



RETURNING STUDENT ENROLLMENT CHECKLIST

Local ID# _____

OEISD Campus _____

PK MILITARY

Odem-Edroy Independent School District Returning Student Registration Requirements

School Year 2014-2015

Date: _____

_____AM/PM

(Last)_____
(First)_____
(Middle)_____
(Grade)Student Information: Transfer Student (Out-of-District)

Documentation/Forms	Returned ✓	Initialed by PEIMS Clerk
Proof of Residency: Must provide a <u>current copy</u> from the following list (To be collected in August) <ul style="list-style-type: none"> • Utility Bill • Rental or Lease Agreement • Builder's Letter • Contract of Sale • Current Voter's Registration Card 		
Registration Update Form		
Student Residency Questionnaire		
Family Survey (Migrant)		
Health Information		
Emergency Information Card		
Bus Transportation Request Form		
Military Connected Student Form		
Student Foster Care Form		
Home-School Compact (TO BE COMPLETED IN AUGUST)		
Free and Reduced Lunch Application (TO BE COMPLETED IN AUGUST)		

***Please call your prospective campus if you need to update any information during the school year.**

For office use only

(Signature of collecting PEIMS Clerk)_____
(Date)



Questionario de Residencia para Estudiantes

Local ID#

OEISD Campus

PK MILITARY

PLEASE PRINT

Purpose: This form is to help identify students in homeless situations as required by the McKinney-Vento Homeless Assistance Improvements Act, 42 U.S.C.11434a(2) for Odem-Edroy ISD.

Nombre de la Escuela _____

Nombre del Estudiante _____ Sexo: Masculino
Apellido Nombre Segundo Nombre Femenino

Fecha de Nacimiento ___/___/___ Edad: ___ # de Seguro Social: ___
Mes Día Año (o número de indentificación escolar)

El propósito de este cuestionario es presentar los objetivos del Acta McKinney-Vento (42 U.S.C.11434a(2)). Las respuestas a estas preguntas ayudarán determinar los servicios que el estudiante debe recibir.

- 1. ¿Es su domicilio actual un arreglo de vivienda temporal (de poca duración)? ___ Si ___ No
2. ¿Es este arreglo de vivienda temporal debido a la pérdida de su casa, vivienda o habitación, o debido a algún problema económico (ejemplo: desempleo)? ___ Si ___ No

Si usted contestó NO a estas preguntas, no siga.

Si usted contestó SI a estas preguntas, por favor complete el resto de este formulario.

¿Dónde se encuentra viviendo el estudiante actualmente? (Marque una opción.)

- En un motel
 En un albergue o lugar de refugio
 Con más de una familia en una casa o apartamento
 Moviéndose de lugar en lugar
 En un lugar generalmente no designado para dormir (ejemplo: carro, parque, o campamento)

Nombre del Padre/Madre/Guardián _____

Dirección _____ Zona Postal _____ Teléfono _____

Presentar información falsa o la falsificación de documentos para uso escolar son ofensas bajo la Sección 37.10 del Código Penal, y la inscripción del estudiante usando documentos falsos traerá como consecuencia que los responsables estarán sujetos a pagar los gastos de instrucción u otros cargos. TEC Sec. 25.002(3)(d).

Firma del Padre/Madre/Guardián _____ Fecha _____

For office use only: Campus Enrollment Designees: Please send a copy of this form that documents (Yes to questions 1 & 2) per interoffice to Esperanza Juarez, Central Office. Please retain a copy of this form regardless of yes/no answer with student enrollment forms.

I certify the above named student qualifies for the Child Nutrition Program under the provisions of the McKinney-Vento Act.

Date _____

McKinney-Vento Liaison Signature _____



Education Service Center, Region 2
 209 N. Water St.
 Corpus Christi, TX 78401
 2014 - 2015
 (361) 561-8615/8602

ENCUESTA DE FAMILIA



Fecha: _____

Estimados padres,

Para mejorar los servicios educativos de sus hijos, el distrito escolar de Odem-Edroy quisiera identificar estudiantes que puedan calificar para recibir servicios educativos adicionales. **Toda la información proporcionada será mantenida confidencial.** Favor de responder a las siguientes preguntas y devolver esta forma a la escuela de su niño/a.

