

DISTRITO ESCOLAR DE ZILLAH NO. 205

INFORMACIÓN DE REGISTRO GENERAL

Grado

Último Nombre		Primer Nombre		Medio Nombre	
Fecha de Nacimiento	Ciudad de Nacimiento	Estado de Nacimiento	País de Nacimiento	<input type="checkbox"/> Femenina <input type="checkbox"/> Masculino	
Dirección de la calle			Ciudad	Código Postal	
Teléfono de casa	Dirección de Correo	Ciudad		Código Postal	

INFORMACIÓN FAMILIAR

Estudiante vive con: Ambos Padres Madre Sólamente Padre Sólamente Padres Adoptivos Padres de Crianza Guardián Legal
 Estado de los padres: Casados Divorciado Viudo Separado Solo/Nunca Casado
Si un plan de crianza está en su lugar, por favor proporcione una copia al momento de la inscripción.

Padre o Tutor Legal	Relación a Estudiante	Fecha de Nacimiento	Teléfono celular
Dirección de Correo Electrónico	Empleador		Teléfono de Trabajo
Padre o Tutor Legal	Relación a Estudiante	Fecha de Nacimiento	Teléfono celular
Dirección de Correo Electrónico	Empleador		Teléfono de Trabajo

NOMBRES DE HERMANOS	M/F	EDAD	GRADO	FECHA DE NACIMIENTO

SEGUNDA INFORMACIÓN FAMILIAR (OPCIONAL)

Padre o Tutor Legal	Relación a Estudiante	Fecha de Nacimiento	Teléfono celular
Dirección de Correo Electrónico	Empleador		Teléfono de Trabajo
Dirección de la calle	Ciudad	Estado	Código Postal
Dirección de Correo	Ciudad	Estado	Código Postal

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA – En el caso de que el padre o el guarda no son capaz de alcanzar SÓLO los adultos siguientes se pueden notificar y se autorizan a aceptar la responsabilidad de este niño en caso de la enfermedad/emergencia o tal como resultó si el niño se despide antes del final del día lectivo.

Contacto de Emergencia	Relación a Estudiante	Teléfono de casa	Teléfono celular
Contacto de Emergencia	Relación a Estudiante	Teléfono de casa	Teléfono celular

SERVICIOS ESPECIALES

¿Es necesaria la traducción para padre o tutor? Sí No
 ¿Ha recibido su hijo/a servicios a través de los siguientes programas? Educación Especial Programa de Migrante Programa Bilingüe
 ¿Se movieron los padres o el guarda en los 36 meses pasados para trabajar o buscar el trabajo en agricultura, pescando o actividad de la industria alimentaria relacionada? Sí No

MODO DE TRANSPORTE PARA ESTUDIANTE

AM---- Autobús Caminar Dejar PM---- Autobús Caminar Recoger

PERMISO DE VIAJE AL CAMPO O CUIDADOS DE EMERGENCIA

¿Tiene su hijo el permiso de continuar viajes de estudios durante el año escolar? Sí No
 ¿En caso de emergencia, yo doy permiso para personal de la escuela que llame al 911 o transportar a mi hijo al hospital? Sí No
 Preferencia de Hospital: _____
 ¿Tiene su hijo/a una enfermedad potencialmente mortal que un entrenador o profesor necesita conocer? Sí No
 Es responsabilidad de los padres o del tutor legal para informar a los maestros y entrenadores de cualquier preocupación de salud que del estudiante tiene al participar en el salón de clases o actividades atléticas por ejemplo el uso o la necesidad de un medicamento o un inhalador.

