



Beaver Dam Unified School District – Inscripción Escolar

For Office Use Only

School: _____

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE (Por favor ponga nombre LEGAL)

Apellido(s) del Estudiante		Primer Nombre del Estudiante		Segundo Nombre del Estudiante	
Fecha de Nacimiento	Género	Identidad de Género	Grado Entrando	Numero Celular del Estudiante (si hay)	
Idioma Nativo/de Nacimiento	La Ciudad y El Estado de Nacimiento		Condado de Nacimiento (Dodge, Dane, etc.)		El País de Nacimiento (USA, Canadá, México, etc.)

Designación de Etnicidad

Etnicidad Hispana/Latino? ☐ Sí ☐ No Si **SÍ**, por favor tache todo que aplica a continuación:
☐ Mexicano ☐ Colombiano ☐ Ecuatoriano ☐ Guatemalteco ☐ Salvadoreño
☐ Puertorriqueño ☐ Español ☐ Otro _____

Designación de Raza – Tache todo que aplica.

☐ Blanco ☐ Nativo de Hawái/ de otra Isla del Pacifico

☐ Indígena de América/de Alaska – seleccione la tribu a la que pertenece el estudiante (si corresponde):
☐ Bad River Band ☐ Ho-Chunk ☐ Forest County ☐ Lac du Flambeau ☐ Oneida Nation WI ☐ Menominee ☐ St. Croix
☐ Sokaogon ☐ Red Cliff ☐ Stockbridge ☐ Brothertown ☐ Lac Courte Oreilles ☐ Otro _____

☐ Asiático – si está marcado, tache todos los que correspondan a continuación:
☐ Burmese ☐ Chino ☐ Filipino ☐ Hmong ☐ Indio ☐ Japonés ☐ Karen
☐ Coreano ☐ Vietnamita ☐ Desconocido ☐ Otro _____

☐ Negro/Afroamericano – si está marcado, tache todos los que correspondan a continuación:
☐ Afroamericano ☐ Etiope-Oromo ☐ Etiope – Otro ☐ Liberiano ☐ Nigeriano ☐ Somalí
☐ Desconocido ☐ Otro: _____

INFORMACIÓN DE EDUCACIÓN

Por favor marque cualquiera programación especializada que su estudiante recibe:

☐ Ninguno ☐ Educación Especial/IEP ☐ Aprender el Idioma Inglés (ELL/ESL) ☐ Plan 504 ☐ Habilidades Sobresalientes ☐ Otro: _____

¿Ha sido expulsado este estudiante alguna vez o tiene un proceso de expulsión pendiente en otro distrito escolar?	¿Ha repetido alguna vez este estudiante un grado o ha sido acelerado?
☐ Sí ☐ No Si sí , explique por favor: _____ _____	☐ Grado Repetido ____ ☐ Grado acelerado de ____ a grado ____ ☐ No

Entrando desde

☐ Primer Año de Escuela ☐ Escuela Pública de Wisconsin ☐ Escuela Privada de Wisconsin ☐ Afuera del Estado ☐ Educación del Hogar ☐ País Extranjero

El Nombre de la Última Escuela y el Distrito de Donde Transfiriere	Ciudad y Estado

TRABAJO AGRÍCOLA

En los últimos tres años, ¿ha trabajado usted o algún miembro de su familia en trabajo agrícola?	☐ Sí ☐ No Si sí , por favor responda las preguntas siguientes:
¿Cuál es la relación del trabajador con el estudiante?	
¿Qué tipo de trabajo fue y dónde trabajaba?	
¿Cuándo se realizó este trabajo y por cuánto tiempo?	
¿Has venido a este distrito buscando trabajo agrícola? ¿En dónde?	

FAMILIA MILITAR

¿Es miembro Militar de EEUU algún padre/tutor de este estudiante?	☐ Sí ☐ No Si sí , por favor tache todos que aplican:
☐ Servicio Activo – deber de servicio a tiempo completo en el servicio militar activo de los Estados Unidos (Ejército, Armada, Fuerza Aérea, Cuerpo de Marinas o Guardacostas)	
☐ Un miembro tradicional de la Guardia Nacional o Reserva	
☐ A tiempo completo, en la Guardia Nacional Activa o Reserva (AGR) bajo el Título 10 o Guardia Nacional a tiempo completo bajo el Título 32	

INFORMACIÓN DE LA FAMILIA

¿Quién tiene la custodia PRIMARIA/FÍSICA del estudiante?
☐ Madre y Padre viven en la misma casa ☐ 50/50 custodia compartida ☐ Madre ☐ Padre ☐ Tutor ☐ Padre temporal ☐ Otro: _____
Los padres/tutores que se listan a continuación como la residencia principal del estudiante (familia 1) serán contactados primero en casos de emergencia o enfermedades.

