

Distrito Escolar: Richland Center - Formulario de Matriculación

Nombre del estudiante	Primero	Segundo	Apellido(s)	DEJAR SECCIÓN EN BLANCO Enrollment Date _____ Birth Certificate Verified _____
Fecha de nacimiento	mes día año	Sexo	<input type="checkbox"/> varón <input type="checkbox"/> hembra	
Lugar de nacimiento	Ciudad	Estado	Condado País	
Grupo Étnico (Elegir 1)	¿Es este estudiante Hispano o Latino? <input type="checkbox"/> No, no Hispano o Latino <input type="checkbox"/> Sí, Hispano o Latino			Grado escolar _____
Raza (Elegir 1 ó más)	<input type="checkbox"/> Indio o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Afroamericano o de raza negra <input type="checkbox"/> Hawaiano o de las Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Caucásico/Blanco			

Idioma que mejor habla su hijo(a): ¿En qué idioma prefiere Ud. recibir información de la escuela? <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro _____	Idiomas que se hablan en casa: ¿Qué Idioma se habla más? _____
¿Última escuela? _____	Ciudad, Estado _____
¿Ha sido su hijo(a) expulsado(a) de alguna escuela pública? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Cómo se llama esa escuela? _____
¿Está matriculado(a) en algún programa de educación especial? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿En qué programa? _____

Familia de residencia (donde vive el alumno) - Incluya todos los familiares que viven en la misma casa
(enviaremos toda la información escolar a este domicilio)

Nombre de los Padres	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Padrastra/a <input type="checkbox"/> Tutor Legal <input type="checkbox"/> Otro _____
Teléfono trabajo	() Extensión Empresa _____
Teléfono celular	() Correo electrónico _____
Nombres de Padres	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Padrastra/a <input type="checkbox"/> Tutor Legal <input type="checkbox"/> Otro _____
Teléfono trabajo	() Extensión Empresa _____
Teléfono celular	() Correo electrónico _____
Domicilio	Numero Calle Apt./Lot/Unit # P.O: Box
	Ciudad Estado Código postal
<input type="checkbox"/> ¿Tiene algún otro domicilio?	_____
Teléfono fijo	() ¿Privado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

nombre	fecha nacimiento	varón/hembra	escuela	grado

Otros hijos menores de 19 años y que viven en casa

Firma de los padres _____ **Fecha de hoy** _____

Información sobre la familia: Por favor, apunte a los miembros de la familia que NO viven con el niño(a)

¿Enviamos información a estos familiares? Sí No

¿Pueden estos familiares hacerse cargo de su hijo(a) y venir a la escuela en caso necesario?

Sí No

Nombre del familiar

Madre Padre Padrastro/a Tutor Legal Otro

Teléfono trabajo () Extensión Empresa

Teléfono celular () Correo electrónico

Nombre del familiar

Madre Padre Padrastro/a Tutor Legal Otro

Teléfono trabajo () Extensión Empresa

Teléfono celular () Correo electrónico

Domicilio

Numero Calle Apt./Lot/Unit # P.O: Box

Ciudad Estado Código postal

¿Algún otro domicilio?

Teléfono fijo

()

¿Privado? Sí No

Otros hijos menores de 19 años y que viven en su casa

nombre	fecha nacimiento	varón/hembra	escuela	grado

Información sobre padres separados/divorcados/no casados

Nuestro Distrito Escolar necesita una copia certificada de la orden judicial del divorcio, nulidad, separación, etc.

Situación:

¿Nombre del otro padre? _____

divorcio

Situación actual _____

separación

¿Existe custodia del menor dictada por un juez? Sí No

anulación

¿Es usted el padre/madre con la custodia? Sí No

no casados

¿Es custodia compartida de los dos padres? Sí No

custodia en trámite

¿Tenemos permiso para entregar al niño(a) al otro padre? Sí No

Si no, explique: _____

¿Si su hijo(a) necesitara atención médica y no pudiéramos localizar a ninguno de los padres, ¿a quién debemos avisar?

Dicha persona tendrá que personarse en la escuela y asumir la responsabilidad en lugar de Ud.