DECLARACIÓN DE MANUAL

“Leeré la guía estudiantil y seré responsable de compartir toda su información con mi estudiante.” (Inicial dentro de la caja)

Padre/Tutor Nombre-Por Favor Imprimir **Firma del Padre/Tutor** **Fecha**

DISTRITO ESCOLAR DE ZILLAH NO. 205

ETNIA Y DATOS RACE COLECCIÓN (*Debe responder a las preguntas puntos 1 y 2)

Grado

Ultimo Nombre	Primer Nombre	Fecha De Nacimiento	<input type="checkbox"/> Femenina <input type="checkbox"/> Masculino
------------------	------------------	------------------------	---

Los requisitos federales dictan que las escuelas recogen la raza y la etnia en una pregunta de dos partes. La primera parte de la pregunta le pide al padre o tutor que identifique a su hijo, o al estudiante (si es adulto o emancipado) a identificarse como hispano / latino o no hispano / latino.

La segunda parte de la pregunta le pide al padre o tutor que identifique a su hijo, o al estudiante (si es adulto o emancipado) a identificarse como perteneciente a una o más razas. Se puede comprobar más de una categoría de carrera. Por ejemplo, tanto "Afroamericano / Negro" y "Blanco" pueden ser seleccionados. Una razón clave para los nuevos requisitos es obtener una mejor información sobre nuestros estudiantes, incluyendo un número creciente de personas que se identifican con más de una raza. Los nuevos requisitos eliminan las categorías "multiraciales" o "más de una raza" para la recolección de datos, requiriendo las diversas categorías que hacen a un estudiante multirracial.

*** PREGUNTA 1.** ¿Es su hijo de origen de Latino o hispano? (Marque todas las que apliquen).

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> NO HISPANO/LATINO | <input type="checkbox"/> MEXICANO/MEXICANO AMERICANO |
| <input type="checkbox"/> CUBANO | <input type="checkbox"/> CENTRO AMERICANO |
| <input type="checkbox"/> DOMINICANO | <input type="checkbox"/> SUDA AMERICANO |
| <input type="checkbox"/> ESPAÑOL | <input type="checkbox"/> LATINO AMERICANO |
| <input type="checkbox"/> PUERTO RIQUEÑO | <input type="checkbox"/> OTHER HISPANO/LATINO |

***PREGUNTA 2.** ¿Qué raza (s) considera su hijo? (Marque todas las que apliquen).

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> NEGRO/AFROAMERICANO | <input type="checkbox"/> NATIVO HAWAIANO | <input type="checkbox"/> MUCKLESHOOT |
| <input type="checkbox"/> BLANCO | <input type="checkbox"/> FIJIANO | <input type="checkbox"/> NISQUALLY |
| <input type="checkbox"/> INDIO ASIÁTICO | <input type="checkbox"/> GUAMANIAN | <input type="checkbox"/> NOOKSACK |
| <input type="checkbox"/> CAMBOYANO | <input type="checkbox"/> MARIANA ISLANDER | <input type="checkbox"/> PORT GAMBLE KLALLAM |
| <input type="checkbox"/> CHINO | <input type="checkbox"/> MELANEESEAN | <input type="checkbox"/> PUYALLUP |
| <input type="checkbox"/> FILIPINO | <input type="checkbox"/> MICRONESIAN | <input type="checkbox"/> QUILEUTE |
| <input type="checkbox"/> HMONG | <input type="checkbox"/> SAMOANO | <input type="checkbox"/> QUINAULT |
| <input type="checkbox"/> INDONESIA | <input type="checkbox"/> TONGANO | <input type="checkbox"/> SAMISH |
| <input type="checkbox"/> JAPANÉS | <input type="checkbox"/> OTRO PACÍFICO | <input type="checkbox"/> SAUK-SUIATTLE |
| <input type="checkbox"/> COREANO | <input type="checkbox"/> NATIVO DE ALASKA | <input type="checkbox"/> SHOALWATER |
| <input type="checkbox"/> LAOSIANO | <input type="checkbox"/> CHEHALIS | <input type="checkbox"/> SKOKOMISH |
| <input type="checkbox"/> MALASIO | <input type="checkbox"/> COLVILLE | <input type="checkbox"/> SNOQUALMIE |
| <input type="checkbox"/> PAQUITANÍ | <input type="checkbox"/> COWLITZ | <input type="checkbox"/> SPOKANE |
| <input type="checkbox"/> DE SINGAPUR | <input type="checkbox"/> HOH | <input type="checkbox"/> SQUAXIN ISLAND |
| <input type="checkbox"/> TAIWANESE | <input type="checkbox"/> JAMESTOWN | <input type="checkbox"/> STILLAGUAMISH |
| <input type="checkbox"/> TAILANDÉS | <input type="checkbox"/> KALISPEL | <input type="checkbox"/> SUQUAMISH |
| <input type="checkbox"/> VIETNAMITA | <input type="checkbox"/> LOWER ELWHA | <input type="checkbox"/> SWINOMISH |
| <input type="checkbox"/> OTRO ASIÁTICO | <input type="checkbox"/> LUMMI | <input type="checkbox"/> TULALIP |
| | <input type="checkbox"/> MAKAH | <input type="checkbox"/> YAKAMA |
| | | <input type="checkbox"/> ORTO INDIO DE WASHINGTON |
| | | <input type="checkbox"/> OTRO INDIO AMERICANO INDIAN |