¿Tiene el otro padre derechos legales a información educativa? ☐ Sí ☐ No
Si contesta que SI, ponga la información de ese padre bajo la sección de Familia 2.
Si contesta que NO, necesitamos ver los documentos legales (de corte) que demuestran la terminación de derechos parentales.

¿Con quién vive el estudiante?
 > Si el estudiante vive con AMBOS padres en la misma dirección, llene únicamente la sección de Residencia Principal (Familia 1).
 > Si el estudiante vive a tiempo parcial en una residencia como la dirección de ubicación principal y a tiempo parcial en otra dirección debido a un acuerdo de custodia, llene la información para la Familia 1 para la dirección de ubicación principal y la Familia 2 para la ubicación no primaria.

LA RESIDENCIA PRINCIPAL DEL ESTUDIANTE (FAMILIA 1)

Dirección (número, calle, ciudad, estado, código)	El Número de Teléfono Principal

Apellido(s) del Padre/Tutor		Nombre(s) del Padre/Tutor	Relación con el Estudiante
Nombre Soltera u Otro Nombre	Teléfono Celular	Teléfono de Trabajo	
El Correo Electrónico			

Apellido(s) del Padre/Tutor		Nombre(s) del Padre/Tutor	Relación con el Estudiante
Nombre Soltera u Otro Nombre	Teléfono Celular	Teléfono de Trabajo	
El Correo Electrónico			

LA RESIDENCIA SEGUNDA DEL ESTUDIANTE (FAMILIA 2)

Dirección (número, calle, ciudad, estado, código)	El Número de Teléfono Principal

Apellido(s) del Padre/Tutor		Nombre(s) del Padre/Tutor	Relación con el Estudiante
Nombre Soltera u Otro Nombre	Teléfono Celular	Teléfono de Trabajo	
El Correo Electrónico			

Apellido(s) del Padre/Tutor		Nombre(s) del Padre/Tutor	Relación con el Estudiante
Nombre Soltera u Otro Nombre	Teléfono Celular	Teléfono de Trabajo	
El Correo Electrónico			

RESIDENCY VERIFICATION – (SOLO SE USA LA OFICINA ESTA PARTE)

Verified by: _____

CATEGORY A DOCUMENT:

☐ Mortgage Statement ☐ Lease Agreement ☐ Closing Statement ☐ Accepted Purchase Agreement

CATEGORY B DOCUMENT:

☐ Gas/Electric ☐ Water ☐ Cable/Satellite ☐ Landline/Cell Phone ☐ Credit Card
☐ Bank Statement ☐ Wage Statement ☐ Health Ins ☐ Auto Ins ☐ Home/Renter Ins
☐ SSI ☐ W2 ☐ TANF ☐ Food Share ☐ Housing Assistance

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____

GRADO: _____

TRANSPORTACIÓN

Si su dirección es elegible para los servicios de transporte del distrito, ¿utilizará los servicios de autobús? ☐ Si ☐ No (Si sí, complete la información siguiente):			
Lugar de Recoger (de ida):	☐ No Necesita un Paseo	☐ Hogar	☐ Lugar Alternativo Aprobado:
Lugar de Regresar (de vuelta):	☐ No Necesita un Paseo	☐ Hogar	☐ Lugar Alternativo Aprobado:

Si desea que se recoja / regrese en un lugar alternativo para su estudiante, hay que llenar/entregar una Solicitud de Transporte Alternativo. Este formulario está disponible en el Centro de Servicios Educativos (400 E Burnett St.) o en el sitio web bdusd.org. **Las Solicitudes de Transporte Alternativo solo se pueden hacer para los estudiantes de grados 4K a 5.** Los estudiantes de grados 6 a 12 pueden calificar si existen circunstancias especiales. BDUSD toma la decisión final sobre todas las solicitudes alternativas de ida y vuelta.

INFORMACIÓN DE EMERGENCIA – No incluya al padre/tutor del estudiante como contacto de emergencia.

