

CHAMPAIGN COMMUNITY SCHOOL DISTRICT #4

NEW HIGH SCHOOL STUDENT REGISTRATION FORM

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN PARA ESTUDIANTES NUEVOS DE LA PREPARATORIA

AÑO ACADÉMICO: 20__ - 20__

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Nombre del Estudiante:

Apellido Nombre Iniciales del 2do nombre

Fecha de Nacimiento:

Mes/Día/Año

Sexo:

Femenino

Masculino

Domicilio:

domicilio, Ciudad, Código Postal

Teléfono de Casa:

()

Grado:

Última Escuela y Grado de Asistencia:

ORIGEN ÉTNICO: Hispano No Hispano

RAZA: SELECCIONE UNA O MÁS

- (01) Blanco (02) Negro o Afro Americano (04) Asiático (05) Nativo Americano/de Alaska (06) Nativo de Hawái/Islands del Pacifico

HIJOS DE PERSONAL MILITAR DE ESTADOS UNIDOS

¿El padre/guardián está activamente desplegado o anticipa un despliegue durante este año escolar?

Si No

RECIBIO SERVICIOS DE EDUCACIÓN ESPECIAL O UN 504:

SI No

Cuáles servicios recibió

INFORMACIÓN DE LA FAMILIA

Vive con:

Padres

Solamente la madre

Solamente el padre

Guardián

Abuelos

Padres de crianza

Guardián 1:

Apellido

Nombre

Correo

Electrónico:

Uno por familia

Nombre del lugar de trabajo:

Teléfono del trabajo/durante el día:

()

Número de Celular:

()

Guardián 2:

Apellido

Nombre

Correo

Electrónico:

Domicilio:

Dirección solo si es diferente del Guardián 1

Nombre del lugar de trabajo:

Teléfono del trabajo/durante el día:

()

Número de Celular:

()

EL IDIOMA INDICADO EN LA ENCUESTA SOBRE EL IDIOMA QUE SE HABLA EN CASA:

RECIBIO SERVICIOS DE INGLES COMO SEGUNDO IDIOMA EN SU ESCUELA ANTERIOR: SI NO

PAÍS DE ORIGEN/NACIMIENTO: FECHA DE INGRESO A UNA ESCUELA EN LOS ESTADOS UNIDOS POR PRIMERA VEZ:

Liste otros niños de edad escolar:

Nombre Escuela Grado Nombre: Escuela Grado

Nombre Escuela Grado Nombre: Escuela Grado

INFORMACIÓN DE EMERGENCIA

Contacto de Emergencia:

Nombre

Relación

Número de teléfono durante el día

Medicamentos diarios:

¿El medicamento será administrado durante las horas de escuela?

Si No

Restricciones de Salud:

Médico Familiar:

Teléfono:

()

IMPORTANTE: En caso de una extrema emergencia médica su hija/o será llevado en ambulancia al hospital que usted indique a continuación. Por favor seleccione un hospital y firme su nombre.

Carle Trauma Center

Presence Covenant Medical Center

Firma del Padre/Guardián:

En caso de un incidente menor, se hará el esfuerzo para comunicarnos con usted para hacer lo que usted nos indique. Todos los gastos médicos serán responsabilidad del/los padre/padre(s)/guardián(es).

***¿Su hija/o está actualmente expulsado de su distrito anterior? Si No

Firma del Padre/Guardián: _____

Fecha _____

Yo certifico que la información proporcionada en este formulario es verdadera.

Champaign Community Unit District #4 Schools
Verification of Residence Form (9-12)
Formulario de Verificación de Domicilio (9-12 grado)

DEBE SER COMPLETADO POR EL PADRE/GUARDIAN

Estudiante _____ Grado _____

Padre(s)/ Guardián(es) Legal(es) _____

Número total de adultos en el hogar _____ Número total de niños en el hogar _____

Domicilio _____

Número de teléfono de casa _____ Número de teléfono del trabajo _____

Firma del Padre/Guardián: _____ Fecha: _____

PARA EL USO ÚNICO DEL PERSONAL ESCOLAR

- 1. Student is living with parent(s) at the address stated above. (May proceed with registration.)
- 2. Student is living with legal guardian at the address stated above. A certified copy of the court order establishing guardianship was received declaring the district resident to be the legal guardian of the student, and further declaring that the guardianship was formed for a purpose other than establishing residency for school district and educational purposes. (May proceed with registration.)
- 3. Student is living with custodial adult or relative other than parent/legal guardian. (Do not proceed with registration – refer to Director of Student Services at the District Office.)
- 4. Unable to determine residence or custody. (Do not proceed with registration – refer to Director of Student Services at the District Office.)

