions below.

Dear Parent or Guardian:

To determine if your child would benefit from Bilingual or English as a Second Language program services, please answer the two questions below.

If either of your responses indicates the use of a language other than English, then the school district must conduct an assessment to determine how well your child communicates in English. This assessment information will be used to determine if Bilingual or English as a Second Language program services are appropriate and to inform instructional and program placement recommendations. If you have questions about the purpose and use of the Home Language Survey, or you would like assistance in completing the form, please contact your school/district personnel.

For more information on the process that must be followed, please visit the following website:
<https://projects.esc20.net/upload/page/0081/docs/JuneUpdates/EnglishLearnerIdentification-ReclassificationFlowchart.pdf>

This survey shall be kept in each student's permanent record folder.

NAME OF STUDENT: _____ STUDENT ID #: _____

ADDRESS: _____ TELEPHONE #: _____

CAMPUS: KOLTER ELEMENTARY

NOTE: PLEASE INDICATE ONLY ONE LANGUAGE PER RESPONSE.

1. What language is used in the child's home **most of the time**? _____

2. What language does the child use **most of the time**? _____

Signature of Parent/Guardian

Date

Signature of Student if Grades 9-12

Date

NOTE: If you believe you made an error when completing this Home Language Survey, you may request a correction, in writing, only if:
1) your child has not yet been assessed for English proficiency; and
2) your written correction request is made within two calendar weeks of your child's enrollment date.

Distrito Escolar Independiente de Houston

Formulario de Inscripción

20 23 - 20 24

KOLTER ELEMENTARY

Maestro:

¿Ha asistido el alumno a una escuela de HISD? ☐ Sí ☐ No				Última escuela o guardería que asistió					
Identificación del estudiante HISD		Fecha de inscripción		Fecha de nacimiento		Sexo ☐ Masculino ☐ 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: ☐ Madre ☐ Padre ☐ Otro ☐ Ambos Padres				
Etnia del alumno (Seleccione uno) ☐ Hispano o Latino ☐ No hispano o latino		Raza (Seleccione todos los que apliquen) ☐ Nativo americano o de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro o afro-americano ☐ Nativo de Hawai/Otra Isla Del Pacífico ☐ Blanco							
Domicilio del alumno		Número de la calle		Nombre de la calle		Apartamento		Estado Código Postal País Teléfono del hogar	
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 ☐ Inglés ☐ Español		☐ Vietnamita ☐ Otro		¿Necesita Intérprete? ☐ Sí ☐ 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 ☐ Inglés ☐ Español		☐ Vietnamita ☐ Otro		¿Necesita Intérprete? ☐ Sí ☐ 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 ☐ Inglés ☐ Español		☐ Vietnamita ☐ Otro		¿Necesita Intérprete? ☐ Sí ☐ No		Correo electrónico del tercer contacto			
¿Qué tipo de seguro médico tiene para su hijo?			Relación		Médico de la familia Teléfono del médico				
☐ CHIP ☐ Medicaid ☐ HCHD ☐ Seguro Privado ☐ Ninguno									
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			



DISTRITO ESCOLAR INDEPENDIENTE DE HOUSTON

INVENTARIO DE SALUD

2023-2024

ESCUELA KOLTER ELEMENTARY FECHA _____

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 _____ Sexo _____ Fecha nac. _____ Peso al nacer _____

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

y/o

- Tiene alergia mortal a ciertos alimentos

Firma _____

Este documento permanecerá en el Folder Cumulativo Estudiantil

KOLTER ELEMENTARY
2023-2024



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: **KOLTER ELEMENTARY** 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: _____

**KOLTER
ELEMENTARY
COUGARS**

Special Population Survey

Please check YES or NO as to whether your child is presently or has in the past received any of the following services:

1. (G.T.) Gifted / Talented Classes _____ YES _____ NO

If yes, please send G.T. Matrix to Ms. Jones: Benne.ThomasJones@houstonisd.org

2. LEP _____ YES _____ NO
• Bilingual _____ YES _____ NO
• ESL _____ YES _____ NO

If yes, please contact Ms. Jones: Benne.ThomasJones@houstonisd.org

3. Special Education/IEP
• Resource _____ YES _____ NO

If yes, please contact Ms. Crossett: Kathleen.Crossett@houstonisd.org

- Speech _____ YES _____ NO

If yes, please contact Ms. Barry: SBarry1@houstonisd.org

- Other _____ YES _____ NO

4. 504 Services _____ YES _____ NO

If yes, please contact Ms. Jones: PMorris@houstonisd.org

5. Retained

_____ Yes _____ NO

If yes, please indicate grade. _____

Other information that you feel may be helpful.

Student Name: _____ **Grade Level Entering** _____

KOLTER ELEMENTARY SCHOOL

Language Choice Form 2022-2023

Grades 1-5

Dear Kolter Parents,

With Kolter being a Language Themed Magnet School, our goal is to provide a strong language foundation for your child. We are only able to do this by sustaining the language instruction throughout the child's Kolter career.

Please make a thoughtful selection by numbering first, second, and third on the list of courses below in order of preference. If only one selection is marked, a second choice will be chosen for you by space availability. Unfortunately, we are not able to grant everyone his or her first choice due to student to teacher ratios. However, every effort will be made to place your child in your first or second choice language class.

Should you have a problem with the assignment we will consider making adjustments after the first four weeks of instruction. This is to ensure a smooth beginning of school. You may notify the office as soon as you are aware of any issues.

Thank you,
Kathleen Crossett

Please indicate 1st, 2nd, or 3rd choice of language for your child.

FRENCH _____ SPANISH _____ CHINESE _____

Student's Name _____

Grade 2022-2023 _____

Sibling's Name: _____

Language Teacher: _____

Sibling's Name: _____

Language Teacher: _____

I acknowledge that my first choice in language is not a guarantee, and my child will be placed in either the first or second choice if space is available.

Parent's Signature _____ Date _____

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: KOLTER ELEMENTARY

NOTA: INDIQUE SÓLO UN IDIOMA EN CADA RESPUESTA.

1. ¿Qué idioma 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.