Firma de Padre/Tutor

Fecha

DISTRITO ESCOLAR DE ZILLAH NO. 205
ENCUESTA DE IDIOMAS EN EL HOGAR

Grado

Ultimo Nombre	Primer Nombre	Fecha De Nacimiento	<input type="checkbox"/> Femenina <input type="checkbox"/> Masculino
---------------	---------------	---------------------	---

La Encuesta de idiomas en el Hogar se entrega a *todos* los alumnos que se inscriben en una escuela de Washington.

Derecho a los servicios de traducción o interpretación

Indique el idioma de su preferencia para que podamos brindarle un intérprete o documentos traducidos, sin cargo alguno, cuando los necesite.

Todos los padres tienen el derecho de recibir información sobre la educación de su hijo en un idioma que entiendan.

1. ¿En qué idioma prefiere su familia comunicarse con la escuela?

Requisitos para recibir apoyo en capacitación de idiomas

La información sobre el idioma del alumno nos ayuda a identificar a los alumnos que reúnen los requisitos para recibir apoyo para formar las habilidades de idioma necesarias para tener éxito en la escuela. Es posible que sea necesario hacer una evaluación para determinar si se requiere ayuda con el idioma.

2. ¿Qué idioma aprendió su hijo primero?

3. ¿Qué idioma utiliza más su hijo en casa?

4. ¿Cuál es el idioma principal que se utiliza en casa, independientemente del idioma que habla su hijo?

5. ¿Ha recibido su hijo apoyo en capacitación del idioma inglés en una escuela anterior? Sí___ No___ No sé___

Educación previa

Sus respuestas sobre el país de nacimiento de su hijo y su educación previa:

- Bríndenos información sobre el conocimiento y las aptitudes que su hijo trae a la escuela.
- Esto puede ayudar a que el distrito escolar reciba fondos federales adicionales para brindarle apoyo a su hijo.

Este formulario no se utiliza para identificar la situación migratoria de los alumnos.

6. ¿En qué país nació su hijo? _____

7. ¿Alguna vez ha recibido su hijo educación formal fuera de Estados Unidos? (Kindergarten – 12.º grado)

___Sí ___No

Si la respuesta es Sí: Número de meses: _____

Idioma de formación: _____

8. ¿Cuándo asistió su hijo por primera vez a la escuela en Estados Unidos? (Kindergarten – 12.º grado)

Mes Día Año

Gracias por brindarnos la información necesaria en la Encuesta de Idiomas en el Hogar. Póngase en contacto con su distrito escolar si tiene más preguntas sobre este formulario o sobre los servicios que ofrece la escuela de su hijo.