ITEMS USED TO VERIFY RESIDENCE (two required):

NOTE: If parent/guardian cannot furnish item(s) listed below, refer to Director of Student Services at the District Office.

- 1. Apartment or house lease or home purchase agreement
- 2. Mortgage documents/property deed/payment record/building permit (60 days occupancy)
- 3. Voter's registration card
- 4. Current driver's license
- 5. Other documents acceptable to administration (current utility bills are acceptable)

Signature of School Representative: _____ Date: _____



E.H. Mellon Administrative Center

703 S. New Street
Champaign, Illinois 61820-5818

Telephone: (217) 351-3800
FAX: (217) 351-3871

Nombre del Estudiante: _____ Escuela: _____ Entrando al Grado: _____

Nombre/relación de la persona que está llenando este formulario: _____ Fecha: _____

HISTORIA DE SALUD DEL ESTUDIANTE

El Distrito Escolar de Champaign Unidad 4 reconoce el rol importante de la salud y bienestar físico de su hijo en el entorno de aprendizaje. Por favor tome unos minutos para completar esta breve encuesta de salud.

(Circulé Sí o No)

- | | | |
|---|-----|----|
| 1. ¿Ha sido su hijo diagnosticado con asma? | Sí* | No |
| 2. ¿Tiene su hijo alergias?
Alérgico a _____
Reacción _____
¿Requiere su hijo el “EpiPen”? | Sí* | No |
| 3. ¿Su hijo a sido diagnosticado con epilepsia o
con una enfermedad de convulsiones? | Sí* | No |
| 4. ¿Tiene su hijo diabetes? | Sí* | No |
| 5. ¿Tiene su hijo anemia drepanocítica o
de células falciformes (sickle cell)? | Sí* | No |

*** ¿Si usted contestó sí a cualquiera de las preguntas anteriores, por favor pida y complete un plan de acción o un plan de tratamiento médico! ***

- | | | |
|---|----|----|
| 6. ¿Tiene su hijo alguna discapacidad o limitación física?
Si contestó sí, por favor explique: | Sí | No |
|---|----|----|

- | | | |
|---|-----|----|
| 7. ¿Necesita su hijo tomar medicamentos durante el horario escolar? | Sí* | No |
|---|-----|----|
- Si contestó sí, por favor complete y devuelva a la oficina de la escuela el formulario de “Permiso para autorizar al personal para administrar/ distribuir medicamentos durante el horario escolar”.**

- | | | |
|--|----|----|
| 8. ¿Hay algunas otras preocupaciones que usted quisiera que nosotros
conociéramos sobre la salud de su hijo en la escuela?
Si contestó sí, por favor explique: | Sí | No |
|--|----|----|

Champaign Community Unit 4 Schools

*Military Recruiter and Postsecondary Institutions Receiving Student Directory Information
(Reclutadores militares e instituciones postsecundarias que reciben la información del directorio estudiantil)*

Ocasionalmente, reclutadores militares e instituciones postsecundarias solicitan los nombres, números de teléfono y direcciones de nuestros estudiantes de secundaria. La escuela debe proporcionar esta información a menos que el padre/guardián solicite que la información no sea compartida sin su previo consentimiento por escrito. Dicha información puede incluir el nombre, la dirección, número de teléfono, sexo, nivel de grado, fecha y lugar de nacimiento del estudiante, nombres y direcciones de los padres/guardianes.

IMPORTANTE: Si usted no desea que los reclutadores o instituciones postsecundarias reciban esta información, por favor complete el formulario a continuación.

