

# Oxford Area School District

David A. Woods  
Superintendent

Brian Cooney  
Business Administrator

Margaret Billings-Jones, Ed.D.  
Assistant Superintendent

---

## **REQUISITOS PARA LA MATRICULA ESCOLAR**

*Toda documentación requerida debe estar  
presente en momento de matricula.*

- Foto I.D. de los padres/guardias registrando el estudiante (licencia de conducir actual, tarjeta de identificación con foto del estado, identificación de empleo).
- Certificado de Nacimiento del estudiante o una copia certificada.
- Certificado de vacunación al día.

## **PRUEBA DE RESIDENCIA (Prueba de residencia debe incluir por lo menos dos (2) de los siguiente documentos ):**

- Foto I.D. que contiene la dirección de residencia actual (licencia de conducir valida, tarjeta de identificación con foto del estado, identificación de empleo)
- Comprobante de domicilio de alumno (documentos de cierre o contrato de alquiler)
- Actual o mas recenté cuenta de servicios públicos (electricidad, gas, teléfono o agua – solo una (1) cuenta de servicios públicos puede ser aceptadas; será necesario un segundo documento de prueba de residencia.
- Certificado de Educación de Elegibilidad (COE) del estado de Pennsylvania
- Actual o mas recenté factura de impuestos locales a la propiedad que indica dirección del contribuyente
- Copia de comprobante de pago con nombre y dirección de empleo y del empleador

## DISTRITO ESCOLAR DEL ÁREA OXFORD FORMA DE MATRICULACIÓN

(Imprima)

**Nombre del Estudiante:**

|          |               |              |        |
|----------|---------------|--------------|--------|
| Apellido | Primer Nombre | Nombre Medio | Sufijo |
|----------|---------------|--------------|--------|

|                      |   |
|----------------------|---|
| Fecha de Nacimiento: | Género (marcar uno):    Masculino    Femenino |
| Número del Teléfono: | Grado:  |

|   |  |
|---|--|
| Nombre de Madre ( Apellido, Primer Nombre)    |  |
| Nombre de Padre ( Apellido, Primer Nombre)    |  |
| Nombre de Hermanos ( Apellido, Primer Nombre) |  |

**Residencia del Estudiante:**

|                               |  |
|-------------------------------|--|
| Calle, Apto.                  |  |
| Ciudad, Estado, Código Postal |  |

**Dirección de Correo (si diferente del anterior):**

|                               |  |
|-------------------------------|--|
| Calle, Apto.                  |  |
| Ciudad, Estado, Código Postal |  |

**Guardián**

|                                |  |
|--------------------------------|--|
| El estudiante vive con         |  |
| Correo Electrónico de Guardián |  |

**Madre Nombre**

|                     |                     |               |
|---------------------|---------------------|---------------|
| Apellido            | Primer Nombre       |               |
| Número de Teléfono: | Número de Trabajo:  |               |
| Número de Celular:  | Correo Electrónico: |               |
| Calle, Apto.        |                     |               |
| Ciudad              | Estado              | Código Postal |
| Empleo:             |                     |               |

\_\_\_\_\_ ¿Recibe correspondencia?    \_\_\_\_\_ ¿Tiene custodia?    \_\_\_\_\_ ¿Viviendo con?

**Padre Nombre**

|                     |                     |               |
|---------------------|---------------------|---------------|
| Apellido:           | Primer Nombre:      |               |
| Número de Teléfono: | Número de Trabajo:  |               |
| Número de Celular:  | Correo Electrónico: |               |
| Calle, Apto.:       |                     |               |
| Ciudad:             | Estado:             | Código Postal |
| Empleo:             |                     |               |

\_\_\_\_\_ ¿Recibe correspondencia?      \_\_\_\_\_ ¿Tiene custodia?      \_\_\_\_\_ ¿Viviendo con?

**Contacto # 3 Nombre**

|                     |                     |                |
|---------------------|---------------------|----------------|
| Apellido            | Primer Nombre:      |                |
| Número de Teléfono: | Número de Trabajo:  |                |
| Número de Celular:  | Correo Electrónico: |                |
| Calle, Apto.:       |                     |                |
| Ciudad:             | Estado:             | Código Postal: |
| Empleo:             |                     |                |

\_\_\_\_\_ ¿Recibe correspondencia?      \_\_\_\_\_ ¿Tiene custodia?      \_\_\_\_\_ ¿Viviendo con?

