



ASHTABULA AREA CITY SCHOOLS

Forma de registro del estudiante

Completar ambas caras del formulario, por favor.

No Deje ninguna pregunta sin respuesta.

- Lakeside High School • Lakeside Junior High School
- Erie • Superior • Huron • Ontario • Michigan
- Early Learning Center

Office Use Only	
Student Number	Transportation
Grade Level	Building
Admission Date	Admission Code

Apellido legal del estudiante	Estudiante de primero nombre	Segundo nombre	Sobrenombre
-------------------------------	------------------------------	----------------	-------------

Dirección del estudiante (número de casa y nombre de calle, número del apartamento, ciudad, estado, código postal)

Fecha da nacimiento	Genero: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	Grado	SSN
---------------------	--	-------	-----

La última escuela a la que asisten? Direccion, ciudad, estado, código postal	Fecha de salida:
--	------------------

Tiene el estudiante asistió Ashtabula Area City Schools en el pasado? Si la respuesta es sí, ¿cuál es el último año asistieron?

Esta el estudiante registrandose como "suscripcion abierta" o como "escuela escogida" de otro distrito? Sí No

Sí contest sí, escribe el nombre del distrito: _____

Padres: Ustedes también son necesarios para inscribir a su hijo en su distrito de residencia

Ciudadanía: <input type="checkbox"/> Estados Unidos <input type="checkbox"/> Otro	Lugar de nacimiento (Ciudad Y Estado):
---	--

Educación especial

El estudiante tiene actualmente un IEP (el plan individualizado de la educación) Si No

Si su respuesta es "sí", someta una copia del IEP y ETR a la escuela o a la oficina del la educación especial.

Estudiante previamente recibido servicios de educación especial? Si No

Si su respuesta es "sí", grado y año que el IEP fue terminado:

Ha recibido servicios de educación especial en distritos escolares anteriormente? Si No

Habla/Lenguaje Terapia ocupacional Terapia física académicos Otro:

Ha estado el estudiante en el plan 504 en algun distrito escolar anteriormente? Si No

Si contest "si" someta una copia del plan 504 a la escuela o a la oficina del la educación especial.

¿Su hijo tiene alguna condición médica? Si No

¿Su niño tomar cualquier medicamento recetado? Si No

Información de servicio militar

Por favor informe si cualquiera de los padres es (o fue) involucrados en cualquier rama de las Fuerzas Armadas.

		Madre	Padre
1. ¿Alguna vez has servido o están actualmente sirviendo en de militar EE.UU.?	<i>Si su respuesta es sí, por favor, continuar con las preguntas 2 y 3.</i>	___ Sí ___ No	___ Sí ___ No
2. Si respondió afirmativamente a la pregunta 1 supra, seleccione qué rama de militares:	El ejército <input type="checkbox"/> la Armada <input type="checkbox"/> la Fuerza Aérea <input type="checkbox"/> los Marines <input type="checkbox"/> la Guardia Costera <input type="checkbox"/> Reservas <input type="checkbox"/>		
3. Si su respuesta es sí, ¿cuál es su estado actual?	Activo <input type="checkbox"/> La Reservas <input type="checkbox"/> la Guardia <input type="checkbox"/> Veterano <input type="checkbox"/>		

Información de los padres/tutor

Custodia del estudiante:	<input type="checkbox"/> Ambos padres <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Otro _____	
El estudiante vive con:	<input type="checkbox"/> Ambos padres <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Paso Madre <input type="checkbox"/> Paso Padre <input type="checkbox"/> Abuelos <input type="checkbox"/> Otro	
	Padre/Madre/Tutor 1	Padre/Madre/Tutor 2
Nombre		
Dirección de la calle		
Cuidad/estado/código postal		
Teléfono de la casa	(____) - _____	(____) - _____
Número de teléfono celular	(____) - _____	(____) - _____
Dirección de correo electrónico		
Nombre del empleador		
De teléfono del trabajo:		
Relación de Estudiante (Mama, papa, abuelos, tutor.)		
Por favor indica uno:	Casado Divorciado Soltero	Casado Divorciado Soltero
	Padre/Madre/Tutor 3	Padre/Madre/Tutor 4
Nombre		
Dirección de la calle		
Cuidad/estado/código postal		
Teléfono de la casa	(____) - _____	(____) - _____
Número de teléfono celular	(____) - _____	(____) - _____
Dirección de correo electrónico		
Nombre del empleador		
De teléfono del trabajo:	(____) - _____	(____) - _____
Relación de Estudiante (Mama, papa, abuelos, tutor)		
Por favor indica uno:	Casado Divorciado Soltero	Casado Divorciado Soltero
<i>Los padres/guardianes mencionados será contactado en primer lugar. Por favor lista(s) de contacto de emergencia para ser llamados en caso de que lo anterior no puede ser alcanzado.</i>	Contacto en caso de emergencia 1	Contacto en caso de emergencia 2
Nombre		
Relación de Estudiante Ejemplo: Los padrastros, abuelos, amigos, o otro		
Número de teléfono	(____) - _____	(____) - _____