Primera opción

relación con el estudiante _____

teléfono casa ()

teléfono trabajo ()

celular ()

Segunda opción

relación con el estudiante _____

teléfono fijo ()

teléfono trabajo ()

celular ()

Guadería de su hijo (si tiene)

teléfono ()

Nombre del Médico

Ciudad _____

teléfono ()

Nombre del Dentista

Ciudad _____

teléfono ()

Nombre del Hospital

Ciudad _____

teléfono ()

¿Tiene su hijo(a) algún problema médico del que debemos estar informados? Sí No

En caso afirmativo, mencionarlos en una lista (por ejemplo: alergia a las picaduras de abeja, diabético, etc..)

¿Tenía este problema el año escolar anterior? Sí No

¿En caso de emergencia, tenemos permiso para llevar a su hijo(a) a un centro médico? Sí No

¿... O cómo preferiría que procedamos? _____



Richland School District

1996 US Hwy 14 West
Richland Center, WI 53581

Cara Lemke, RN

Phone: (608) 647-6131, Ext # 1511

Fax: (608) 647-8734

STUDENT HEALTH INFORMATION FORM/Forma de la salud de los estudiantes

Nombre _____ Nacimiento (Mo/Day/Yr) _____

Sírvase indicar si alguno de los siguientes se aplican a su hijo y dar una explicación:

Las alergias	No	Sí	Explicación/Año	GASTRO-INTESTINAL	No	Sí	Explicación/Año
Alergias animales	___	___	_____	Estreñimiento	___	___	_____
Asma	___	___	_____	Diarrea	___	___	_____
Alergias de drogas	___	___	_____	Comida desacuerdo	___	___	_____
Eczema	___	___	_____	Estómago dolores	___	___	_____
Ojo alergias	___	___	_____	Vomita con frecuencia	___	___	_____
Alergias de comida	___	___	_____				
Hay Fever	___	___	_____	HOSPITALIZACIONES	No	Sí	Explicación/Año
Alergias de nariz	___	___	_____	Tiene su niño alguna vez	___	___	_____
Insecto de reacción	___	___	_____	sido hospitalizados	___	___	_____

OREJAS	No	Sí	Explicación/Año	ENFERMEDAD	No	Sí	Explicación/Año
Infecciones frecuentes	___	___	_____	Varicela	___	___	_____
Oído cirugía	___	___	_____	Diabetes	___	___	_____
Audición pérdida	___	___	_____	Epilepsia	___	___	_____
Audífono	___	___	_____	Hipertensión arterial	___	___	_____
Otros problemas de oído	___	___	_____	Hemofilia	___	___	_____
Timpanostomía en oídos	___	___	_____	Hepatitis	___	___	_____
				Hipertensión arterial	___	___	_____
OJOS	No	Sí	Explicación/Año	Meningitis	___	___	_____
Es o era bizco	___	___	_____	Mononucleosis	___	___	_____
Use gafas	___	___	_____	Paperas	___	___	_____
Visión pérdida	___	___	_____	Neumonía	___	___	_____
Otra ojos problema	___	___	_____	Fiebre reumática	___	___	_____
Cirugía do ojos	___	___	_____	Rubéola	___	___	_____
Usa contacto	___	___	_____	Fiebre escarlata	___	___	_____
				Estómago úlcera	___	___	_____
				Estreptococo	___	___	_____
				Tuberculosis	___	___	_____

OTRO	No	Sí	Explicación/Año	URINARY	No	Sí	Explicación/Año
Problemas de la conducta	___	___	_____	Toilet Trained (+2 yrs)	___	___	_____
Problemas de nacimiento	___	___	_____	Bedwetting	___	___	_____
Problemas de emociones	___	___	_____				
Hiperactividad	___	___	_____	ACCIDENTES	___	___	_____
Pesadillas	___	___	_____	Heridas	___	___	_____
Problemas de Ortopedia	___	___	_____	OPERACIONES	___	___	_____
Ataque	___	___	_____				
Problemas de esqueleto	___	___	_____				

MEDICACIONES	No	Sí	Explicación	Nombre de droga
Medicaciones a escuela	___	___	_____	_____
			_____	_____
Medicaciones a casa	___	___	_____	_____
			_____	_____

(Distrito de Richland Forma de Medicación es necesita para los niños tocan drugs a la escuela)

Padres/Guardian Firma _____

Fecha _____

(Por favor, envia la forma a la enfermería de la escuela a la dirección arriba)

(Revised 02/08, 6/13)