Etnicidad      El estudiante es Hispano/Latino      \_\_\_\_\_ Si      \_\_\_\_\_ No

Raza      o Asiático      o Negro/Afroamericano      o Nativo Americano/Nativo de Alaska

o Nativo de Hawái u otras Islas Pacificas      o Blanco

**Contactos de Emergencia (diferentes de los padres / tutores)**

|                                  |                    |                   |
|----------------------------------|--------------------|-------------------|
| Nombre (Apellido, Primer Nombre) |                    | Relación          |
| Número del Teléfono:             | Número de Trabajo: | Número de Celular |

|                                  |                    |                   |
|----------------------------------|--------------------|-------------------|
| Nombre (Apellido, Primer Nombre) |                    | Relación          |
| Número del Teléfono:             | Número de Trabajo: | Número de Celular |

|                                  |                    |                   |
|----------------------------------|--------------------|-------------------|
| Nombre (Apellido, Primer Nombre) |                    | Relación          |
| Número del Teléfono:             | Número de Trabajo: | Número de Celular |

|                    |                      |
|--------------------|----------------------|
| Nombre de Medico   | Número del Teléfono: |
| Nombre de Dentista | Número del Teléfono: |

|                        |  |
|------------------------|--|
| Preocupaciones médicas |  |
| Alergias               |  |

**Información de Inscripción Adicional**

|  |  |
|--|--|
| ¿Permitir foto del estudiante / trabajo en el sitio web? | _____ Sí _____ No  |
| ¿En qué municipio vive el estudiante?                    | _____ East Nottingham _____ Elk Township _____ Lower Oxford<br>_____ West Nottingham _____ Upper Oxford _____ Oxford Borough |
| Número de teléfono preferido para mensajes de Alerta:    |  |

**Otra información**

|                                 |  |
|---------------------------------|--|
| Idioma principal del Estudiante |  |
| Idioma principal de los Padres  |  |

**Por favor escriba los nombres completos de todos los niños en este hogar desde recién nacido a 18 años**

| Nombre | Fecha de Nacimiento | Escuela y Grado |
|--------|---------------------|-----------------|
|        |                     |                 |
|        |                     |                 |
|        |                     |                 |
|        |                     |                 |

¿El estudiante se ha colocado en la residencia actual por un tribunal o agencia? \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No

En caso afirmativo, ¿cuál es el nombre, la ciudad y el estado del distrito escolar de la cual que se colocó el estudiante?

---



---

|   |  |
|---|--|
| Ciudad y Estado de nacimiento   |  |
| Fecha de Residente de Pennsylvania                                      |  |
| Fecha Inicial de Entrada a los EEUU (si no nació en los Estados Unidos) |  |
| País de Nacimiento (si no nació en los Estados Unidos)                  |  |

\_\_\_\_\_ Marque aquí si el estudiante no tiene una dirección física

**Historia Escolar – Por favor escriba las escuelas anteriores incluyendo pre-escolar**

| Nombre de Escuela | Distrito | Grados Asistidos | Fechas Asistidos | Dirección de Escuela |
|-------------------|----------|------------------|------------------|----------------------|
|                   |          |                  |                  |                      |
|                   |          |                  |                  |                      |
|                   |          |                  |                  |                      |
|                   |          |                  |                  |                      |

¿Su estudiante ha recibido cualquiera de los siguientes servicios?

(Por favor, proporcione una copia de los documentos de Educación Especial)

- Terapia del Discurso e Idioma    \_\_\_ No    \_\_\_ Sí    ¿Donde? \_\_\_\_\_
- Terapia Laboral    \_\_\_ No    \_\_\_ Sí    ¿Donde? \_\_\_\_\_
- Terapia Física    \_\_\_ No    \_\_\_ Sí    ¿Donde? \_\_\_\_\_
- Apoyo Instruccional (IST)    \_\_\_ No    \_\_\_ Sí    ¿Donde? \_\_\_\_\_
- Servicios de Lectura    \_\_\_ No    \_\_\_ Sí    ¿Donde? \_\_\_\_\_
- Servicios de Matemáticas    \_\_\_ No    \_\_\_ Sí    ¿Donde? \_\_\_\_\_
- Servicios de Migratorio    \_\_\_ No    \_\_\_ Sí
- Instrucción Acelerado (GIEP)    \_\_\_ No    \_\_\_ Sí    ¿Donde? \_\_\_\_\_
- Educación (IEP)    \_\_\_ No    \_\_\_ Sí    ¿Donde? \_\_\_\_\_
- Inglés Como Segundo Idioma (ESL)    \_\_\_ No    \_\_\_ Sí    ¿Donde? \_\_\_\_\_

