



**Distrito Escolar Independiente de Houston
Acuerdo de Ingreso a un Programa Magnet
2021-2022**

Escuela The Rice School/La Escuela Rice

Nombre del Estudiante _____ Número de ID# _____ Grado _____

Yo (por favor escriba *su* nombre, **no el del estudiante**), _____, padre o tutor entiendo que los programas Magnet de HISD y de cada escuela en particular han establecido expectativas que los estudiantes y los padres deben cumplir durante el ciclo escolar para tener éxito y poder permanecer en el programa Magnet.

Expectativas del Programa

Calificaciones

- Grados PK-5, mantener un mínimo de un 70 en todas las materias básicas y las clases Magnet en cada ciclo de calificaciones
- Grados 6-12, mantener un promedio individual de 75 o más en todas las clases básicas y un promedio de 80 o más en todas las clases Magnet

Asistencia

- Cumplir asiduamente con la asistencia regular de acuerdo con el Código de Conducta del Estudiante de la escuela y la Sección 25.085 del Código de Educación de Texas (TEC) sobre la Asistencia Escolar Obligatoria

Comportamiento

- Adherirse al Código de Conducta Estudiantil de HISD y tener una calificación "S" o mejor en conducta
- Abstenerse de llegar tarde de acuerdo con el Código de Conducta Estudiantil del distrito y de la escuela

Temático

- Cumpla con las expectativas de Magnet para cada tema específico que se le de a cada estudiante de acuerdo con los criterios del programa Magnet, incluida la secuencia de cursos Magnet que especifica la escuela

Los estudiantes que no cumplan con las expectativas, o cuyos padres no cumplan con las expectativas, se les asignará un **Plan de Crecimiento Magnet de HISD** con una duración mínima de un ciclo de calificaciones. El plan se elabora con el propósito de ayudar a los estudiantes y a los padres a cumplir con las expectativas del programa. El comité que elabora el plan de crecimiento, integrado por profesionales de la escuela y por los padres, evaluará el progreso al finalizar el plazo especificado. El plan de crecimiento se revisa cada ciclo de calificaciones mientras está vigente, y se emplea para determinar si el estudiante podrá continuar en el programa Magnet el siguiente ciclo escolar. Todas las transferencias Magnet se otorgan por un año y solo es posible denegarlas al final del año.

TENGA EN CUENTA:

- Una transferencia Magnet es un compromiso de un año. Recibir una recomendación del comité del plan de crecimiento puede resultar en que el estudiante pierda su lugar en el programa Magnet al finalizar el ciclo escolar y deba regresar a la escuela de su zona al inicio del siguiente ciclo escolar.
- Los estudiantes no pueden participar en el programa general de la escuela para la cual recibieron una transferencia Magnet
- Todos los estudiantes están limitados a una transferencia por ciclo escolar.
- Si su hijo(a) decide retirarse **voluntariamente** el programa antes del final del ciclo escolar, solamente podrá inscribirse en la escuela de su zona de residencia, y deberá llenar un de retiro voluntario.

Por favor, indique la opción que corresponda:

- He aceptado la plaza en línea
- Por favor acepten la plaza en mi nombre**
Iniciales del Padre _____

Aceptamos cumplir con las expectativas y normas del programa según se indica en este acuerdo. Para que el acuerdo tenga vigencia se requieren todas las firmas, con la excepción de que la firma del estudiante es necesaria solamente en el caso de estudiantes de 6º grado en adelante.