Firma de Padre/Tutor

Fecha

DISTRITO ESCOLAR DE ZILLAH NO. 205
FORMA DE LA HISTORIA DEL DESARROLLO MÉDICA

Grado

Ultimo Nomb	Primer Nomb	Medio Nomb	
Teléfono De Casa	Fecha De Nacimiento	<input type="checkbox"/> Feminine <input type="checkbox"/> Male	
Dirección de la Calle	Cuidad	Código Postal	
Dirección De Correo	Cuidad	Código Postal	

INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL GUARDA O EL PADRE LEGAL PRIMARIA

Padre o Tutor	Relación a Estudiante	Teléfono celula	Teléfono de Trabajo
Padre o Tutor	Relación a Estudiante	Teléfono celula	Teléfono de Trabajo

INFORMACIÓN DE SALUD

¿Tiene su hijo una enfermedad que los pondría en el **PELIGRO DE LA MUERTE** sin una medicación o tratamiento?
 SÍ NO **CONDICIÓN MÉDICA:** _____

Si sí la escuela requiere un orden de la medicación/tratamiento y una reunión con enfermera antes que su hijo/a pueda asistir la escuela.
Cualquier medicación que lleve su hijo tiene que ser administrada por una enfermera escolar o secretaria durante el horario escolar requiere un formulario de autorización del proveedor de prescripción.

MÉDICO O CLÍNICA PRIMARIO DE ASISTENCIA: _____

HISTORIA DE SALUD GENERAL ¿Tiene su hijo alguna de las condiciones de la salud siguientes?

Condición Médica	SÍ	NO	Si sí, por favor describa la condición.
Alergia a la Comida <input type="checkbox"/> intolerancia <input type="checkbox"/> reacción <input type="checkbox"/> EpiPen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Alergia a Picada de Abeja <input type="checkbox"/> EpiPen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Alergia a Medicamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Diabetes <input type="checkbox"/> Insulina <input type="checkbox"/> otros medicamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ataques <input type="checkbox"/> Diastas <input type="checkbox"/> medicamentos en cas:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Asma <input type="checkbox"/> inhalador <input type="checkbox"/> ligero <input type="checkbox"/> moderado <input type="checkbox"/> grave	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Condición Cardíaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Preocupaciones del Comportamiento/Emocionales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Condición Ortopédica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Problema de Oído <input type="checkbox"/> Problema de Oído	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Problema de Visión <input type="checkbox"/> lentes <input type="checkbox"/> lentes de contacto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Problema Urinario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Otra Condición de Salud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Si su hijo está actualmente bajo el tratamiento o experimentando alguna enfermedad, por favor describa el estado actual e incluya cualquier información sobre el tratamiento corriente incluso medicación, restricciones, etc.

Doy permiso de compartir la información con personal del distrito escolar en una “necesidad de saber”
Para ser tratados de manera confidencial.

Firma de Padre/Tutor

Fecha

DISTRITO ESCOLAR DE ZILLAH NO. 205

Cuestionario de Estudiante Nuevo

El RCW 28A. 225,330 sección establece la autoridad de cada Distrito escolar para incluir las siguientes preguntas para los nuevos alumnos que se matriculan. Distrito Escolar Zillah ha establecido estudiante y la seguridad del personal y la calidad desempeño de los estudiantes como a las prioridades. Le pedimos que responda a las siguientes preguntas, de modo que podamos ofrecer la mejor experiencia educativa posible a todos nuestros estudiantes

Grado		
Ultimo Nombre	Primer Nombre	Medio Nombre
Teléfono De Casa	Fecha De Nacimiento	<input type="checkbox"/> Femenina <input type="checkbox"/> Masculino
Padre o Tutor Legal	Relación a Estudiante	Teléfono Celular
Padre o Tutor Legal	Relación a Estudiante	Teléfono Celular

Nombre de el Estudiante que quiere usar en la clase:

Nombre de escuela anterior, ciudad y estado:

Verifique cualquier infracciones de escuela que se tradujo en que usted recibio una acción disciplinaria y resultaron en acción de arresto o corte.	Marque Sí o No si las consecuencias fueron manejadas por la escuela		Marque Sí o No si las Consecuencias resultaran en legal / tribunal o acción de policía		Nota: las medidas disciplinarias corrientes o excepcionales del distrito anterior se honrarán; la disciplina progresiva se seguirá para el residente y no - estudiantes residentes (política 3131). Si contestara sí a alguna infracción, por favor dé una breve explicación abajo.
	SÍ	NO	SÍ	NO	
Vagancia/Excesivo Ausencia o Tardanza					
Suspensión o Expulsión de la Escuela					
Conductas disruptivas/Insubordinación					
Peleas/Intimidación/Asalto					
Drogas o Alcohol (uso o posesión)					
Armas de fuego/Armas/Cuchillos (uso o posesión)					
Robo/Destrucción de Propiedad/Incendio provocado					
Afiliación con Gangas/Pandillas					
Ofensa Sexual					
Acoso/Acechar/Secuestro					
Otros (por favor indique)					

¿Tiene multas a partir de su anterior las escuelas? Sí No Si sí, la cantidad debida es \$_____.

Describir brevemente las multas a continuación:

LA INFORMACIÓN EN ESTE FORMULARIO SERÁ CONFIRMADA CON SU ESCUELA ANTERIOR (S)

Ultimo Nombre	Primer Nombre	Grado
------------------	------------------	-------

PARTE II – CUESTIONARIO DE ESTUDIANTE NUEVO

Por favor conteste las preguntas siguientes marcando sí o no. Si su respuesta es sí, explique en espacio proporcionado.

SÍ	NO	1. ¿Existe alguna condición de salud que afectan las necesidades educativas de su hijo? Si sí, explique:
		2. ¿Está su hijo en alguna medicación? Si sí, explique:
		3. ¿Ha recibido su hijo algunos servicios especiales en la escuela como Bilingüe, 504, Título I, LAP o Migrante? Si es así, explique
		4. ¿Ha tenido su hijo alguna historia de colocación en programas de Educación Especial? Si sí, explique:
		5. ¿Ha habido un reciente evento (muerte, divorcio, enfermedad) que pueda afectar a su hijo en este momento? Si es así, explique:
		6. ¿Está su hijo actualmente bajo suspensión o expulsión de otro distrito escolar? Si sí, explique:
		7. ¿Hay algún documento legal del cual tengamos que ser conscientes o tener en el archivo, como papeles de custodia o del tribunal? Si sí, explique:
		8. ¿Celebran los cumpleaños o fiestas en su casa?
		9. ¿Hay alguna información adicional que pueda ser útil para la escuela? Si la respuesta es sí, explique:

10. ¿Qué idioma se habla más frecuentemente en casa?

11. ¿Se deberían enviar las formas escolares a casa en inglés y español?

12. ¿Cuál es el mejor horario para poder comunicarnos con usted en casa? Trabajo?

13. ¿Cuál es el tema favorito de su niño? ¿Porque?

14. Lista las actividades escolares en las que su hijo participa:

15. Las conferencias de padres y maestros se llevan a cabo con regularidad. Por favor, indique la hora del día que mejor le convenga para asistir a una conferencia?

Gracias por su tiempo en completar este cuestionario. La inscripción se puede terminar si se encuentra que la información proporcionada es incompleta o materialmente se falsificó. El registro permanente de su hijo incluso archivos de medida disciplinaria; la historia de comportamiento violento o comportamiento puesta en una lista en RCW 13.044.155; asistencia, archivos de vacunas; y académico el rendimiento se solicitará de la escuela su hijo asistido anteriormente.

Se le alienta a mantener un contacto estrecho con el maestro de su hijo, con el fin de responder a sus preguntas y preocupaciones. El Distrito Escolar Zillah valora la asociación de hogar y escuela con la educación de sus hijos.

