



SISTEMA DE ESCUELAS PÚBLICAS DE LA PARROQUIA DE JEFFERSON
 501 MANHATTAN BOULEVARD
 HARVEY, LOUISIANA 70058
 (504) 349-7600
 jpschools.org

Inscripción para Estudiantes Nuevos

Información del Hogar

Por favor proporcione el número de teléfono primario asociado con su hogar. Más adelante, durante este proceso de registro, usted podrá registrar otros métodos de contacto, incluyendo números de teléfonos y direcciones electrónicas.

* Clave del Mensaje de preferencia

Emergencia – Método de contacto para mensajes de emergencias

Alta prioridad - Información importante/ urgente procedente de la escuela o del distrito

Asistencia - Notificación automatizada cuando su hijo está ausente de la escuela
Comportamiento - Notificación automatizada de reportes de conducta para las escuelas participantes

General - Mensajes informativos enviados por la escuela o el distrito (es decir, próximos eventos y noticias)

Número de Teléfono

Hogar/Primario

		* Emergencia	* Alta prioridad	* Asistencia	* Comportamiento	* General
Voz		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Texto		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿En que idioma prefiere recibir las comunicaciones en la casa? _____

Dirección

# de Calle	Prefijo (E, N)	Nombre de la Calle	(Calle, Pasaje, Avenida)	Dirección (N, S, E, O)	# de Apartamento
Ciudad, Estado, Código Postal					

Información del Padre/Guardián #1

Primer Nombre		Segundo Nombre		Apellido	Sufijo (Jr, Sr)	Relación (Madre/Padre/Guardián)	
Fecha de Nacimiento	Género	Idioma Preferido		¿Vive en la misma dirección?	Raza	Hispano	
				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

de Teléfono Celular

		* Emergencia	* Alta prioridad	* Asistencia	* Comportamiento	* General
Voz		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Texto		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

de Teléfono del Trabajo

		* Emergencia	* Alta prioridad	* Asistencia	* Comportamiento	* General
Voz		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Texto		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dirección de Correo Electrónico

		* Emergencia	* Alta prioridad	* Asistencia	* Comportamiento	* General	Profesor
Primario		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Secundaria		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* Ver la clave del mensaje de preferencia en la parte superior de la primera página

¿Está usted actualmente activo en el servicio militar: S / N

Rama: _____

¿Desea ser contactado/a por la Organización de Padres y Maestros: Número de Contacto : _____

Información del Padre/Guardián #2

Primer Nombre		Segundo Nombre		Apellido		Sufijo (Jr, Sr)	Relación (Madre/Padre/Guardián)	
Fecha de Nacimiento	Género	Idioma Preferido		¿Vive en la misma dirección? <input type="checkbox"/>		Raza		Hispano <input type="checkbox"/>

Teléfono Celular

		* Emergencia	* Alta prioridad	* Asistencia	* Comportamiento	* General
Voz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Texto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Teléfono Trabajo

		* Emergencia	* Alta prioridad	* Asistencia	* Comportamiento	* General
Voz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Texto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		* Emergencia	* Alta prioridad	* Asistencia	* Comportamiento	* General	Profesor
Dirección de correo electrónico		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Primario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Secundario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* Ver mensaje de preferencia llave en la parte superior de la primera página

¿Está usted actualmente activo en el servicio militar: S / N

Rama: _____

¿Desea ser contactado por la Organización de Padres y Maestros:

Número de Contacto: _____

Contacto de Emergencia #1

Primer Nombre, Inicial de Segundo Nombre		Apellido		Relación con el Estudiante		Sufijo (Jr, Sr)	Fecha de Nacimiento
Género		Idioma Preferido		Teléfono de Casa		Teléfono Celular	
Teléfono de Trabajo		Dirección de Correo Electrónico		¿Vive en la misma dirección?		Dirección	

¿Esta persona es un pariente? S / N

Contacto de Emergencia #2

Primer nombre, Inicial de Segundo Nombre		Apellido		Relación con el Estudiante		Sufijo (Jr, Sr)	Fecha de Nacimiento
Género		Idioma Preferido		Teléfono de Casa		Teléfono Celular	
Teléfono de Trabajo		Dirección de Correo Electrónico		¿Vive en la misma dirección?		Dirección	

¿Es esta persona un pariente? S / N

Otros Familiares en el Hogar

Utilice esta sección para anotar a otras personas que viven en el hogar, ya sean Padres/Guardianes (hermanos, hermanas, etc.).