O, si prefiere, para más información, llame a: (361) 561-8615

Nombre de su Niño/a: _____ **Edad** _____ **Grado** _____
Fecha de Nacimiento: _____

1. ¿Ha cambiado de residencia usted o alguien en su familia dentro de los últimos tres años?
 Sí _____ No _____

2. Si usted contesto "sí" en la pregunta anterior, ¿ha trabajado usted en la agricultura o en la pesca? (por ejemplo, trabajo de agricultura, trabajo de rancho, pesca de camarones, trabajo en la lechería, el proceso de carne, actividades relacionadas con la ganadería, o trabajo de gin)
 Sí _____ No _____



Si usted contestó "Sí," en las dos preguntas anteriores, un representante del distrito escolar quizás se vaya a comunicar con usted para averiguar si su niño/a califica para servicios educativos adicionales. Favor de completar la siguiente información:

Nombre del Padre/Guardián: _____

Número de teléfono: _____

Número Alterno: _____

Dirección: _____

Dirección de correo electrónico: _____

La mejor hora para localizarlo: _____

Schools: Please return this survey to the Education Service Center, Region 2, ATTN: Isabel Gonzales, MEP



HEALTH INFORMATION
SPANISH

Local ID#

OEISD Campus

PK MILITARY

PLEASE PRINT

FECHA: _____

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____

GRADO: _____ Fecha de Nacimiento: _____

DEME UNA LISTA POR FAVOR DE CUALQUIER ENFERMEDAD QUE SU HIJO/A AYAN TENIDO O LAS OPERACIONES: (ejemplos: asma, ataques, tubos, migrañas, etc.)

UNA LISTA POR FAVOR DE EL MEDICAMENTO QUE ESTE TOMANDO A DIARIO EN SU ENBASE Y TAMBIEN EL MOTIVO PORQUE ESTE MEDICAMENTO SE LE DA:

ALERGIAS DE COMIDA O DE MEDICINAS? _____

ALERGIAS DE INSECTOS/AVISPAS/COLMENAS? _____

YO TRAIRE LA EPIPEN/BENADRYL PARA MI HIJO/HIJA CUANDO EMPIEZE LA ESCUELA COMO ES RECOMENDADA POR NUESTRO MEDICO

Sí

NO

OTROS NIÑOS EN EL HOGAR (por favor una lista de Nombres y Fecha de nacimiento)

Doy mi permiso a los empleados de ODEM-EDROY ISD para dar a mi niño(a) las siguientes medicinas verificadas durante las horas de clases si se necesita. Verifiqué por favor los artículos siguientes que su niño(a) puede utilizar. Si usted quiere que su niño(a) tenga acceso a cosas como Tylenol y Tums usted tiene que proporcionar la edad apropiada a la medicina en el paquete original.

- _____ Medicina para los ojos
- _____ Peppermint/sin azúcar peppermint
- _____ Petrolatum Blanco (labios con grietas)

- _____ Unscented loción de las manos
- _____ Medicina para picazón

Firma del Padre / guardián

Fecha

Número de teléfono

Celular

Número de teléfono del trabajo

Algún Otro número de teléfono



**MILITARY CONNECTED STUDENT FORM
SPANISH
(Distrito Escolar Independiente de
Odem-Edroy ISD
Formulario Estudiantil de Afiliación Militar)
2014-2015**

Local ID# _____

OEISD Campus _____

FAVOR DE REGRESAR ESTE FORMULARIO A LA ESCUELA DE SU HIJO(A) SOLO SI CUMPLE CON UNO DE LOS CRITERIOS SIGUIENTES

En 2009 la Legislatura de Texas aprobó el Acuerdo Interestatal sobre Oportunidad Educacional para Estudiantes con Afiliación Militar - Código de Educación de Texas, Capítulo 162. Esta legislación requiere que las escuelas reconozcan y extiendan ciertos privilegios a los estudiantes que son dependientes de personal militar y para asistir a los estudiantes que dependen de militares en el proceso de transición de cambio de escuela cuando sus padres militares son reasignados y obligados a trasladarse.