Firma del estudiante

Firma del padre o tutor legal

Fecha

Firma del coordinador/consejero

Firma del director/persona asignada

Fecha



**Houston Independent School District
The Rice School/La Escuela Rice
Enrollment Information
2021-2022**

Homeroom Teacher (Maestro):

Has student ever attended an HISD School? ¿Ha asistido el alumno a una escuela de HISD?		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Last School/Daycare Attended/ Última escuela o guardería que asistió					
HISD Student ID/ Identificación del estudiante HISD		Date of Enrollment/ Fecha de inscripción		Date of Birth/ Fecha de nacimiento		Gender/ Sexo <input type="checkbox"/> Male/ Masculino <input type="checkbox"/> Female/ Femenino	Grade/ Grado		
Legal Student Last Name/ Apellido legal del estudiante		First Name/ Primer nombre		Middle Name/ Segundo nombre		Generation/ Generación (Jr., III, etc.)	Student SS# / State Alt. # Número de Seguro Social del alumno		
Student Birthplace: City, State, Country Lugar de nacimiento del alumno: Ciudad Estado País			Year Started School in US/ Año que comenzó la escuela en los Estados Unidos		Student Lives with/ El estudiante vive con: <input type="checkbox"/> Mother/ Madre <input type="checkbox"/> Father/ Padre <input type="checkbox"/> Other/ Otro _____ <input type="checkbox"/> Both Parents/ Ambos Padres				
Federal Student Ethnicity (Select One) Etnia del alumno (Seleccione uno) <input type="checkbox"/> Hispanic/Latino/ Hispano o Latino <input type="checkbox"/> Not Hispanic/Latino/ No hispano o latino		Student Race/ Raza (Select all that apply/ Seleccione todos los que apliquen) <input type="checkbox"/> American Indian or Alaska Native <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> Black or African American <input type="checkbox"/> Native Hawaiian/Other Pacific Islander <input type="checkbox"/> White							
Student Address Domicilio del alumno	Street Number Número de la calle	Street Name Nombre de la calle	Apartment Apartamento	City Ciudad	State Estado	Zip Código Postal	County País	Home Phone Teléfono del hogar	
Student Cell Phone/ Teléfono celular del estudiante					Student e-mail Address/ Correo electrónico del estudiante				
Texas Education Code §25.002(f) requires the school district to record the name, address, and birth date of the person enrolling a child. 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).									
Contact #1 Name (Last, First) Primer contacto (Apellido, Nombre)		Relationship/ Relación	Street Number Número de la calle	Street Name Nombre de la calle		Apartment Apartamento	City Ciudad	State Estado	Zip Código Postal
Employer/ Empleador		Occupation/ Ocupación		Home Phone/ Teléfono del hogar		Work Phone/ Teléfono del trabajo		Cell Phone/ Teléfono celular	
Preferred Language Lenguaje preferido <input type="checkbox"/> English/ Inglés <input type="checkbox"/> Spanish/ Español <input type="checkbox"/> Vietnamese/ Vietnamita <input type="checkbox"/> Other/ Otro _____		Translator Needed? ¿Necesita Intérprete? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		e-mail Address/ Correo electrónico del primer contacto					
Contact #2 Name (Last, First) Segundo contacto (Apellido, Nombre)		Relationship/ Relación	Street Number Número de la calle	Street Name Nombre de la calle		Apartment Apartamento	City Ciudad	State Estado	Zip Código Postal
Employer/ Empleador		Occupation/ Ocupación		Home Phone/ Teléfono del hogar		Work Phone/ Teléfono del trabajo		Cell Phone/ Teléfono celular	
Preferred Language Lenguaje preferido <input type="checkbox"/> English/ Inglés <input type="checkbox"/> Spanish/ Español <input type="checkbox"/> Vietnamese/ Vietnamita <input type="checkbox"/> Other/ Otro _____		Translator Needed? ¿Necesita Intérprete? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		e-mail Address/ Correo electrónico del primer contacto					
Contact #3 Name (Last, First) Tercer contacto (Apellido, Nombre)		Relationship/ Relación	Street Number Número de la calle	Street Name Nombre de la calle		Apartment Apartamento	City Ciudad	State Estado	Zip Código Postal
Employer/ Empleador		Occupation/ Ocupación		Home Phone/ Teléfono del hogar		Work Phone/ Teléfono del trabajo		Cell Phone/ Teléfono celular	
Preferred Language Lenguaje preferido <input type="checkbox"/> English/ Inglés <input type="checkbox"/> Spanish/ Español <input type="checkbox"/> Vietnamese/ Vietnamita <input type="checkbox"/> Other/ Otro _____		Translator Needed? ¿Necesita Intérprete? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		e-mail Address/ Correo electrónico del primer contacto					
What type of medical insurance do you carry for this child? ¿Qué tipo de seguro médico tiene para su hijo? <input type="checkbox"/> CHIP <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> HCHD <input type="checkbox"/> Private Insurance/ Seguro Privado <input type="checkbox"/> None/ Ninguno					Family Physician/ Médico de la familia		Physician Phone/ Teléfono del médico		
List the names of all brothers and sisters under 18 years of age. (If additional room is needed, write on reverse side.) Anote los nombres de todos los hermanos y hermanas menores de 18 años. (Si necesitas más espacio, escribe al reverso)									
Last, First, and Middle Names Apellido, Nombre y segundo nombre		Gender Sexo	Birthdate Fecha de nacimiento	Grade Grado	Address of This Child Dirección de este niño(a)				
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). 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 Texas									
Signature of Contact 1/Legal Guardian / Firma de la madre o tutora legal			TX Driver's License Number / Número de licencia de conducir de Texas			Date of Birth (Contact 1/Legal Guardian) / Fecha de nacimiento (madre o tutora legal)			
Signature of Contact 2/Legal Guardian / Firma del padre o tutor legal			TX Driver's License Number / Número de licencia de conducir de Texas			Date of Birth (Contact 2/Legal Guardian) / Fecha de nacimiento (padre o tutor legal)			
Total Monthly Family Income / Ingresos totales mensuales de familia:				Total Number In Household / Cantidad total de personas en el hogar:					