Primer Nombre, Inicial de Segundo Nombre	Apellido	Sufijo (Jr, Sr)	Relación	Fecha de Nacimiento	Género	Idioma Referido

Información del Estudiante

Información demográfica del Estudiante

Por favor verifique o añada la siguiente información. Actualice cualquier información que este incorrecta. Escriba el nombre del estudiante exactamente como aparece en el certificado de nacimiento. Si su hijo/a tiene dos apellidos, escriba los dos apellidos en la casilla marcada "apellido". Por favor, escriba ambos nombres sin un guion en medio.

Primer Nombre		Hijo Adoptivo (circule uno)	<input type="checkbox"/>
Segundo Nombre		Aplicar para indigentes, se escapó de su casa o migrante (circule uno)	<input type="checkbox"/>
Apellido		Grado de inscripción (próximo año escolar)	
Sufijo		Con quién vive el alumno? (circule uno)	Ambos Padres / Madre / Padre/ Otros
Apodo		Si has contestado "otros" arriba, por favor describa:	
Género		Numero celular del estudiante:	
Fecha de Nacimiento		Dirección del correo electrónico del estudiante	
Fecha en que entro a los U.S. (si no nació en Estados Unidos)			

Número de Seguro Social del Estudiante **: _____

**El Número de Seguro Social es opcional para propósitos de registro. JPPSS no negará el registro a un estudiante si la familia no proporciona la tarjeta oficial de Seguridad Social.

Raza/Origen étnico

Es Hispano /Latino **S / N**

Por favor, marque todas las que se aplican. Si no es hispano, por lo menos uno es requerido.

- Indio Americano o Nativo de Alaska
- Asiático
- Negro o Afroamericano
- Nativo Hawaiano u otro Islas del Pacífico
- Blanco

Servicios especiales

	Sí	No
<input type="checkbox"/> Recibe su hijo/a servicios de educación especial? *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Recibe su hijo/a servicios de dotados/talentos? *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Recibe su hijo/a servicios de terapia del habla/lenguaje? *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Recibe su hijo/a actualmente servicios de alojamiento 504?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Estuvo el estudiante recibiendo servicios de ESL? *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Estuvo el estudiante recibiendo clases en el hogar durante el pasado año escolar? *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Estuvo el estudiante recibiendo servicios confinados en el hogar? *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Misceláneos

Si el estudiante es elegible, usar el servicio de autobús? Sí No

Por favor, marque el tipo de seguro médico que su hijo/a tiene (elija uno): Privada Medicaid
 Programa LaCHIP Ninguno

¿Si la escuela de su hijo/a ofrece los servicios de Cuidado Infantil Antes/Después de la escuela, está usted interesado/a?
 Sí No

Preferencias del Idioma: Por favor, escriba abajo las preferencias del idioma para el estudiante.

Idioma Primario del Estudiante	Idioma Primario de los Padres
¿Cuál fue el primer idioma hablado por el estudiante?	¿Cuál es el idioma más hablado en el hogar?
¿Cuál es el idioma más hablado por el estudiante con sus amigos	¿Ha recibido su hijo/a servicios de inglés como segundo idioma (ESL/ELL)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Escuela Anterior

Por favor escriba la información sobre la escuela a la que el/la estudiante asistió el año pasado (2014-2015).

	Escuela	Ciudad	Estado	País
Año pasado (2014-2015):				

Experiencia Educativa Previa (circule uno):

Escuela Pública Pre-K / Escuela Pre-K No Pública / Centro de Cuidado Infantil Autorizado / Programa del Cuidado Infantil en el Hogar/
Programa Head Start/ Escuelas de la Tribu / Hogar

¿Está usted interesado/a en que el estudiante sea examinado para la admisión a una Academia de Estudios Avanzados?
 Sí No

Información de la Tribu

Marque aquí si el estudiante tiene actualmente un registro activo dentro de una tribu de los Estados Unidos: Si
Si es no, vaya a "Vivienda Temporal/Sección Migrante"

Nombre de la Tribu, Banda o Grupo: _____

La Tribu, Banda o Grupo es (circule uno): Reconocido por el Gobierno Federal/ Reconocido Estatalmente/ Cancelado/ Grupo Indígena Organizado/

Nombre del individuo con membresía en la tribu: _____

El nombre del individuo es el (circule): el niño/a / los padres del niño/ los abuelos del niño

Prueba de membresía, como lo define la Tribu, Banda o Grupo

Membresía o Número de Inscripción (si está disponible): _____

Si no hay número de membresía disponible, por favor explique:

Nombre y dirección de la organización que mantiene los datos de membresía para la Tribu, Banda o Grupo:

Vivienda Temporal/Migrante

¿Es la dirección del estudiante un arreglo de vivienda temporal? Sí No (si es no, vaya a la sección de "Relaciones...")