En el caso de enfermedad, herido/lesión, u otra emergencia, primero la escuela trata de comunicarse con los padres/tutores. Si no se puede contactar con un padre/tutor, por favor escriba la información **de 2 otras personas** que podemos contactar para recoger su estudiante.

Apellido(s)	Nombre(s)	Relación con el Estudiante
Dirección (número, calle, ciudad, estado, código)		
El Número de Teléfono Principal	Teléfono Celular	Teléfono de Trabajo

Apellido(s)	Nombre(s)	Relación con el Estudiante
Dirección (número, calle, ciudad, estado, código)		
El Número de Teléfono Principal	Teléfono Celular	Teléfono de Trabajo

En una situación de emergencia (de salud o de otro tipo) se harán intentos para ponerse en contacto con el padre/tutor. Si no puede comunicarse con el padre/tutor, el individuo designado como contacto de emergencia se llama. El BDUSD reserva el derecho de llamar a servicios médicos de emergencia si la situación lo amerita. Si su estudiante tiene problemas de salud especiales o circunstancias especiales, por favor póngase en contacto con la enfermera y/o director de la escuela de su estudiante.

INFORMACIÓN ACERCA DE HERMANOS (Edades 0 – 18)

Por favor liste cualquier otro niño en el hogar con el mismo padre; use otra hoja de papel si necesita más espacio.

Apellido(s)	Nombre(s)	Género	Raza	Fecha de Nacimiento	Vive Con
					☐ Familia 1 ☐ Familia 2
Apellido(s)	Nombre(s)	Género	Raza	Fecha de Nacimiento	Vive Con
					☐ Familia 1 ☐ Familia 2
Apellido(s)	Nombre(s)	Género	Raza	Fecha de Nacimiento	Vive Con
					☐ Familia 1 ☐ Familia 2
Apellido(s)	Nombre(s)	Género	Raza	Fecha de Nacimiento	Vive Con
					☐ Familia 1 ☐ Familia 2

Yo verifico que esta información es totalmente exacta a lo mejor de mi conocimiento.

Firma del Padre/Tutor _____

Fecha: _____

El Consejo Escolar no discrimina en base de las Clases Protegidas de raza; color; religión; origen nacional; sexo (incluyendo el estado transexual, cambio de sexo o identidad de género) antepasados; credo; embarazo; estado marital; estado parental; discapacidad; orientación sexual; o discapacidad física, mental, emocional, o de aprendizaje o cualquier otra característica protegida por las ley Federal o Estatal en sus programas o actividades. Colectivamente "Clases Protegidas" en sus programas educacionales o actividades.



La Encuesta del Idioma Hogar en el estado de Wisconsin

Propósito: La información en este formulario nos ayuda a identificar a los estudiantes que pueden necesitar ayuda para desarrollar las habilidades del idioma inglés necesarias para tener éxito en la escuela. Las pruebas de idioma pueden ser necesarias para determinar si su hijo necesita ayuda con el idioma. **Por favor llena los dos lados de esta página.**

Las respuestas no se usarán para determinar estatus legal o para inmigración. Si se identifica a su hijo como elegible para servicios de idioma inglés, puede rechazar algunos o todos los servicios ofrecidos a su hijo.

Apellido de Estudiante		Nombre de Estudiante		Segundo Nombre
Fecha de Nacimiento	Grado	Distrito Escolar	Distrito ID	Escuela
		Beaver Dam	0336	

Apellido de Padre/Guardián	Nombre de Padre/Guardián	Relación
Firma de Padre/Guardián		

Apellido de Padre/Guardián	Nombre de Padre/Guardián	Relación
Firma de Padre/Guardián		

Preferencia de los padres para los idiomas utilizados para las comunicaciones escolares (puede ser múltiple)

Nombre de Padre /Madre	Idioma preferencia para Comunicación Oral:	Idioma preferencia para Comunicación Escrita:	¿Quieres intérprete para las conferencias de maestros y las reuniones escolares?
			☐ Sí ☐ No
			☐ Sí ☐ No

Por favor llena los dos lados de esta página →

FOR OFFICE USE ONLY - SÓLO PARA USO DE OFICINA

Send completed survey to Betsy Ramsdale at the ESC if answered YES to any questions on back.