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 usa en la casa del estudiante **la mayor parte del tiempo**?

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

Firma del padre o tutor

Fecha

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

Fecha

AVISO: Si cree que cometió un error cuando completó esta encuesta sobre el idioma que se habla en el hogar, podrá solicitar una corrección, por escrito, solamente si:

1) todavía no se le ha administrado a su hijo la evaluación de dominio del inglés; y

2) se presenta la solicitud escrita de corrección en el lapso de las dos semanas calendario siguientes a la inscripción.



Kimberly Hobbs, Principal

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

K-5 Counselor – Crystal Thompson
6-8 Counselor –Shaniquwa Finley Carter
Magnet Coordinator – Vickie Matson

**REQUEST FOR STUDENT RECORDS
(Petición de documentos del estudiante)**

To: _____

Route: _____

**Last School Attended
Escuela en que asistió el estudiante**

Address

City, State, Zip

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

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

Student's Name: _____
Nombre del Estudiante

Birth Date: ____/____/____
Nombre del Estudiante

Entering Grade: _____
Grado entrante

**Parent Signature
Firma del padre**

**Date
Fecha**

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



DISTRITO ESCOLAR INDEPENDIENTE DE HOUSTON

INVENTARIO DE SALUD

2020-2021

ESCUELA _____ 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 _____



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: _____

Cuestionario de inscripción e historial de viajes de estudiantes

Nombre del estudiante: _____ **Fecha:** _____

1. ¿En los últimos 14 días, tú o alguien de tu familia ha vivido o viajado a un país con transmisión de coronavirus?

Sí No

2. ¿En los últimos 14 días, tú o alguien de tu familia ha tenido contacto con una persona con coronavirus confirmado?

Sí No

Nombre con letra de molde de la persona que completa el formulario

Firma de la persona que completa el formulario

Si responde Sí a cualquiera de estas preguntas, comuníquese con la clínica de salud de la escuela.

Si responde No a todas estas preguntas, continúe con el proceso de inscripción.