Firma del Estudiante: _____

Firma del Padre/Tutor: _____ Fecha: _____

DISTRITO ESCOLAR DE ZILLAH NO. 205

INFORMACIÓN DE TRANSPORTE

Ultimo Nombre	Primer Nombre	Grado	<input type="checkbox"/> Femenina <input type="checkbox"/> Masculino
Dirección de la Calle	Cuidad	Codigo Postal	
Dirección de Correo	Cuidad	Codigo Postal	

Padre o Tutor Legal	Relación a Estudiante	Teléfono Celular	Teléfono de Trabajo
Padre o Tutor Legal	Relación a Estudiante	Teléfono Celular	Teléfono de Trabajo

Es importante que todos los estudiantes se comporten de una manera segura en o cerca del autobús escolar. Nos gustaría su ayuda para hacer que el niño entienda las expectativas para viajar en el autobús escolar y los procedimientos de disciplina que surja un problema.

- REGLAS:
1. Conductor está a cargo de autobuses y los pasajeros en todo momento.
 2. Pare, Mire, Escucha y Cruza **sólo en frente del autobús** a la señal del conductor.
 3. Evitar empujar, empujones, jugando en la carretera mientras espera el autobús. Aparte de la acera a una distancia segura.
 4. Mantenga todas las partes del cuerpo dentro las ventanas de autobús.
 5. Permanecer sentados mientras el autobús está en movimiento.
 6. Hablar con voz baja y ser agradable con todos. El uso de lenguaje profano no será tolerará.
 7. Ayudar a mantener el autobús limpio y los pasillos claros.
 8. Comer o beber en el autobús es una práctica insegura.
 9. Respetar la propiedad de otros. El comportamiento destructivo no se tolerará.
 10. Fumar o el uso de tabaco, alcohol o productos relacionados con las drogas están prohibidas en el autobús.
 11. Armas o otros objetos desagradables no son permitidos en el autobús.
 12. Vidrio, globos y otros los artículos frágiles no son permitidos en el autobús.
 13. Procedimiento de simulacros de emergencia se llevarán acabo 3 veces por año escolar y antes de cada viaje de campo y viajes escolares.

Si un estudiante no observar estas reglas, el conductor del autobús se intentará resolver el problema con el estudiante. El supervisor de transporte o principal puede ser avisado para asistencia.

Si el problema continúa, el conductor escribirá un informe de comportamiento. La consecuencia puede asignar asientos en el autobús o en pena de la escuela. Se realizará un contacto con los padres por teléfono o por escrito.

Si un segundo delito ocurre, el conductor escribirá un informe de comportamiento. La consecuencia puede ser a corto plazo (1-3 días) suspensión del privilegio de viajar. Habrá una reunión con los padres de familia, estudiantes, el conductor, principal y/o supervisor para establecer un contrato de conducta.

En el caso de un tercer delito, el conductor va a escribir un informe de comportamiento. La consecuencia puede ser una suspensión de largo plazo de privilegios de viajar durante 2 semanas, semestre, o resto del año escolar. Padres serán notificados por teléfono y/o por escrito.

Las consecuencias pueden variar según la seriedad del problema y la cooperación del estudiante. En una situación peligrosa, inseguro o situación de vida amenazadora algunos o todos pasos se pueden eliminar.

Por favor hable con sus hijos sobre estas cuestiones para ayudarles a comprender la importancia de la seguridad en el autobús. Si tiene alguna pregunta o inquietud por favor no dude en ponerse en contacto con la Oficina Distrita Escolar de Zillah al 509-829-5911.