Results (circle one) SCREEN DO NOT SCREEN

Languages other than English used by student, if identified:

Home Language Survey Administered By:	Position	Date Administered

SECTION 1

1. ¿El primer idioma utilizado por este estudiante fue el inglés?
☐ Sí: Pase a la pregunta 2.
☐ No: Pase a la pregunta 3.
2. En el hogar, ¿el estudiante escucha o utiliza un idioma que no sea el inglés más de la mitad del tiempo?
☐ Sí: Pase a la pregunta 4.
☐ No: La sección 1 está completa. Pase a la sección 2.
3. En el hogar, ¿el estudiante escucha o utiliza un idioma que no sea el inglés más de la mitad del tiempo?
☐ Sí: La sección 1 está completa. Pase a la sección 2.
☐ No: Pase a la pregunta 4.
4. Al interactuar con sus padres o tutores, ¿este estudiante escucha o utiliza un idioma que no sea el inglés más de la mitad del tiempo?
☐ Sí: La sección 1 está completa. Pase a la sección 2.
☐ No: Pase a la pregunta 5.
5. Al interactuar con cuidadores que no sean sus padres o tutores, ¿este estudiante escucha o utiliza un idioma que no sea el inglés más de la mitad del tiempo?
☐ Sí: La sección 1 está completa. Pase a la sección 2.
☐ No: Pase a la pregunta 6.
6. Al interactuar con sus hermanos o con otros niños en su hogar, ¿este estudiante escucha o utiliza un idioma que no sea el inglés más de la mitad del tiempo?
☐ Sí: La sección 1 está completa. Pase a la sección 2.
☐ No: La sección 1 está completa. Pase a la sección 2.

SECTION 2

7. ¿Este estudiante es nativo americano, nativo de Alaska o nativo de Hawái?
☐ Sí: Pase a la pregunta 8.
☐ No: Pase a la pregunta 9.
8. ¿El idioma de este estudiante está influenciado por un idioma tribal a través de uno de los padres, abuelos, un familiar o un tutor?
☐ Sí: Pase a la pregunta 9.
☐ No: Pase a la pregunta 9.
9. ¿Este estudiante se mudó hace poco desde otro distrito escolar en el que era identificado como aprendiz del inglés?
☐ Sí
☐ No

Distrito Unificado Escolar de Beaver Dam – Récord de Información de Salud

Nombre del estudiante: _____ Grado: _____

Para satisfacer las necesidades de salud de su estudiante mientras está en la escuela, solicitamos la siguiente información. **Por favor llene y firme abajo, aun si no existan necesidades.** Procedimientos estándar de primeros auxilios se siguen para todas las lesiones y enfermedades que ocurran durante la escuela. Por favor asegure que tenemos una forma de contactarlo en caso de emergencia.

¿Ha sido su estudiante diagnosticado con alguna de las siguientes enfermedades por algún Proveedor de Salud (ponga una X para indicar condiciones descritas abajo)? ¿Este es un cambio desde el último año escolar? ☐ Si ☐ No

- | | | |
|-----------------------------------|---|---|
| ☐ TDAH | ☐ Emocional/Comportamiento/Psico | ☐ Condición con el corazón |
| ☐ Asma | ☐ Dolores de Cabeza/Migrañas | ☐ Epilepsia/Convulsiones |
| ☐ Diabetes | ☐ Ortopédico | ☐ Otro: _____ |

Detalles/Especificaciones con referencia a la condición:

Alergias

☐ Comida Especifique: _____ ¿Su estudiante requiere emergencia epinefrina? ☐ Si ☐ No

☐ Insectos Especifique: _____ ¿Su estudiante requiere antihistamínico oral? ☐ Si ☐ No

☐ Temporada Especifique: _____

☐ Otro Especifique: _____

Si es si en cualquiera, la medicina debe ser proporcionada por el padre/tutor y tiene que llenar una forma de autorización para medicamentos para que se la den en le escuela.

Otros Problemas Médicos/Cirugías/Información de la Salud:

Por favor contacte la escuela si quiere hablar en privado con la enfermera sobre la condición de la salud de su estudiante.

Medicamentos: ¿Esta su estudiante tomando medicamento ahora? Si ☐ No ☐

Tipo de medicina:	Razón por la medicina:	Cuando se da:
-------------------	------------------------	---------------

***Si se le va a dar la medicina en la escuela una Forma de Autorización es requerida.*

La Ley de Inmunización de Wisconsin requiere que todas las escuelas tengan en sus archivos los registros de las inmunizaciones de cada estudiante que muestran que tienen todas las inmunizaciones requeridas por el estado. Es la responsabilidad de los padres/tutores proporcionar estos registros o firmar una exención de inmunización. A los padres/tutores les avisa si la escuela no tiene los registros completos.

