Distrito Escolar Independiente de Houston

Formulario de Inscripción

20 - 20

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	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 ☐ Nativo de Hawai/Otra Isla Del Pacífico ☐ Asiático ☐ Blanco ☐ Negro o afro-americano

Domicilio del alumno	Número de la calle	Nombre de la calle	Apartamento	Estado	Código Postal	País	Teléfono del hogar

Teléfono cellular 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?

☐ CHIP ☐ *Medicaid* ☐ HCHD ☐ Seguro Privado ☐ 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

DISTRITO ESCOLAR INDEPENDIENTE DE HOUSTON

INVENTARIO DE SALUD

ESCUELA ____________________ FECHA ____________________

I Ŀ{5 Ŀ5 I ____________ ÚLTIMA ESCUELA A LA QUE ASISTIÓ ____________________

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

Nombre ____________________ Sexo ________ Fecha nac. ____ κ ____ κ ____ t I·ŘǋŜăκDdz I·ǋŘǻ I·y ________

Dirección ____________________ Teléfono ____________________

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

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

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

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

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

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

¿Cuál? ____________________

¿Para qué condición? ____________________

Otro comentario ____________________

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

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

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

- Una adolescente embarazada o con hijos Sí ☐ No ☐

y/o

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

Firma ____________________

Este documento permanecerá en el Folder Cumulativo Estudiantil

PETICIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE ALERGIAS DE ALIMENTOS

Estimados padres:

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

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

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

☐ No tengo información que reportar.

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

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

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

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nac.: _____

Escuela: _____ Grado: _____

Nombre del padre, madre o tutor: _____

Teléfono de trabajo: _____ Celular: _____ Teléfono: _____

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

Fecha que la escuela recibió este documento: _____

HOUSTON INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT

FORMULARIO DE INFORMACIÓN SOCIOECONÓMICA

Llene el formulario y entregue una copia en cada escuela donde tenga inscrito un hijo. **Escriba con tinta en letra de molde.**

CONFIDENCIAL – Solo para trámite de HISD

Houston ISD debe cumplir con el requisito de reunir datos de la situación socioeconómica de cada estudiante como indicador del desempeño en relación con el rendimiento estudiantil (TEC 39, requisitos estatales de Texas, y las Secciones 1111 y 1116 de ESEA, requisitos del Departamento de Educación de EE. UU.) y para usarlos en la asignación de fondos federales (ESEA, Sección 1113). Esta información no se comparte con agencias externas.
Es muy importante que las familias llenen este formulario para que las escuelas reciban fondos de Título I y del fondo *State Compensatory Education*. Los fondos benefician directamente a la escuela de su hijo, y se pueden usar para contratar personal, ofrecer servicios de tutoría, adquirir tecnología y brindar capacitación profesional a los maestros. Queremos seguir brindando estos apoyos necesarios para el aprendizaje, pero sin su ayuda, podría no ser posible.

Campus ECO Code:_____
For office use only

PASO 1 (Estudiantes de Houston ISD que viven en el hogar).

ID de HISD (uso de la oficina)	Nombre	Apellido	Inicial	Fecha de nacimiento	Nombre de la escuela	Grado

PASO 2

¿Recibe usted beneficios de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP)? Sí ☐ NO ☐

¿Recibe usted beneficios de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF)? Sí ☐ NO ☐

Si contestó SÍ a una de las preguntas anteriores, puede saltear el PASO 3 y pasar al PASO 4.
Si contestó NO a ambas, deberá completar los PASOS 3 y 4.

PASO 3 (Llene esta sección solamente si contestó NO a las dos preguntas del PASO 2).

¿Cuántas personas hay en su hogar **en total**? (Incluya a todos los adultos y a los niños). _____

INGRESO ANUAL TOTAL DE ***TODOS*** LOS ADULTOS (ANTES DE LAS DEDUCCIONES) _____
Incluya sueldos, salarios, prestaciones sociales, pensión alimenticia, manutención, pensiones, Seguro Social, indemnización laboral, desempleo y todas las otras fuentes de ingresos ***(antes de todo tipo de deducciones)***.

PASO 4 (Marque una de las dos casillas siguientes según corresponda y firme al pie de la página donde se indica).

En conformidad con lo dispuesto en la Enmienda de Protección de Derechos del Estudiante (PPRA) no se le requerirá a ningún estudiante, como parte de un programa financiado en su totalidad o en parte por el Departamento de Educación de EE. UU., que participe en una encuesta, análisis o evaluación que revele información relativa a los ingresos (aparte de lo requerido por ley para determinar que el estudiante puede participar en un programa, o para recibir ayuda financiera de ese programa), sin el consentimiento previo escrito del estudiante adulto o del padre o tutor.

☐ Certifico que toda la información brindada en este formulario es verdadera. Entiendo que la escuela recibirá fondos federales y será calificada en el sistema de rendición de cuentas con base en la información que yo proporcione.

☐ Elijo no proporcionar esta información. Entiendo que el desembolso de fondos federales para la escuela y la calificación de la escuela en el sistema pueden ser afectados por mi elección.