Firma de Padre/Tutor _____

Fecha _____

Firma de Estudiante _____

DISTRITO ESCOLAR DE ZILLAH NO. 205
CUESTIONARIO DE VIVIENDA ESTUDIANTIL

Para distribución a todas las familias/estudiantes anualmente

Ultimo Nombre	Primer Nombre	Grado	<input type="checkbox"/> Femenina <input type="checkbox"/> Masculino
------------------	------------------	-------	---

Este formulario está destinado a los requerimientos de la dirección de la Ley McKinney-Vento, Título X, la Parte C de la Ley Que Ningún Niño Se quede Atrás. Sus respuestas a estas preguntas ayudarán a la inscripción escolar y pueden permitir al estudiante recibir servicios adicionales.

1. ¿Es su arreglo de vivienda actual de residencia temporal al momento? Sí No
2. ¿Es su arreglo vivo debido a la pérdida de alojamiento o dificultades económicas? Sí No
3. ¿Espera este estudiante la colocación de cuidado de crianza? Sí No
4. ¿Es inadecuada su residencia corriente para cumplir necesidades físicas y psicológicas? Sí No

Si usted contestó Sí a alguna de las preguntas, por favor complete el resto de este formulario. Si usted contest NO a todas las preguntas, usted puede parar aquí.

¿Dónde está el estudiante durante la noche? *(Por favor marque una caja)*

- En un motel/hotel
- En un refugio
- Con más de una familia en una casa, casa móvil, o apartamento
- En un auto, parque, campo o la ubicación no es usada para alojamiento

Dirección de la Calle	Ciudad	Código Postal
Dirección de Correo	Ciudad	Código Postal

Padre o Tutor Legal	Relación a Estudiante	Teléfono Celular	Teléfono de Trabajo
Padre o Tutor Legal	Relación a Estudiante	Teléfono Celular	Teléfono de Trabajo

Declaro bajo la pena del perjurio según las leyes del Estado de Washington que la información proporcionada aquí es verdad y es correcta.

Firma de Padre/Tutor _____ Fecha _____ **O**
 Firma de jóvenes no acompañados _____ Fecha _____

Certifico que el estudiante nombrado arriba califica para derechos y servicios bajo la ley McKinney-Vento.

Firma de Enlace de McKinney-Vento _____ **Fecha** _____

Para ponerse en contacto con el enlace de personas sin hogar/McKinney-Vento por favor llame al (509) 829-5911.

Zillah School District No. 205

213 Fourth Avenue Zillah, WA 98953
Phone 509-829-5911 Fax 509-829-6290

AUTHORIZATION FOR RELEASE OF CONFIDENTIAL EDUCATIONAL INFORMATION AND RECORDS

Records to be released to: Zillah School District No. 205
213 Fourth Avenue
Zillah, Washington 98953
Attn: Cindy Gamache

<input type="checkbox"/>	Unofficial Request for Records: If checked this is non-resident student requesting enrollment into Zillah schools. Therefore this is an unofficial request for records to review before an official transfer can be made. Please fax items checked below to the listed fax number. Thank you.
<input type="checkbox"/>	Official Request for Records and Transfer: If checked this is an official request for records and transfer. Please fax items checked below to the listed fax number and send cumulative file by mail to the above address as soon as possible. Thank you.
FAX (509) 829-6290	<input type="checkbox"/> Current Academic Grade Report/Transcript <input type="checkbox"/> Attendance Record <input type="checkbox"/> Discipline Report <input type="checkbox"/> Immunization Record <input type="checkbox"/> Special Program Records

Student's Full Legal Name

Grade

PREVIOUS SCHOOL INFORMATION

School Name: _____

City/Town: _____

Phone: _____ Fax: _____

In order to receive the necessary records from your son/daughter's previous school, the district requires that a release form be signed. The following form, signed by the **LEGAL** parent or guardian of the above named student, will grant the Zillah School District the necessary permission to request and receive all previous school records including Special Program Records.

I hereby authorize the release of records for the above named student to Zillah School District No. 205.

Date: _____ Signature: _____
(Legal Parent/Guardian or Student if over 18) Relationship to Student