DEBE SER ENTREGADA AL DIRECTOR DE LA ESCUELA

Por favor NO proporcione el nombre, dirección, número de teléfono, sexo, nivel de grado, fecha y lugar de nacimiento de mi hijo/a y los nombres y direcciones de los padres/guardianes a (por favor marque todas la que aplican):

- Reclutadores Militares (Military Recruiters)
- Instituciones Postsecundarias (Postsecondary Institutions)

Nombre del Estudiante

Número de Identificación del Estudiante

Nombre completo del Padre/Guardián

Firma del Padre/Guardián

Nuevo E.E.U.U. Departamento de Educación Normas de Información de Raza y Etnicidad

FORMULARIO DE COLECCIÓN DE DATOS

Tenga en cuenta: Los padres o guardianes (tutores) deben responder a las dos preguntas (Parte A y Parte B). Si los padres o guardianes (tutores) no quieren responder a cualquiera de las preguntas (Parte A y Parte B), se requiere los empleados del distrito escolar proveer la información que le falta por identificación observadora.

Nombre del estudiante: _____
(PRIMER NOMBRE)

INSTRUCCIONES: Este formulario tiene que ser llenado por los padres o guardianes del estudiante, y debe ser contestado. La parte A pregunta sobre la etnicidad del estudiante y Parte B pregunta sobre la raza del estudiante. Si usted no desea a responder a cualquiera de las preguntas, se requiere el distrito escolar a proveer la información que le falta por identificación observadora.

Parte A. ¿Es el estudiante Hispano/Latino? (Una persona de Cubano, Mexicano, Puertorriqueño, Sud o Central Americano, u otra cultura española u origen, a pesar de la raza. **Escoja solamente uno.**

- No, no Hispano/Latino**
- Si, Hispano/Latino**

La pregunta arriba trata de etnicidad, no raza. No importa cual respuesta usted selecciona, continúe y responda a la pregunta debajo por marcando uno o más boxeos para indicar lo que usted considera ser la raza del estudiante.

Parte B. ¿Qué es la raza del estudiante? **Escoja uno o más.**

- 5 **Indígena de América o Nativo de Alaska** (Una persona con orígenes en cualquiera de los pueblos originales de América del Sur y del Norte, incluyendo América Central, y la quien mantiene una afiliación tribal o asociación con la comunidad.)
- 4 **Asiático** (Una persona con orígenes en cualquiera de los pueblos originales del Este Lejano, Sureste Asia, o el subcontinente Indígena incluyendo, por ejemplo, Camboya, China, India, Japón, Corea, Malasia, Pakistan, las islas Filipinas, Tailandia, y Vietnam.)
- 2 **Negro o Afro-Americano** (Una persona con orígenes en cualquiera de los grupos raciales negros de África)
- 6 **Nativo de Hawai u Otras Islas del Pacífico** (Una persona con orígenes en cualquiera de los pueblos originales de Hawai, Guam, Samoa, u otras Islas Pacíficas.)
- 1 **Blanco** (Una persona con orígenes en cualquiera de los pueblos de Europa, el Este Medio, o África del Norte.)

Tenga en cuenta: La información coleccionada en este formulario debe mantenerse por el distrito escolar por tres años. Sin embargo, cuando hay litigación, una petición, una revisión, u otra acción involucrando este archivo, las respuestas originales deberán ser conservadas hasta la compleción de la acción.

Illinois Junta Estatal de Educación, División de Análisis de Datos y Presentación de Informes Diciembre 2009

****Firma del padre/guardián (tutor):** _____ **Fecha:** _____

Home Language Survey

Student's Name: _____

Parent/Guardian Signature: _____

Date: _____

ENGLISH

1. Is a language other than English spoken in your home? No Yes _____ (specify language)
2. Does your child communicate in a language other than English? No Yes _____ (specify language)
3. Which language did your child learn first? _____ (specify language)
4. In which language do you prefer to receive information from the school? _____ (specify language)
5. What is your relationship to the child? Father Mother Guardian Other (specify) _____

ESPAÑOL (SPANISH)

1. ¿Se habla otro idioma que no sea el inglés en su casa? No Sí _____ (especifique idioma)
2. ¿Habla el estudiante un idioma que no sea el inglés? No Sí _____ (especifique idioma)
3. ¿Cuál fué el primer idioma que aprendió su hijo/a? _____ (especifique idioma)
4. ¿En que idioma prefiere recibir comunicaciones de la escuela? _____ (especifique idioma)
5. ¿Cuál es su relación con el estudiante? Padre Madre Guardián Otro (especifique) _____

FRANÇAIS (FRENCH)