Cuestionario étnico

El departamento de educacion de los estados unidos exige que al coleccionar informacion de raza/etnica, los distritos recopilen tal informacion, usando las dos partes de este cuestionario.

Nombre del estudiante _____

Fecha de nacimiento _ ___/___/___

Parte 1: CLASE ETNICA

Es el estudiant Hispano o Latino (Personas de Cuba, Mexico, Puerto Rico, sur o Centro America o de origen o cultura hispana no importando la raza.) Si No

Aunque haya contestado "si" o "no" en la parte 1, usted tambien necesita seleccionar 1 o mas grupos raciales en la parte 2.

Parte2: GRUPO RACIAL

Es el estudiante de uno o mas de los siguientes grupos raciales (marque todas las que aplique):

_____ (W) Blanco

Gente que tiene origenes en cualquiera de la gente de Europa original, Africa del norte, o Medio Oriente.

_____ (B) Americano negro o africano

Personas que tienen origenes en grupos raciales negros de Africa.

_____ (A) Asiatico

Las personas que tengan origen en cualquiera de los pueblos originales del Lejano Oriente, el sudeste de Asia o el subcontinente indio. Esta área incluye, por ejemplo, Camboya, China, India, Japón, Corea, Malasia, Pakistán, las Islas Filipinas, Tailandia y Vietnam.

_____ (I) Indio Americano O nativo de Alaska

Las personas que tengan origen en alguno de los pueblos originarios de América del Norte y América del Sur (incluyendo América Central) y que mantienen su pertenencia tribal o accesorio de la comunidad.

_____ (P) Nativos de Hawai o de las Islas del Pacifico

Las personas que tengan origen en cualquiera de los pueblos originales de Hawai, Guam, Samoa u otras islas del Pacifico.

_____ Padre O Tutor SE NIEGA A LA LISTA DEL NIÑO grupo racial y étnico

I (padre, madre o tutor) negarse a designar la etnicidad de mi hijo y entiendo que el distrito escolar es requerido por el Departamento de Educación de los Estados Unidos para determinar el origen étnico de mi niño, sobre la base de su observación de la estudiante.

Firma del padre o tutor _____

Fecha ___/___/___

FOR SCHOOL USE ONLY WHEN PARENT REFUSES TO LIST CHILD'S ETHNICITY AND RACIAL GROUP ABOVE

_____ Hispanic/Latino _____ White _____ Black or African American _____ Asian

_____ American Indian or Alaskan Native _____ Native Hawaiian or Other Pacific Islander

Name of School District Employee determining child's ethnicity (please print) _____

Employee Signature: _____ Date: ___/___/___



www.aacs.net

ASHTABULA AREA CITY SCHOOLS

2630 West 13th Street • Ashtabula, Ohio 44004-2405 • Phone: (440) 992-1200

Board of Education

Steve J. Candela • Alfred R. DeCato, M.D. • James A. Hudson • Christine N. Seuffert • Janine M. Trebuchon-Wertz

Central Registration Office • Huron Primary School • 2300 Wade Ave • Ashtabula, Ohio 44004
Phone: (440) 992.1234 • Fax: (440) 992.1232 • E-mail: jill.applebee@neomin.org

Queridos padres y tutores,

Su hijo(a) va a asistir a kindergarten, las regulaciones de estado requieren que todos los niños(as) registrados en las escuelas del área de Ashtabula (AACCS) tengan los siguientes documentos.

_____ Certificado de nacimiento

_____ Tarjeta de seguro social

_____ Record de vacunas

_____ Comprobante de dirección (factura de teléfono, agua, luz, gas, renta, etc.)

_____ Papeles de custodia en caso de ser necesarios

Estos documentos deberán se entregados antes de que su hijo(a) pueda asistir a clases.

