



Registración de Estudiante

NOMBRE LEGAL COMPLETO DEL ESTUDIANTE TAL COMO APARECE EN LA ACTA DE NACIMIENTO

Apellido _____ Primer _____ Segundo _____

Sufijo Jr. Sr. Marque si no tiene segundo nombre _____ Apodo _____

Grado: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Género: Masculino / Femenino

ANTECEDENTES RACIALES/ÉTNICOS – POR FAVOR COMPLETE TODAS LAS PREGUNTAS 1 a 2

- Para el reporte de información federal. **¿Es el estudiante hispano o latino?** Sí _____ No _____
Una persona de origen mexicano, puertorriqueño, cubano, de Centroamérica o Sudamérica, o de otra cultura u origen española-independientemente de su raza.
- Para el reporte de información Federal, por favor marque todas las que aplican para el estudiante – **usted debe marcar por lo menos una.**
 _____ **Indio Americano o Nativo de Alaska** – Una persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos originarios del Norte y Sud América (incluyendo Centroamérica), **Y QUE MANTIENE AFILIACION TRIBAL O CONEXIÓN A LA COMUNIDAD.**
 _____ **Asiático** – Una persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos originales del Lejano Oriente, Sudeste del Asia o del subcontinente Indio incluyendo, por ejemplo, Camboya, China, India, Japón, Corea, Malasia, Pakistán, Islas Filipinas, Tailandia y Vietnam.
 _____ **Negro o Afro Americano** – Una persona que tiene orígenes en cualquiera de los grupos negros raciales de África.
 _____ **Hawaiano Nativo u Otro Isleño Pacífico** – Una persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos originales de Hawái, Guam, Samoa u otras Islas del Pacífico.
 _____ **Blanco** – Una persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos originales de Europa, el Oriente Medio, África del Norte.

INFORMACIÓN ADICIONAL DEL ESTUDIANTE

- ¿Es el estudiante un padre joven? **Sí/No**
- ¿Está actualmente sin hogar el estudiante (carece de una residencia fija, regular o adecuada para pasar la noche)? **Sí/No**
- ¿Es el estudiante un pupilo (huérfano) del estado (los derechos de los padres se han terminado por orden de la corte)? **Sí/No**

INFORMACIÓN EDUCATIVA

Por favor, marque: Estudiante nuevo _____ El estudiante ha asistido a una escuela de Willmar previamente _____ Fechas _____
El estudiante ha asistido a una escuela de Minnesota previamente _____ Lugar _____ Fechas _____

Escuelas asistidas (incluya en lista la escuela más reciente)	Ciudad	Estado	Fechas de asistencia	Grado

SERVICIOS DE EDUCACIÓN ESPECIAL

- ¿Tiene el estudiante un plan individual de educación (IEP) actual? **Sí / No**
***Por favor deje una copia de un IEP/IFSP/IIIP**
 ¿Usa transporte especial que está escrita en el IEP? **Sí / No**
 ¿Recibió su hijo servicios de educación especial en su escuela anterior? **Sí / No**
 ¿Tiene su hijo un plan de acomodación 504? **Sí / No**

Minnesota Language Survey

Minnesota is home to speakers of more than 100 different languages. The ability to speak and understand multiple languages is valued. The information you provide will be used by the school district to see if your student is multilingual. In Minnesota, students who are multilingual may qualify for a Multilingual Seal upon further assessment. Additionally, the information you provide will determine if your student should take an English proficiency test. Based upon the results of the test, your student may be entitled to English language development instruction. **Access to instruction is required by federal and state law. As a parent or guardian, you have the right to decline English Learner instruction at any time.** Every enrolling student must be provided with the Minnesota Language Survey during enrollment. Information requested on this form is important to us to be able to serve your student. Your assistance in completing the Minnesota Language Survey is greatly appreciated.

Student Information	
Student's Full Name: (Last, First, Middle)	Birthdate or Student ID:

	Check the phrase that best describes your student:	Indicate the language(s) other than English in space provided:
1. My student first learned:	<input type="checkbox"/> language(s) other than English. <input type="checkbox"/> English and language(s) other than English. <input type="checkbox"/> only English.	
2. My student speaks:	<input type="checkbox"/> language(s) other than English. <input type="checkbox"/> English and language(s) other than English. <input type="checkbox"/> only English.	
3. My student understands:	<input type="checkbox"/> language(s) other than English. <input type="checkbox"/> English and language(s) other than English. <input type="checkbox"/> only English.	
4. My student has consistent interaction in:	<input type="checkbox"/> language(s) other than English. <input type="checkbox"/> English and language(s) other than English. <input type="checkbox"/> only English.	

Language use alone does not identify your student as an English learner. If a language other than English is indicated, your student will be screened for English language proficiency.