	Sí	No
¿Es el arreglo de vivienda temporal debido a una pérdida económica o de vivienda?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vive el estudiante en:		
Un refugio de emergencia o transición	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Temporalmente con otra familia porque no puede pagar ni encontrar una vivienda económica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Con un adulto que no es el padre o guardián legal, o solo sin un adulto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En un vehículo de cualquier tipo, caravanas o campamento sin agua/electricidad, edificio abandonado o vivienda de baja calidad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En una vivienda de emergencia (es decir, casa rodante de FEMA o recibe asistencia de parte de FEMA para la renta)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En un hotel/motel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En la espera de colocación de cuidado de hogar temporal de crianza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro (explique):		
	Sí	No
¿Tiene su hijo/a una discapacidad o recibe alguno servicios de educación especial?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Exhibe su hijo/a algún comportamiento que pueda interferir con su desempeño académico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Le gustaría recibir ayuda con:		
Uniformes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Expedientes del estudiante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿tiles escolares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transporte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Por favor explique:		
	Sí	No
Migrantes- ¿En los últimos 3 años, se ha mudado en busca de un trabajo temporal o estacional en la pesca, agricultura (incluyendo madera, lácteos, vivero y procesamiento de aves)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si su respuesta es sí por favor provea la dirección donde se movió		

Relaciones – Padres/Guardianes

Por favor escriba abajo los nombres de los padres que menciono anteriormente. Por lo menos 1 persona deberá de marcarse como guardián.

Nombre	Relación (madre, padre, tía)	Guardián **	Correo **	Portal **	Mensajero **
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

** **Correo** -esta persona está autorizada a recibir el correo del estudiante | **Portal** - Esta persona podrá ver la información del estudiante dentro del portal en línea para padres del estudiante, incluyendo calificaciones y asistencia. | **Mensajero** - Esta persona recibirá información del sistema escolar, como se indica en las secciones anteriores, (es decir, las preferencias de contacto). ESTA CASILLA DEBERA DE SER MARCADA PARA QUE USTED RECIBA LLAMADAS Y CORREOS ELECTRÓNICOS DEL DISTRITO ESCOLAR. | **Secuencia de Contacto** – El personal del distrito se comunicará con los contactos en el orden indicado.* *

Servicios de Salud – Informaci3n de Emergencia/ M3dica o de Condiciones de Salud Mental

Proveedor de atenci3n medica primaria: _____ # de tel3fono del proveedor de atenci3n medica primaria: _____

Condiciones M3dicas o de Salud Mental: _____

Servicios de Salud – Medicamentos:

Medicamentos diarios: Si No

Se toma el medicamento: en casa en la escuela

Instrucciones del medicamento: _____

Instrucciones de emergencia del medicamento: _____

Medicar seg3n sea necesario: Si No

Si fuera necesario, donde se deber3 de administrar el medicamento: en casa en la escuela

Instrucciones del Medicamento si fuera Necesario: _____

Acuerdo de Publicaci3n – Medios de comunicaci3n (adjunto)

Si – Yo estoy de acuerdo con la Forma de Publicaci3n de Fotograf3a del Distrito y otorgo el permiso como se indica en esta forma

No – Yo no estoy de acuerdo con la Forma de Publicaci3n de Fotograf3a del Distrito y no otorgo el permiso como se indica en esta forma.

Convenio de Liberaci3n– Excursi3n

Yo entiendo que recibir3 una forma de permiso de cada una de las escuelas y/o paseos aprobados por el distrito y que tendr3 que devolver esta forma firmada para que el estudiante pueda participar. ____ Iniciales

Acuerdo de liberaci3n – Reclutamiento Militar (Escuela Intermedia y Secundaria solamente)

Por favor marque si usted no desea compartir esta informaci3n de contacto con los reclutadores militares. ____ Iniciales

Acuerdo de liberaci3n – Tecnolog3a (adjunta)

Yo he le3do y entiendo el Reglamento del Uso Aceptable de Tecnolog3a y me comprometo a revisar este reglamento con mis hijos.

Yo certifico que toda la informaci3n proporcionada es verdadera, correcta y completa de acuerdo a mi entendimiento.

Firma del Padre/Guardi3n: _____