Superintendent: Joseph F. Donatone
Phone: (440) 992-1202 • FAX: (440) 992-1209
E-mail: joseph.donatone@neomin.org

Treasurer: William W. Hill
Phone: (440) 992-1210 • FAX: (440) 992-1209
E-mail: william.hill@neomin.org

We are an equal opportunity employer who fully and actively supports equal access for all people, regardless of Race, Color, Religion, Gender, Age, Sexual Orientation, National Origin or Disability.

Ashtabula Area City Schools

BOARD OFFICES • 2630 W 13th Street • Ashtabula, Ohio • 44004 • Phone (440) 992-1200

RECORDS RELEASE REQUEST

- Lakeside High School Guidance**
6600 Sanborn Rd
Ashtabula, OH 44004
Phone: 440.993.2528
Fax: 440.993.2484
Email: tamara.potter@aacs.net
- Lakeside Junior High School**
6620 Sanborn Rd
Ashtabula, OH 44004
Phone: 440.993.2618
Fax: 440.993.2647
Email: diane.gentile@aacs.net
- Lakeside Erie Intermediate School**
2306 Wade Ave
Ashtabula, OH 44004
Phone: 440.992.1260
Fax: 440.992.1262
Email: sheryl.cerni@aacs.net
- Lakeside Superior Intermediate School**
2308 Wade Ave
Ashtabula, OH 44004
Phone: 440.992.1270
Fax: 440.992.1272
Email: carmella.gardner@aacs.net
- Lakeside Huron Primary School**
2300 Wade Ave
Ashtabula, OH 44004
Phone: 440.992-1230
Fax: 440.992-1232
Email: patricia.mcneil@aacs.net
- Lakeside Ontario Primary School**
2302 Wade Ave
Ashtabula, OH 44004
Phone: 440.992-1240
Fax: 440.992-1242
Email: kathleen.manyo@aacs.net
- Lakeside Michigan Primary School**
2304 Wade Ave
Ashtabula, OH 44004
Phone: 440.992-1250
Fax: 440.992-1252
Email: mary.duff@aacs.net
- AACS Early Learning Center**
2630 W 13th Street
Ashtabula, OH 44004
Phone: 440.992.1280
Fax: 440.992.1222
Email: nicole.smith@aacs.net
- Central Registration Office**
2630 W 13th Street
Ashtabula, OH 44004
Phone: 440.992-1234
Fax: 440.992-1232
Email: amanda.steel@aacs.net

Date of 1st Request _____ 2nd Request: _____

Parent/Guardian: Please fill in 'BOLD' boxes only:

(From) School: _____

Address: _____

City, State, Zip: _____

Phone: _____

Fax: _____

**← SCHOOL RECEIVING REQUEST: Please mail, E-mail, or Fax
all pertinent school records to the school checked. If none checked, send to
Central Registration Office.
Attention: SCHOOL RECORDS**

Student Name: _____

Student Date of Birth: _____

Please provide SSID: _____

We are requesting the following records to aid in present and future educational decisions:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> All items in student's file | <input type="checkbox"/> Transcript of Previous Credits/Grades |
| <input type="checkbox"/> Birth Certificate | <input type="checkbox"/> Withdrawal Grades |
| <input type="checkbox"/> IEP | <input type="checkbox"/> Standardized Testing Information |
| <input type="checkbox"/> ETR | <input type="checkbox"/> Career Passport |
| <input type="checkbox"/> Immunization/Health Record | <input type="checkbox"/> Other _____ |
| <input type="checkbox"/> Dates of Attendance | _____ |
| <input type="checkbox"/> SS # | _____ |
| <input type="checkbox"/> Custody Papers | _____ |

According to the Final Regulations-Family Rights and Privacy Act, Buckley Amendment, it is no longer necessary to obtain written consent to release records between schools. It states that school officials may receive a student's records without consent for such release. However, it is the intention of the Ashtabula Area City School District to obtain signatures upon registration.

Parent Signature _____ **Date** _____

Comments: _____

ASHTABULA AREA CITY SCHOOLS
Actualización del historial médico del estudiante

Nombre del estudiante _____

Por favor, marque la casilla correspondiente si su hijo experimenta lo siguiente:

- Alergias a** **Los alimentos** **Las picaduras de abejas** **Medicación** **Otros**
Allergies to Food Bee stings Medication Other

Describir la reacción: _____
Reaction

Por favor, especifique lo que su hijo es alérgico: _____
Specify what your child is allergic to