- ☐ **NO DOY** permiso de que compartan los registros de inmunizaciones de mi estudiante con el Registro de Inmunizaciones de Wisconsin y mi Proveedor de Inmunizaciones con el propósito de mantener unos registros completos y precisos para ayudar en garantizar una inmunización completa.
- ☐ **NO DOY** permiso para que el personal de enfermería use el Registro de Inmunización de Wisconsin para verificar las fechas de la vacuna.

7º Grado: Un estudiante entrando al séptimo grado necesita una vacuna que contenga Tdap (tétanos/tos ferina) o Td (tétanos) dentro de los 5 años posteriores al 1 de septiembre del año en que ingresan al séptimo grado. Fecha: _____

7º Grado: Un estudiante entrando al séptimo grado necesita una vacuna contra la meningitis (MenACWY). Fecha: _____

12º Grado: Un estudiante entrando al grado 12 necesita dos (2) vacunas contra la meningitis (MenACWY). Fecha 1: _____ Fecha 2: _____

***Si la primera dosis de la vacuna que contiene MenACWY se recibió a los 16 años o más, no se requiere una segunda dosis.*

Esta información será utilizada por la enfermera de la escuela para desarrollar un plan de salud para su estudiante si es necesario. La información sobre el estado de salud de su estudiante será compartida solamente con el personal que necesita saber para ayudar.

Firma del Padre o Guardián: _____ Fecha: _____

Received By: _____ Received Date: _____

Revised 7/2024

ARREGLOS DE VIVIENDA

Distrito Escolar Unificado de Beaver Dam

Si usted **no** vive en su propio apartamento o casa por perder su hogar o razones financieras, su estudiante puede calificar para servicios bajo el Acto McKinney-Vento de Asistencia para Personas Sin Hogar. Si esto describe su situación de vida actual, por favor llene esta solicitud.

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____

¿Es la dirección actual del estudiante una situación de vivienda temporal? ☐ Sí ☐ No

¿Es la situación de vivienda temporal por perder el hogar o por dificultad financiera? ☐ Sí ☐ No

¿Vive el estudiante solo o con alguien **diferente** que su padre o tutor legal? ☐ Sí ☐ No

Si contestó **SÍ** a **cualquier** de las preguntas arriba, por favor sigue llenando esta solicitud.

Si contestó **NO** a **todas** de las preguntas arriba, puede **PARAR** aquí.

Por favor apunte solamente SUS hijos que viven actualmente con usted y están inscritos/matriculados o que ahora está inscribiendo en Beaver Dam.

Nombre (Primero, Segundo, Apellido)	Género	Fecha de Nacimiento	Grado	Escuela

Situación de Vivienda del estudiante(s): (Tache todo que aplica)

- ☐ Dos o más familias en una casa (vivir con otra persona o miembro de familia por pérdida de residencia o por dificultad financiera)
- ☐ Vivienda temporal en un motel/hotel
- ☐ Quedando en un refugio (familiar, de violencia doméstica, de jóvenes) o trailer de FEMA
- ☐ El estudiante viviendo aparte de su padre/tutor legal (por ejemplo, con parientes, amigos, novio/novia)
- ☐ Sin hogar: viviendo en un carro, un parque terreno de camping, edificio abandonado u otro lugar inadecuado

La firma abajo de padre/tutor certifica que la información proporcionada es precisa. Si la información se determina incorrecta, se puede reconsiderar las decisiones relativas a la inscripción y los servicios McKinney-Vento.

Letra de molde: Nombre del Padre/Tutor _____ Firma _____ Fecha _____

Teléfono con código de área _____ Dirección actual con ciudad, estado y código postal _____

El Acto McKinney-Vento de Asistencia para Personas sin Hogar y la Política del Consejo Escolar de BDUSD asegura los derechos educativos para estudiantes sin hogar. Si está elegible para servicios bajo el Acto McKinney-Vento de Asistencia Educativa para Personas sin Hogar una trabajadora social escolar se pone en contacto con usted acerca de esos derechos y servicios o se puede poner en contacto con la escuela y pedir hablar con una trabajadora social escolar.

FOR OFFICE USE ONLY - SÓLO PARA USO DE OFICINA				
Results (CIRCLE)	QUALIFIED FIT	NOT QUALIFIED	TRANSPORTATION	WEEKEND FOOD BAG
Certified by: _____		Date: _____		