1. Parle-t-on une autre langue que l'anglais chez vous ? Non Oui _____ (veuillez préciser la langue)
2. Votre enfant parle-t-il une autre langue que l'anglais ? Non Oui _____ (veuillez préciser la langue)
3. Quelle langue votre enfant a-t-il apprise en premier ? _____ (veuillez préciser la langue)
4. Dans quelle langue préférez-vous recevoir les communications de l'école ? _____ (veuillez préciser la langue)
5. Quelle est votre lien de parenté avec l'enfant ? Père Mère Tuteur Autre (veuillez préciser) _____

Korean

1. 집안에서 영어외에 다른 언어를 사용하시나요? 네 아니오 _____ (사용한다면 어떤 언어인가요)
2. 아이가 대화할때 영어외에 다른 언어를 사용하시나요? 네 아니오 _____ (사용한다면 어떤 언어인가요)
3. 아이가 어떤 언어를 가장 먼저 배웠나요? _____ (어떤 언어였는지 명시해 주세요)
4. 학교에서 나가는 통신문/알림글을 어떤 언어로 받고 싶으신가요? _____ (언어를 명시해 주세요)
5. 아이와의 관계가 무엇인가요? 아빠 엄마 가디언 기타 (관계를 명시해 주세요) _____

CHINESE

1. 除了英语之外，您家是否还说其他语言？
o 否 o 是 _____ (请说明是哪种语言)
 2. 除了英语之外，您的孩子是否还说其他语言？
o 否 o 是 _____ (请说明是哪种语言)
 3. 您的孩子最先学习的是哪种语言？ _____ (请说明是哪种语言)
 4. 您希望学校用哪种语言授课？ _____ (请说明是哪种语言)
 5. 您与孩子的关系？
o 父亲 o 母亲 o 绚 o 其他 (请说明) _____
-

Tiếng Việt (VIETNAMESE)

1. Có nói tiếng nào khác tiếng Anh không được nói ở nhà quý vị không?
 Không Có _____ (hãy cho biết tiếng nào)
 2. Con quý vị có nói tiếng nào khác tiếng Anh không?
 Không Có _____ (hãy cho biết tiếng nào)
 3. Con quý vị đã học tiếng nào đầu tiên? _____ (hãy cho biết tiếng nào)
 4. Quý vị muốn nhận được thông tin từ trường học bằng tiếng nào?
_____ (hãy cho biết tiếng nào)
 5. Quý vị có quan hệ như thế nào đối với con?
 Cha Mẹ Người giám hộ Quan hệ khác (hãy cho biết) _____
-

ARABIC

١. هل توجد لغة أخرى منطوقة في منزلك بخلاف اللغة الإنجليزية؟
o لا o نعم _____ (حدد اللغة)
٢. هل يتواصل طفلك مع غيره بلغة أخرى بخلاف اللغة الإنجليزية؟
o لا o نعم _____ (حدد اللغة)
٣. ما أول لغة تعلمها طفلك؟ _____ (حدد اللغة)
٤. بأي لغة تفضل أن تستقبل المعلومات من المدرسة؟ _____ (حدد اللغة)
٥. ما العلاقة التي تربطك بالطفل؟
o والده o والدته o الوصي عليه o صلة أخرى (الرجاء التحديد) _____



703 South New Street
Champaign, Illinois 61820-5818

ESL/Bilingual Education

Telephone: (217) 373-7357
FAX: (217) 351-3939

Encuesta de Estudiantes Migratorios

Nombre del estudiante: _____

¿Tiene este niño/a un padre/tutor legal que es un trabajador agrícola migratorio, trabajador de lechería migratorio, o un pescador migratorio?

Sí No

Firma del Padre, Madre o Tutor Legal

Fecha

Migrant Survey

Student's Name: _____

Does this child have a parent/legal guardian who is a migratory agricultural worker, migratory dairy worker, or migratory fisher?

Yes No

Signature of Parent/Legal Guardian

Date



ESL, Bilingual Education

703 South New Street
Champaign, Illinois 61820-5818

Telephone: (217) 373-7357
FAX: (217) 351-3939

*One Voice ~ One Vision
Equity & Excellence for All*

Report Card Waiver (English)

Date: _____ Student Name: _____

I consent to receiving my child's report card in English.