Tratamiento para la reacción alérgica: _____
Treatment for allergic reactions

- ¿Su hijo tiene un estuche de epinefrina (Epipen)** **Sí** **No**
Does your child have an Epipen?
- Si la respuesta es sí, va a traer uno para mantener en la escuela?** **Sí** **No**
Will you provide one to use at school?
- El asma** **¿Su niño use un inhalador?** **Sí** **No**
Asthma Does your child use an inhaler?
- La diabetes** **Insulino dependiente?** **Sí** **No**
Diabetes Insulin dependent?
- El estudiante será capaz de tratar médicamente a sí mismos?** **Sí** **No**
Is student able to care for themselves?
- Epilepsia o convulsiones** **Será necesario que el medicamento para estar en la escuela?** **Sí** **No**
Epilepsy/seizures Will medication be needed at school?
- Ninguna de las anteriores.**
None of the above

- **Una forma del medicamento debe ser completado y devuelto antes de cualquier medicamento puede ser dispensado en la escuela. El formulario está disponible en nuestro sitio web o puede obtenerse de la oficina de la enfermera escolar.**

Los hermanos/hermanas en el distrito

Nombre/Grado	Nombre/Grado	Nombre/Grado

Ashtabula Area City Schools
Formulario Información de despido

Today's Date	Effective Date

(Grades K-6 only) Dismissal Type – Check ONE BOX only

Sírvase indicar con una "x"	
<input type="checkbox"/>	Nuevo estudiante / New Student
<input type="checkbox"/>	Volviendo estudiante / Returning
<input type="checkbox"/>	Permanent Dismissal Change Type
<input type="checkbox"/>	Alternate AM and/or PM address (AM/PM alternate addresses must be submitted in writing and approved by the Transportation Supervisor only. Restrictions definitely apply.)

<input type="checkbox"/>	Autobús / Bus rider
<input type="checkbox"/>	Caballo en coche / Car rider
<input type="checkbox"/>	Daycare (Parent must set up transportation with selected Daycare.) <input type="checkbox"/> ABC Childcare <input type="checkbox"/> YMCA <input type="checkbox"/> Burns Kids College <input type="checkbox"/> A Kids Only
<input type="checkbox"/>	Discovery Cove Childcare Program (K-3 only) (Parent must set up with ASD. More information available upon request.)

Por favor, rellene únicamente la información que usted sabe - Secretario rellenará todas las zonas grises.	
Student ID #	Nombre del estudiante
Grado	School
Dirección donde vive	
Alternate A.M. Address	Name and phone # of Daycare
Alternate P.M. Address	Name and phone # of Daycare
Bus Stop Pick up location	
Bus Stop Drop off location	

Inscripción para aquellos que viajan en coche: (For grade K – 6 only)

Todos los padres recibirán un pase para los estudiantes listados a continuación. Grado: 4-6 sólo.

Grados K-3: Lista de todos los hermanos (as) que serán despedidos con este pase.

Nombre del niño	Grado	Nombre del niño	Grado	Car Pass #
1.		3.		
2.		4.		

Grados 4-6: Lista de todos los hermanos (as) que serán despedidos con este pase.

Nombre del niño	Grado	Nombre del niño	Grado	Car Pass #
1.		3.		
2.		4.		

No escribir debajo de esta línea

A.M. Bus #		Approx. Pick up Time	
P.M. Bus #		Approx. Drop off time	

Ashtabula Area City Schools

BOARD OFFICES * 2630 w 13TH Street * Ashtabula, Ohio * 44004 * Phone (440)992-1200

Declaración de residencia - Parte 2 (vivir con otra familia)

Si usted y su familia son "**vivir con**" un amigo/familiar/otros dentro del distrito de AACCS, debe tener la persona que está viviendo con relleno en este lado de la forma antes de la matrícula estudiantil.

Prueba de residencia declaración jurada:

I, _____
(imprimir) el dueño de la propiedad Nombre

de, _____
del propietario dirección de impresión

Estado que, _____
(Imprimir) los nombres de todas las personas que viven en su hogar

Residir(s) conmigo en la dirección antes mencionada. Puedo atestiguar el hecho de que esta residencia no está dentro de la **Autoridad de Vivienda Metropolitana Ashtabula (AMHA)** o **Harbour Ridge propiedades** si he escrito el permiso de la administración.

Me han proporcionado una **prueba de residencia** (utilidad actual factura o declaración de hipoteca)

Declaración Notarial

En este _____ día de _____, _____, delante de mí, _____,
Mes Año Notary Public

el infrascrito notario público, personalmente apareció _____,
Propietario

_____, y demostrado a mí sobre la base de evidencia satisfactoria
Padre/madre/tutor del niño

para la persona cuyo nombre está suscrito a dentro del instrumento y reconoció a mí que él/ella ejecutó el mismo para los fines indicados.

