

¿Usa gafas su niño/a? Si No

Liste Problemas de Salud y/o Alergias _____

¿Constituye la alergia o condición de salud de su niño/a una emergencia que exige atención inmediata?
Sí No

Nombre de Doctor _____

Nombre de Dentista _____

Favor de marcar toda servicia que su niño/a recibe:

IEP 504 Habla DCF Servicio de aprendizaje del idioma inglés

Ha asistido su niño/a una Pre-escuela? Sí No

Si sí, ¿por cuánto tiempo? 6 meses 1 año 2 años más de 2 años

Nombre de la pre-escuela _____

Liste nombres de hermanos _____

¿Hay algo más que debemos saber?

Firma de Padre/Madre/Guardián _____

Fecha _____

¡BIENVENIDOS A ARRSD!

Distrito Regional Escolar de Athol Royalston

Nombre de Estudiante _____ Grado _____

Favor de contestar tanto la pregunta 1 como la pregunta 2:

1. ¿Es Hispano o Latino el estudiante (Una persona de ascendencia cubana, dominicana, mexicana, puertorriqueña, sudamericana, centroamericana, o española ...a pesar de raza)?

Sí

No

2. ¿Cuál es la raza del estudiante?

Indio Americano o Nativo de Alaska (Una persona que tiene origen en cualquier de los pueblos originales de Norte, Centro o Sudamérica, y que mantiene una afiliación de tribu o lazo comunitario)

Asiático (Una persona que tiene origen en cualquier de los pueblos del Lejano Oriente, el sudeste de Asia o el Subcontinente Indio, incluso Camboya, China, India, Japón, Corea, Malaysia, Pakistán, las Filipinas, Tailandia y Vietnam)

Negro o Africano Americano (Una persona que tiene origen en cualquier de los negros grupos raciales de África)

Nativo de Hawái u otra Isla Pacífica (Una persona que tiene origen en cualquier de los originales pueblos de Hawái, Guam, Samoa, u otra Isla Pacifica)

Blanco (Una persona que tiene origen en cualquier de los originales pueblos de Europa, el Medio Este o el Norte de África)

Firma de Padre/Madre/Guardián _____ Fecha _____

Favor de voltear la página

Las leyes federales y del Estado requieren que todas las escuelas determinan la(s) lengua(s) hablada(s) en la casa de todos los estudiantes para identificar sus específicas necesidades lingüísticas. Esta información es esencial para que las escuelas provean instrucción significativa para todos los estudiantes. Si una lengua aparte del inglés se habla en casa, a ARRSD se le requiere hacer más evaluaciones de su niño/a. Favor de ayudarnos a cumplir con este importante requisito contestando las siguientes preguntas.

Información Estudiantil

_____ **Sexo** Fem. Masc.

Nombre de Pila Segundo Nombre Apellido

País de Nacimiento Fecha de Nacimiento Fecha de 1era Matriculación en Alguna Escuela de EEUU

Información Escolar

Fecha de Comenzar en la Nueva Escuela Nombre de Anterior Escuela y Pueblo Grado

Información de Padre/Madre/Guardián

<p>¿Cuál es la lengua nativa de cada padre/madre/guardián? (ponga un círculo)</p> <p>_____ (madre / padre / guardián)</p> <p>_____ (madre / padre / guardián)</p>	<p>¿Qué lengua(s) se habla(n) con su niño(a)? (ponga un círculo alrededor de uno)</p> <p>(incluya a parientes -<i>abuelos, tíos, etc.</i> - y a cuidadores)</p> <p>_____ raras veces / a veces / a menudo / siempre</p> <p>_____ raras veces / a veces / a menudo / siempre</p>
<p>¿Qué lengua comprendio y hablo primero su niño(a)?</p>	<p>¿Qué lengua usa usted más con su niño(a)?</p>
<p>¿Qué otras lenguas sabe su niño(a) (ponga un círculo alrededor de todos los que se aplican)</p> <p>_____ hablar / leer / escribir</p>	<p>¿Qué lengua(s) usa su niño(a) ? (ponga un círculo alrededor de uno)</p> <p>_____ raras veces / a veces / a menudo</p>

<p>¿Requiere usted información en forma escrita de su escuela en su lengua nativa? Sí <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/></p>	<p>¿Requiere usted intérprete/traductor en reuniones Padres-Profesores? Sí <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/></p>
<p>Firma de Padre/Madre/Guardián:</p> <p>X</p>	<p>_____/_____/20</p> <p>Fecha de Hoy: (mm/dd/aaaa)</p>