REGISTRO DE VACUNAS DEL ESTUDIANTE STUDENT IMMUNIZATION RECORD

INSTRUCCIONES A LOS PADRES: COMPLETE Y DEVUELVA A LA ESCUELA 30 DÍAS DESPUÉS DE LA ADMISIÓN. La ley estatal requiere que todos los estudiantes de escuelas públicas y privadas presenten evidencia escrita de las vacunas contra ciertas enfermedades, **dentro de 30 días escolares de admisión.** Los requisitos específicos de edad / grado se piden en las escuelas y en el departamento de salud locales. Se puede renunciar a estos requisitos únicamente completando y firmando un formulario de renuncia en la escuela por motivos de salud, religión o personales. El propósito de este formulario es medir el cumplimiento de la ley y se usará sólo para ese propósito. Si tiene preguntas sobre las vacunas o cómo llenar este formulario, comuníquese con la escuela de su hijo o con el departamento de salud local.

DATOS PERSONALES ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE

Paso 1	Nombre del estudiante	Fecha de Nacimiento (MM/DD/AAAA)	Sexo	Escuela	Grado	Año escolar
	Nombre del padre/madre/tuto /custodio legal	Dirección (calle, ciudad, estado, código postal)			Número de teléfono ()	

HISTORIAL DE VACUNAS

Paso 2 Indique el MES, DÍA Y AÑO en que su hijo recibió las siguientes vacunas. **NO MARQUE (✓) O (X)** excepto para responder a la pregunta sobre varicela, Tdap o Td. Si usted no tiene un registro de vacunas en su casa para este estudiante, comuníquese con el médico o departamento de salud para conseguir uno.

TIPO DE VACUNA*	1a. DOSIS Mes/día/año	2a. DOSIS Mes/día/año	3a. DOSIS Mes/día/año	4a. DOSIS Mes/día/año	5a. DOSIS Mes/día/año
DTaP/DTP/DT/Td/Tdap (Difteria, Tétano, Pertusis)					
Vacuna de refuerzo (booster) para adolescentes (Marque la casilla apropiada) <input type="checkbox"/> Tdap <input type="checkbox"/> Td					
Polio					
Hepatitis B					
MMR (sarampión, paperas, rubéola)					
Vacuna contra la varicela (viruelas locas) Esta vacuna se necesita solamente si su hijo no ha tenido la varicela. Vea más abajo:					
¿Ha tenido su hijo la varicela? Marque la casilla correspondiente y anote el año si lo sabe. <input type="checkbox"/> Sí _____ año (no necesita la vacuna) <input type="checkbox"/> NO o no está seguro (necesita vacuna)	¿Le han hecho un análisis de sangre (título de anticuerpos) a su hijo que muestre inmunidad (tenía la enfermedad o vacunación anterior) de cualquiera de las siguientes (marque todas que aplican)? <input type="checkbox"/> Varicela <input type="checkbox"/> Sarampión <input type="checkbox"/> Paperas <input type="checkbox"/> Rubéola <input type="checkbox"/> Hepatitis B Si contesta Sí, proporcione el reporte(s) de laboratorio				

REQUISITOS

Paso 3 Para determinar si este estudiante cumple con los requisitos, consulte el nivel de requisitos de acuerdo a la edad/grado del año escolar actual.

DATOS DE CUMPLIMIENTO

Paso 4 **EL ESTUDIANTE CUMPLE CON TODOS LOS REQUISITOS**
 Firme en el Paso 5 y devuelva este formulario a la escuela

_____ O _____

EL ESTUDIANTE NO CUMPLE CON TODOS LOS REQUISITOS
 Marque el cuadro que corresponda, firme en el Paso 5 y devuelva el formulario a la escuela. **TENGA EN CUENTA QUE SI EL ESTUDIANTE NO TIENE TODAS SUS VACUNAS PUEDE SER EXCLUIDO DE LA ESCUELA SI APARECE UN BROTE DE ESTAS ENFERMEDADES.**

Aunque mi hijo **NO** ha recibido todas las dosis de las vacunas, ha recibido LA PRIMERA DOSIS. Entiendo que la SEGUNDA DOSIS debe recibirla este año antes de cumplir 90 días de entrar a la escuela y la TERCERA Y CUARTA DOSIS si las requiere debe recibirlas antes de los 30 días de este año escolar. También entiendo que es mi responsabilidad notificar por escrito a la escuela cada vez que mi hijo recibe una dosis de las vacunas requeridas.

NOTA: La falta a permanecer al día con las vacunas puede ocasionar la exclusión de la escuela, acción judicial y/o pena de caducidad.