Parent/ Guardian Information	
Parent/Guardian Name (printed):	
Parent/Guardian Signature:	Date:

* All data on this form is private. It will only be shared with district staff who need the information to best serve your student and for legally required reporting about home language and service eligibility to the Minnesota Department of Education. At the district and at the Minnesota Department of Education, this information will not be shared with other individuals or entities, except if they are authorized by state or federal law to access the information. Compliance with this request for information is voluntary.

WILLMAR



PUBLIC SCHOOLS

Request for Student Records

I hereby authorize:

_____ (Former School /School District)

_____ (Street or P.O. Box)

_____ (City, State and Zip Code)

Phone: _____

Fax: _____

To forward all information including Immunizations/Health, Educational, Psychological, Standardized & Basic Test Scores, Title I, ELL, Special Education and /or Early Childhood Records concerning:

Student:

_____ First Middle Last

Grade _____

Birth Date _____

Parent/Guardian
Signature _____

Date _____

Please forward this information to the following school address or fax to:

Kennedy Elementary
824 7th St. S.W.
Willmar, MN 56201
(P) 320-214-6688
(F) 320-235-9536

Roosevelt Elementary
1800 19th Ave. S.W.
Willmar, MN 56201
(P) 320-231-8471
(F) 320-231-1170

Willmar Middle School
209 Willmar Ave S.E.
Willmar, MN 56201
(P) 320-214-6000
(F) 320-235-1254

Willmar Senior High
2701 30th St. N.E.
Willmar, MN 56201
(P) 320-231-8300
(F) 320-231-8460

District Office
611 5th St. S.W.
Willmar, MN 56201
(P) 320-231-8500
(F) 320-231-1061

Jefferson Learning Center
1234 Kandiyohi Ave. S.W.
Willmar, MN 56201
(P) 320-231-8490
(F) 320-231-5484

Alternative Learning Center (ALC)
512 8th St. S.W.
Willmar, MN 56201
(P) 320-214-6692
(F) 320-235-5352



Fecha: _____

Nombre del niño(a): _____

Género: M / F

Fecha de nacimiento del niño(a): _____

Yo otorgo mi permiso para que la escuela de mi hijo/a comparta la documentación de inmunización de mi hijo/a con el sistema de información de inmunización de Minnesota(MIIC) (Minnesota immunization information system). Sí / No

Padre(s)/Tutor(es): _____ # de teléfono de día _____

Historia Médica

1. ¿Cuándo fue el último examen médico de su hijo(a)? _____
Nombre de médico o clínica: _____
2. ¿Ha estado hospitalizado su hijo(a) dentro del último año? Sí / No
Si su respuesta es que sí, describa la razón: _____
3. ¿Toma su hijo(a) algún medicamento regularmente? Sí / No
¿Si su respuesta es que sí, ¿qué medicamento es? _____
4. ¿Tiene su hijo(a) necesidades dietéticas especiales? Sí / No
Por favor, descríbalas: _____

¿Ha tenido su hijo(a) cualquier de los siguientes problemas de salud?

Catarros frecuentes ____ Dolor de garganta ____ Infecciones del oído ____ Asma ____ Eczema ____ Dificultades de habla ____

Una condición del corazón ____ Diabetes ____ Trastorno convulsivo ____

Alergias: Si su hijo(a) tiene alergias, por favor identifique la razón y describa los síntomas:

Alimentos _____

Picaduras de insectos _____

Otro _____

Otros problemas de salud: (Descríbalos, por favor): _____

Visión

¿Ha tenido su hijo(a) un examen o tratamiento de visión? No / Sí; ¿cuándo? _____

Resultados: Visión normal lentes/lentes de contacto "falta de percepción visual

otro _____

Estudiantes Primarios Solamente

Estudiantes de Primaria solamente: Indique cualquier preocupación que usted tenga sobre los siguientes comportamiento(s) en su hijo(a):

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Pesadillas | <input type="checkbox"/> Irritable, se molesta fácilmente | <input type="checkbox"/> Destruye las cosas a propósito |
| <input type="checkbox"/> Nervioso | <input type="checkbox"/> Se chupa el dedo pulgar | <input type="checkbox"/> Sostiene la respiración |
| <input type="checkbox"/> Inquietud | <input type="checkbox"/> Incapaz de compartir | <input type="checkbox"/> Demasiado sensible |
| <input type="checkbox"/> Celos | <input type="checkbox"/> Obstinado, que no coopera | <input type="checkbox"/> Quiere demasiada atención |
| <input type="checkbox"/> Desobediente | <input type="checkbox"/> Melancólico, malhumorado, temperamental | <input type="checkbox"/> Está de mal humor |
| <input type="checkbox"/> Come las uñas | <input type="checkbox"/> Difícil de separarse de los padres | <input type="checkbox"/> Muy sensible a los olores o texturas |

Otro(s): _____

¿Puede su hijo ir al baño independientemente? Sí / No

¿Tiene su hijo accidentes del baño todavía? Sí / No