Nombre del Padre ó Tutor: _____

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

ID del estudiante: _____ Grado Escolar: _____ Escuela: _____

Favor de marcar una de las casilla siguientes para indicar si su niño(a) es un dependiente de un miembro de:

Para todos los estudiantes:

- Servicio Activo: Ejército, Marina, Fuerza Aérea, Infantería de Marina o la Guardia Costera [Esto incluye Desaparecido en Combate (MIA)]
- Guardia Nacional de Texas
- Servicio de Reserva: Ejército, Marina, Fuerza Aérea, Infantería de Marina o la Guardia Costera

Para los estudiantes del Pre-Kinder SOLAMENTE:

- Las fuerzas armadas o las fuerzas reservadas de los Estados Unidos (Ejército, Marina, Fuerza Aérea, Infantería de Marina o la Guardia Costera) o la Guardia Nacional de Texas que ha sido herido o ha muerto durante el servicio activo



**MILITARY CONNECTED STUDENT FORM
SPANISH
(Distrito Escolar Independiente de
Odem-Edroy ISD
Formulario Estudiantil de Afiliación Militar)
2014-2015**

Local ID# _____

OEISD Campus _____

**FAVOR DE REGRESAR ESTE FORMULARIO A LA ESCUELA DE SU HIJO(A) SOLO
SI CUMPLE CON UNO DE LOS CRITERIOS SIGUIENTES**

En 2009 la Legislatura de Texas aprobó el Acuerdo Interestatal sobre Oportunidad Educativa para Estudiantes con Afiliación Militar - Código de Educación de Texas, Capítulo 162. Esta legislación requiere que las escuelas reconozcan y extiendan ciertos privilegios a los estudiantes que son dependientes de personal militar y para asistir a los estudiantes que dependen de militares en el proceso de transición de cambio de escuela cuando sus padres militares son reasignados y obligados a trasladarse.

Nombre del Padre ó Tutor: _____

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

ID del estudiante: _____ Grado Escolar: _____ Escuela: _____

Favor de marcar una de las casilla siguientes para indicar si su niño(a) es un dependiente de un miembro de:

Para todos los estudiantes:

- Servicio Activo: Ejército, Marina, Fuerza Aérea, Infantería de Marina o la Guardia Costera [Esto incluye Desaparecido en Combate (MIA)]
- Guardia Nacional de Texas
- Servicio de Reserva: Ejército, Marina, Fuerza Aérea, Infantería de Marina o la Guardia Costera

Para los estudiantes del Pre-Kinder SOLAMENTE:

- Las fuerzas armadas o las fuerzas reservadas de los Estados Unidos (Ejército, Marina, Fuerza Aérea, Infantería de Marina o la Guardia Costera) o la Guardia Nacional de Texas que ha sido herido o ha muerto durante el servicio activo



**STUDENT FOSTER CARE FORM - SPANISH
2014-2015**

Local ID# _____

OEISD Campus _____

FAVOR DE REGRESAR ESTA FORMA AL CAMPUS QUE PERTENECE A SU HIJO(A) SOLO SI APLICA ALGUNO DE LOS CRITERIOS DESCRITOS A CONTINUACION

PLEASE PRINT

LA LEGISLATURA DEL ESTADO DE TEXAS ha promulgado una enmienda en la SECCION 1 Sección 7.029, del Código de la Educación el cual incluye los siguientes puntos:

La Legislatura requiere que las escuelas reconozcan y recopilen información referente al estatus del Programa de Cuidado de Crianza de todos los estudiantes.

Nombre del Padre: _____

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Si se sabe: # de Identificación del Estudiante: _____ Grado: ____ Centro: _____

Favor de marcar una de las opciones abajo indicando si la siguiente información es pertinente a su hijo(a):

Para todos los estudiantes:

El estudiante se encuentra dentro del cuidado del Departamento de Servicios de Protección a la Familia.

Para estudiantes de Pre-Kindergarten SOLAMENTE:

El estudiante de Pre-kindergarten ha estado previamente dentro del cuidado del Departamento de Servicios de Protección a la Familia.