EXENCIONES (WAIVERS) (Indique en el Paso 2 las vacunas que ya haya recibido)

Por razones de salud este estudiante no debe recibir las siguientes vacunas: _____

_____ FIRMA del médico _____ Fecha de la firma

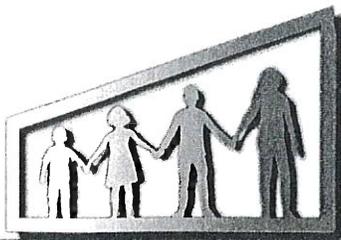
Por razones religiosas, he decidido no vacunar a este estudiante con las siguientes inmunizaciones (marque todas las que apliquen)
 DTaP/DTP/DT/Td Tdap Polio Hepatitis B MMR (sarampión, paperas, rubéola) varicela

Por razones de convicción personal, he decidido no vacunar a este estudiante con las siguientes inmunizaciones (marque todas las que apliquen)
 DTaP/DTP/DT/Td Tdap Polio Hepatitis B MMR (sarampión, paperas, rubéola) varicela

FIRMA

Paso 5 Este formulario está completo y exacto de acuerdo a lo mejor de mi conocimiento. Marque uno: (Yo doy Yo no doy) mi consentimiento para que se compartan los registros de vacunas actuales de mi hijo en la medida en que se actualicen en un futuro con el Registro de Vacunas de Wisconsin (*Wisconsin Immunization Registry - WIR*). Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento enviando una notificación por escrito al distrito escolar. Después de la fecha de revocación, el distrito escolar no proporcionará nuevos registros ni actualizaciones a la WIR.

_____ FIRMA - del padre/madre/tuto /custodio legal o estudiante adulto _____ Fecha de la firma



Richland School District

1996 US Hwy 14 West, PO Box 649
Richland Center, WI 53581

*Building Futures,
One Child at a Time*

AMY HARDY
Primary Principal
EC to 2nd Grade

LISA BROWN
Intermediate Principal
3rd to 6th Grade

RYAN LEMKE & ELIZABETH PERKINS
High School Principals
7th to 12th Grade

NOTICE TO TRANSFER STUDENT RECORDS

Name of previous school

School District

Address

City/State/Zip

Telephone #

Fax #

Please take notice that the following student(s) intends to enroll in the Richland School District beginning _____
Enrollment Date

<i>Student's Legal Name (First, Middle, Last)</i>	<i>Date of Birth</i>	<i>Grade</i>	<i>School Attending</i>
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

- Please transfer all the student's progress and behavioral records, including but not limited to, the following:**
- School profile, academic records including cum folder, transcript, progress grades, test scores, and class schedules
 - Behavioral records, multidisciplinary team reports, and any psychological, educational, or speech/language evaluations
 - Student health records containing immunizations received and illnesses incurred.
 - ELL Records
 - Athletic forms, physical forms, and athletic eligibility
 - **IEP RECORDS** – If the student has a current IEP, please e-mail or fax it to Kim Rotheray at rotk@richland.k12.wi.us or fax # (608)647-8454 in the Special Education Department.
 - **Expulsion and Suspension Records:** Has the student been expelled from your district? YES NO
Are they in the process of getting expelled? YES NO
 - Please email or fax High School transcript, current schedule, and progress grades to endh@richland.k12.wi.us or fax (608)647-8734 ASAP.

Parent/Guardian Signature (not required)

Date

Pursuant to Wisconsin Statutes 118.125(4) and Federal Regulations, Section 99.31/34, you are authorized to forward the above student's records by this office notification of student enrollment.

PLEASE MAIL:

PRIMARY RECORDS TO:
Richland School District
Attn: Beth Gander
PO Box 649
1996 US Hwy 14 – West
Richland Center, WI 53581
ganb@richland.k12.wi.us

INTERMEDIATE RECORDS TO:
Richland Center Intermediate School
Attn: Jane Jones
PO Box 649
1801 State Hwy 80
Richland Center, WI 53581
ionj0@richland.k12.wi.us

HIGH SCHOOL RECORDS TO:
Richland Center High School
Attn: Heidi Endres
PO Box 649
1996 US Hwy 14 - West
Richland Center, WI 53581
endh@richland.k12.wi.us

District Office – 608-647-6106
Fax – 608-647-8454

The Richland School District is an Equal Opportunity Employer/Educator

Office Use Only: Records Sent on: _____