_____ Firma del padre o tutor (letra de molde)

_____ Firma del padre o tutor

_____ Fecha

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 legar. **(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
☐ Nuevo en la ciudad
☐ Pérdida del empleo
☐ Dificultad económica/bajos ingresos
☐ Desalojado/expulsado
☐ Incendio u otra destrucción
☐ Desastre Natural / evacuación
☐ Problema doméstico
☐ Trabajo de migrante en pesca o agricultura
☐ En espera de un lugar con padres temporales/ en custodia de *CPS*
☐ Padre(s) en despliegue militar
☐ 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
☐ Desayuno / Almuerzo Gratis (Nutrición Infantil)
☐ Inmunizaciones
☐ Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (*TANF*)
☐ Transportación
☐ Artículos escolares
☐ Ayuda de *Medicaid/CHIP*
☐ Uniformes, ropa de emergencia
☐ Artículos de higiene personal
☐ Ayuda con cupones de alimentos (SNAP)
☐ 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. 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.

HOUSTON INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT

CUESTIONARIO SOBRE EL IDIOMA QUE SE HABLA EN EL HOGAR

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

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

Estimado padre o tutor:

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

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

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

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

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____ NÚM. DE ID: _____

DIRECCIÓN: _____ TELÉFONO: _____

ESCUELA: _____

NOTA: INDIQUE SÓLO UN IDIOMA EN CADA RESPUESTA.

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

2. ¿Qué idioma habla 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.

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 America 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 Áfrico-**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

HOUSTON INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT

AUTORIZACIÓN Y EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD PARA MEDIOS DE COMUNICACIÓN

Este documento autoriza al Distrito Escolar Independiente de Houston (HISD) a imprimir imágenes, grabar material y fotografiar a mi hijo y utilizar el material para promocionar las actividades y logros de HISD. Esta autorización comprende la inclusión de mi hijo en material didáctico para capacitar a maestros o informar al público sobre las escuelas de HISD a través de medios digitales o impresos como: periódicos, radio, TV, páginas web, blogs, redes sociales (Facebook, Twitter, YouTube, etc.) DVD, letreros y folletos. Esta autorización incluye los trabajos de mi hijo, su nombre, su imagen y su voz.

☐ Doy fe de que soy el padre o tutor legal de _____ y **SÍ** le otorgo a HISD, a sus empleados y sus representantes la autorización para imprimir, fotografiar y grabar material que incluye a mi hijo y utilizar el material en medios electrónicos, digitales e impresos.

☐ Doy fe de que soy el padre o tutor legal de _____ y **NO** le otorgo a HISD, a sus empleados ni a sus representantes la autorización para imprimir, fotografiar o grabar material que incluye a mi hijo ni utilizar el material en medios electrónicos, digitales e impresos.

El Distrito Escolar Independiente de Houston, sus representantes, oficiales, empleados y agentes pasados, presentes y futuros quedan exentos de toda responsabilidad, reclamo, demanda, o litigio por el uso de este material.

Certifico que leí este documento y comprendo totalmente los términos y condiciones. Entiendo que puedo retractar mi autorización en cualquier momento solicitándolo por escrito al director de la escuela de mi hijo.

Escriba con letra de molde.

Nombre del estudiante _____ Grado_____

Dirección _____

Ciudad, estado y código postal_____

Nombre del padre o tutor legal _____

Escuela _____

Firma del padre o tutor legal_____

Fecha_____ Número de teléfono_____

HOUSTON INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT

ENCUESTA SOBRE LA FAMILIA

NOMBRE DEL ESTUDIANTE:	**FECHA DE NACIMIENTO:**
ESCUELA:	**GRADO:**

Estimado padre o tutor:

El Distrito Escolar Independiente de Houston asiste al estado de Texas en la identificación de los estudiantes que reúnan las condiciones necesarias para recibir servicios adicionales del Programa Educativo para Migrantes. **La información proporcionada se mantendrá confidencial.**

Por favor, responda a las siguientes preguntas y envíe este formulario a la escuela de su hijo.

1. En los últimos 3 años, ¿usted o alguien de su hogar se ha mudado de un distrito escolar a otro, dentro del estado de Texas o de Estados Unidos?

   SÍ ☐ (Pase a la siguiente pregunta). **NO ☐ (Solo llene hasta aquí y entregue la encuesta en la escuela).**

2. Si contestó "sí" a la pregunta número 1, ¿ha trabajado en la agricultura o en la pesca (por ejemplo, trabajo de campo, fábrica de enlatados, trabajo con productos lácteos, procesamiento de carnes, etc.)?

   SÍ ☐ **(Seleccione las que corresponda).** NO ☐ **(Solo llene hasta aquí y entregue la encuesta en la escuela).**

Frutas, vegetales, girasol, algodón, trigo, grano, granjas, haciendas, campos y viñedos ☐	Granja de productos lácteos ☐	Pesquería ☐	Fábrica de enlatados ☐
Granja avícola ☐	Vivero, huerto, siembra de árboles o cosecha ☐	Matadero o rastro ☐	Otros trabajos similares, por favor explique:

Si contestó "sí" a las preguntas, un representante del Distrito Escolar Independiente de Houston se comunicará con usted para proveerle más información. Por favor, provea los siguientes datos.		
Nombre del padre o tutor	**Domicilio**	**Teléfono**

— FOR SCHOOL USE ONLY—
PLEASE SUBMIT THIS INFORMATION AND FORMS AT

https://form.jotform.com/200065674657156

MIGRANT EDUCATION PROGRAM
4400 W. 18th Street, Route 1 |Houston, TX 77092 |713-556-7288
HISD Multilingual Programs | 713-556-6980 Fax | January 2020