Parent Signature _____

Date _____

Renuncia de la tarjeta de calificaciones/notas (Spanish)

Fecha: _____ Nombre del estudiante: _____

Doy mi consentimiento para recibir la tarjeta de calificaciones/notas de mi hijo en inglés.

Firma del Padre _____

Fecha _____

성적표 동의 (Korean)

날짜: _____ 학생 성명: _____

본 자녀의 성적표를 받을 시 영어로 기록된 성적표를 받는 것에 동의합니다.

학부모 서명 _____

날짜 _____

Miễn Về Phiếu Điểm (Vietnamese)

Ngày: _____ Tên Học Sinh: _____

Tôi đồng ý nhận phiếu điểm của con tôi bằng Anh Ngữ.

Chữ Ký Của Cha Mẹ

Ngày

Exonération de bulletin scolaire (French)

Date: _____ Nom de l'enfant : _____

J'accepte de recevoir le bulletin scolaire de mon enfant en Anglais.

Signature du parent

Date

英文成績單同意書 (Chinese)

日期 _____ 學生姓名: _____

本人同意校方僅需提供學童英文成績單, 不需提供中文成績單

家長簽名

日期



E.H. Mellon Administrative Center
Champaign Unit School District #4
701 South New Street
Champaign, IL 61820
217-351-3800

FORMULARIO DE AUTORIZACION PARA PUBLICAR EN MEDIOS DE COMUNICACION Y FOTOGRAFIAS

En el espíritu de promover una mejor educación a través del conocimiento, el distrito escolar de Champaign Unidad 4 trabaja para destacar las actividades y logros positivos del personal escolar y estudiantes. Como parte de estos esfuerzos, el distrito trabaja con los periódicos, estaciones de radio y televisión locales y asociaciones comunitarias para captar estas historias y compartirlas con la comunidad que servimos. El distrito también produce estos contenidos como parte de sus propias publicaciones y pagina web.

Estamos solicitando su consentimiento para que su hijo sea entrevistado o fotografiado como parte de nuestros esfuerzos por el conocimiento y para que puedan ser presentadas muestras de su trabajo.

Por favor tenga en cuenta que al dar su consentimiento, su hijo puede ser identificado por nombre y salón de clase o escuela. Nosotros entendemos que algunos padres pueden solicitar que su(s) hijo(s) no sea(n) identificado(s) y ofrecemos la oportunidad a los padres para que nos informen de sus deseos con respecto a la publicidad.

Por favor tenga en cuenta, sin embargo, que la imagen o retrato puede aparecer en fotos o videos ocasionales sin ningún tipo de identificación de nombre y el uso de estas fotos espontáneas de su hijo son permisibles. Este formulario de autorización para publicar no se aplica a las fotografías tomadas durante actividades extracurriculares. Los estudiantes que asisten a actividades o eventos extracurriculares perderán sus derechos de retener autoridad sobre la publicación de las fotos que se les tomen.

Su permiso ayuda a celebrar los logros de todos nuestros estudiantes.

- Sí. Yo por medio de la presente autorizo para que _____ pueda ser fotografiado/a por los empleados de la Unidad 4, estudiantes de educación o representantes de los medios de comunicación mientras participa en una actividad patrocinada por el distrito y/o usar muestras de su trabajo escolar. Yo entiendo que mi estudiante puede ser identificado como participante en un programa de instrucción especial por ejemplo educación especial, dotados y talentosos, etc. Al dar permiso para que mi hijo sea fotografiado o grabado, yo estoy dando permiso para una posible identificación de ella/el en las fotografías y/o video. Yo entiendo que cualquier fotografía o trabajo estudiantil será utilizado para propósitos educativos y puede ser reproducida en medios de comunicación impresa o electrónica.
- No. Yo no le doy permiso a _____ para ser fotografiado/a por los empleados de la Unidad 4, estudiantes de educación o representantes de los medios de comunicación mientras participa en una actividad patrocinada por el distrito y/o usar muestras de su trabajo escolar. Yo entiendo que esto puede impactar la publicación de los logros de mi estudiante.

Firma del Padre o Guardián

Fecha

This form should be returned to your student's counselor (middle school/high school) or to the school office (elementary).
This form must be completed for each academic year of attendance.
741 4-30-02