

Houston Independent School District

Enrollment Information

2020 - 2021

Homeroom Teacher: _____

Has student ever attended an HISD School? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		Last School/Daycare Attended			
HISD Student ID	Date of Enrollment	Date of Birth	Gender <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> Mother <input type="checkbox"/> Father <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/> Both Parents		
Federal Student Ethnicity (Select One) <input type="checkbox"/> Hispanic/Latino <input type="checkbox"/> Not Hispanic/Latino		Student Race (Select all that apply) <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 Street Number Street Name Apartment City State Zip County		Home Phone			
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 <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	
Contact #2 Name (Last, First)		Relationship	Street Number	Street Name	Apartment City State Zip
Employer	Occupation	Home Phone	Work Phone	Cell Phone	
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	
Contact #3 Name (Last, First)		Relationship	Street Number	Street Name	Apartment City State Zip
Employer	Occupation	Home Phone	Work Phone	Cell Phone	
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 type="checkbox"/> Private Insurance <input type="checkbox"/> None			What type of medical insurance do you carry for this child?		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:		

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

Escuela Secundaria Lanier

INFORMACIÓN DE EMERGENCIA Y DÍA LLUVIOSO

Favor de escribir los nombres de las personas que tienen permiso para levantar a su hijo (a) a cualquier hora del día.

Nombre de Estudiante:

Nombre de Persona Autorizada	Número de Teléfono	Parentesco al Estudiante

POR FAVOR HAGA NOTA: CUALQUIER PERSONA QUE VENGA POR SU HIJO(A) DURANTE EL DÍA **DEBERA SER MAYOR DE 18 AÑOS DE EDAD** Y DEBERA TRAER UNA IDENTIFICACIÓN CON FOTOGRAFÍA AL FIRMAR LA SALIDA DEL ESTUDIANTE EN LA OFICINA.

Firma de Padre/Madre/Guardián

Fecha



**BOB
LANIER
MIDDLE SCHOOL**
A Vanguard Magnet and International Baccalaureate World School



Encuesta de información / Solicitud de registros

NUMERO DE IDENTIFICACIÓN HISD#: _____

NOMBRE LEGAL DEL ESTUDIANTE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ GRADO ESCOLAR: 6 7 8

Nombre de la última escuela a la que asistió: _____

Dirección de Escuela: _____ TEL de La

Escuela: ____/____/____ Fax de la Escuela: ____/____/____

PARENT SECTION

Indique a continuación si su hijo alguna vez ha calificado para un programa escolar especial. **Por favor confirme rodeando SÍ o No para todo lo que corresponda.** Los padres deben proporcionar la documentación requerida en el momento de la inscripción.

Programa de educación especial	YES	NO	IEP/ARD Documentos	
Programa de discapacidad de aprendizaje 504	YES	NO	504 documentos	
Programa de ESL	YES	NO	Última tarjeta de informe / formulario ESL	
Dotados y talentosos / Vanguardia	YES	NO	Matriz de GT o última tarjeta de informe	
Programa de escuela de verano	YES	NO	Informe final de la escuela de verano	

FIRMA DE LOS PADRES REQUERIDA: _____

Al firmar este formulario, usted autoriza a escuela secundaria Bob Lanier a solicitar los registros escolares para el estudiante mencionado anteriormente.

SCHOOL SECTION

Please forward the following school records for the student listed above to:

LANIER MIDDLE SCHOOL - 057

2600 Woodhead, Houston, Texas 77098

Phone: 713-942-1900 Fax: 713-556-8675

ATTN: Shelley Bobb sbobb@houstonisd.org
HISD Route # 6

- ____ Cumulative Folder
- ____ Withdrawal Forms
- ____ Report Card (w/key to grading system)
- ____ State Standardized Test Scores
- ____ Immunization
- ____ SP. Ed./504 Acc./ESL/LEP/ELL Documentation



DISTRITO ESCOLAR INDEPENDIENTE DE HOUSTON

INVENTARIO DE SALUD

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 _____