Firma del propietario

Fecha

Firma del padre/madre/tutor

Fecha

Notary Public Signature

Date

My Commission expires: _____

*Place notary seal above
REV 10/2017

Ashtabula Area City Schools		<i>Date:</i>	
Home Language Survey		<i>School:</i>	<i>Grade:</i>
SECCIÓN A: Información del estudiante: Para ser completado por los padres/tutores			
Apellido:		Nombre (primer)	Segundo nombre:
Fecha de nacimiento:			
Lugar de nacimiento: Ciudad		Estado:	País:
Apellido paterno nombre:		Nombre del padre:	
Apellido materno nombre:		Nombre de la madre:	
Dirección residencial			
Ciudad:		Estado:	Zona postal:
Teléfono del hogar:	Celular:	Teléfono del trabajo:	
Email Address:			
¿ Qué idioma habló su hijo/hija cuando él/ella aprendió hablar?			
¿ Qué idioma utiliza su hijo/hija normalmente en el hogar?			
¿ Qué idioma usa para hablar normalmente con su hijo/hija?			
¿ Qué idioma hablan más a menudo los adultos en su hogar?			
¿Qué fecha ingresó su hijo/hija al sistema escolar de EE.UU.? Mes _____ Día _____ Año _____			
PADRES/ENCARGADOS:			
<p>Todo niño(a) cuyo idioma nativo, o el idioma del hogar, no es el inglés debe ser evaluado con una prueba de competencias en inglés. Estudiantes que no tienen habilidades competentes son elegibles para instrucción adicional para ayudarles con las destrezas en inglés necesario para el éxito en la escuela. Nuestro distrito tiene un programa para ayudar a su niño(a) aprender inglés y así lograr el progreso académico. Si su hijo/hija necesita una evaluación de competencia en el idioma de inglés, los resultados de la prueba se enviarán a su hogar en treinta días. Haga el favor de responder a las preguntas siguientes, si quiere dialogar sobre este programa de inglés o tiene preguntas de la prueba.</p> <p>No quiero que alguien me explique la prueba o el programa antes del examen. _____</p> <p>Quiero que alguien me explique la prueba o el programa antes del examen _____</p>			
<p>SECTIONS B ACTION TO BE TAKEN BY THE DISTRICT If the answer to any of the first four questions above is a language other than English, indicate the student's native/home language in EMIS Student Data Element (2.1.1.21), and proceed to assess the student's English language proficiency. Send a copy of this form along with the LEP Assessment Notification Request to the Language Assessment Office.</p>			
Date Received by Language Assessment Office:		Student ID:	

Ashtabula Area City Schools
Home Language Survey

Date:

School:

Grade:

SECTION A: STUDENT INFORMATION: To be completed by Parent/Guardian

Student Last Name:		First Name:	Middle Name:
Date of Birth:			
Place of Birth: City:		State:	Country:
Father/Guardian Last Name:		First Name:	
Mother/Guardian Last Name:		First Name:	
Home Address:			
City:		State:	Zip Code:
Home Phone:	Cell Phone:	Work Phone:	
Email Address:			

What language did your child speak when he/she first learned to talk?

What language does your child use the most at home?

What language do you use most often to speak to your child?

What language do the adults at home most often speak?

What date did your son/daughter enter the U.S. schools? Month _____ Date _____ Year _____

PARENTS/GUARDIANS

All students whose native or home language is other than English, are required to take an English competency test. Students who are not fully proficient are eligible for additional help with acquiring the English skills one needs to become successful in school. Our district has a program designed to provide assistance for these students. The results of the English skill evaluation test your child will take, if his or her native or home language is other than English, will be sent to your home within thirty days. Please indicate below if you would like to discuss the test or the program with someone from the district before the test is given.

No, I don't wish to discuss the test, or program before the test is given to my child _____.

Yes, I would like to discuss the test, or program before the test is given to my child _____.

SECTIONS B ACTION TO BE TAKEN BY THE DISTRICT If the answer to any of the first four questions above is language other than English, indicate the student's native/home language in EMIS Student Data Element (2.1.1.21), and proceed to assess the student's English language proficiency. **Send a copy of this form along with the LEP Assessment Notification Request to the Language Assessment Office.**

Date Received by Language Assessment Office:

Student ID:

HISTORIA DE SALVD Y PERSONAL DE ADMISION A LA ESCUELA

ID# _____ EDIFICIO _____ GRADO _____ FECHA _____

Apellido del Estudiante, Nombre, Segundo Nombre _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____ Sexo _____

Dirección _____ Teléfono _____

El Nombre del padre biológico _____ Nombre del padrastro o tutor _____

El Nombre de la Madre biológico _____ Nombres y relación de otros adultos en casa _____

Escriba los nombres y fechas del nacimiento de odos los niños que viven en el hogar			
_____	____/____/____	_____	____/____/____
_____	____/____/____	_____	____/____/____
_____	____/____/____	_____	____/____/____
_____	____/____/____	_____	____/____/____

Idiomas además del inglés que se hablan en el hogar _____

Fuente de ingresos: Empleo TANF Medicaid SSI Otro
 Compruebe por favor todo el que aplíquese

HISTORIA

I. Duración del embarazo en meses _____

¿Durante el embarazo de este niño(a) usted:

Experimento alguna enfermedad **Sí** **No** _____

Fumo **Sí** **No** Consumió Alcohol **Sí** **No** uso drogas **Sí** **No** _____

¿Tomo algún medicamento además de vitaminas? **Sí** **No** Nombre de medicaciones _____

Horas en el alumbramiento _____ Entrega: Vaginal cesárea Anestesia: **Sí** **No**

Complicaciones: _____ Peso del niño(a) al nacer _____

¿Recibió el bebé el oxigeno en el nacimiento? **Sí** **No**

II. HISTORIA DE DESARROLLO (A que edad ocurrió lo siguiente)

Se sentó solo _____ Camino solo _____ Dijo palabras _____

Dijo oraciones _____ Control de la orina _____ Control de sus necesidades _____

¿Qué mano uso el niño primero? Izquierda Derecha Cual usa ahora: Izquierda Derecha

Tiene el niño(a) algunos de los siguientes problemas: Habla **Sí** **No** de visión **Sí** **No** Audición **Sí** **No**

Que tipo de bebe es emocionalmente: Contento **Sí** **No** Lloro mucho **Sí** **No** Duerme bien **Sí** **No**

Si usted contesto "si" a cualquiera de las preguntas en las secciones I o II, por favor explique:

III.

A. SALUD GENERAL DEL NIÑO(A): BUENA DECENTE POBRE NO ESTOY SEGURO

B. ¿HA TENIDO NIÑO(A)?: (Si usted contesta sí a cualquiera de los siguientes, por favor explique abajo.)

1. **Sí** **No** Fiebres altas a qué edad _____ Temperatura _____ Duración: _____
2. **Sí** **No** Enfermedades graves, operaciones, accidentes (escriba las fechas) _____
3. **Sí** **No** Heridas en la cabeza, Ataques epilépticos, convulsiones _____
4. **Sí** **No** Alergias (a medicinas, comidas, insectos): _____
5. **Sí** **No** Medicamentos actualmente _____
6. **Sí** **No** Medicamentos en el pasado _____
7. **Sí** **No** Resfriados, tos, dolor en los oídos, sagrado de la nariz problemas respiratorios
8. **Sí** **No** Accidentes del día o de la noche (orinarse o ensuciar, infecciones de la vejiga) _____
9. **Sí** **No** Problemas dentales: _____ **Sí** **No** Cuidado dental regular
10. **Sí** **No** Otras preocupaciones de salud _____

Si usted contesto "sí" a cualquiera de las preguntas de la parte de arriba por favor explique:

INFORMACIÓN DE CARÁCTER GENERAL

- Sí** **No** ¿Ha habido cambios importantes en las situación de la familia en los últimos años (muerte, divorcio, cambio de domicilio)?
- Sí** **No** ¿Hay antecedentes familiares de problemas de aprendizaje o de comportamiento?
- Sí** **No** ¿Su niño(a) tiene alguna inhabilidad que, al mejor de su conocimiento, lo limitara de participar en el programa regular de la escuela?
- Sí** **No** ¿Su niño asiste a pre-escolar o pre-kínder?

Si usted contesto "sí", a cualquiera de las preguntas de la parte de arriba, por favor explique.

¿Cuál es el del más alto nivel de educación de los padres? Padre: _____ Madre _____

Brevemente, describa su experiencia de la escuela: _____

DECLARACIÓN DEL PADRE/TUTOR: Yo personalmente he proveído la información en la parte de arriba y a testifico que es verdad y que es completa al mejor de mi conocimiento.

Firma y relación al estudiante

Fecha