**OXFORD AREA SCHOOL DISTRICT**  
**Forma de Emergencia y Historia de Salud – Oficina de la Enfermera**

Nombre del Estudiante \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_ Salón \_\_\_\_\_

Persona con quién vive \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_

Relación \_\_\_\_\_ Tel. Casa \_\_\_\_\_ Numero de trabajo o de día \_\_\_\_\_

Tel. Celular \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

Segundo Padre/Guardián: \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ City \_\_\_\_\_

Relación \_\_\_\_\_ Tel. Casa \_\_\_\_\_ Numero de trabajo \_\_\_\_\_

Tel. Celular \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

En caso de emergencia, los padres/guardias serán contactados primero.  
Por favor indique tres contactos alternativos en caso que los padres/guardias son inalcanzables.

Nombre \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Nombre y Número de Medico \_\_\_\_\_ Nombre de Seguro \_\_\_\_\_

Nombre y Número de Dentista \_\_\_\_\_ Nombre de Seguro \_\_\_\_\_

Doy permiso a la enfermera/el principal para administrar las siguiente medicinas, según sea necesario.

Acetaminophen (Tylenol)      Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_      Tabletas para el dolor de garganta      Sí \_\_\_ No \_\_\_\_

Ibuprophen (i.e. Motrin ó Advil)      Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_      Antiácido de calicó (Tums)      Sí \_\_\_ No \_\_\_\_  
(5<sup>th</sup> grado/arriba)

En caso de accidente o enfermedad grave, la escuela puede hacer cualquier arreglo que se consideren necesarias, si la escuela no es capaz de llegar a los contactos de emergencia. Entiendo que la información dada a la enfermera de la escuela es para su uso en la comprensión y la asistencia en la salud y la educación de mi hijo. Entiendo que la información se mantendrá confidencial y será compartida con otros profesionales o empleados de la escuela sólo cuando la enfermera de la escuela/enfermera profesional creen que es en el mejor interés de la salud y la educación de mi hijo.

\_\_\_\_\_  
Nombre de Padre/Guardia (deletreado)

\_\_\_\_\_  
Firma de Padre/Guardia

\_\_\_\_\_  
Fecha

**OVER**

## Historia de Salud

Tuvo su niño/a alguno de los siguientes en el **PASADO AÑO:**

Enfermedad que a durado más de una semana? No \_\_\_ Sí \_\_\_ Explique \_\_\_\_\_

¿Una herida grave, accidente o fractura? No \_\_\_ Sí \_\_\_ Explique \_\_\_\_\_

¿Tiempo en hospital o operaciones? No \_\_\_ Sí \_\_\_ Explique \_\_\_\_\_

### ¿Ha tiendo su niño/a alguno de los siguientes?

¿Problema con ojos o la vista? No \_\_\_ Sí \_\_\_ Explique \_\_\_\_\_

¿Anteojos o lentes de contracto? No \_\_\_ Sí \_\_\_ Si es si, fecha de último examen \_\_\_\_\_  
Nombre de especialista \_\_\_\_\_

¿Problemas con los oídos o la audiciencia? No \_\_\_ Sí \_\_\_ explique \_\_\_\_\_  
Nombre de especialista \_\_\_\_\_

¿Problemas Dentales? No \_\_\_ Sí \_\_\_ explique \_\_\_\_\_  
Nombre de especialista \_\_\_\_\_

¿Ataques o Convulsiones? No \_\_\_ Sí \_\_\_ explique \_\_\_\_\_  
Nombre de especialista \_\_\_\_\_

¿Alergias? No \_\_\_ Sí \_\_\_ explique \_\_\_\_\_  
Nombre de especialista \_\_\_\_\_

¿Requiere para las alergias Epi-pen? No \_\_\_ Sí \_\_\_ explique \_\_\_\_\_  
Si contestaste SÍ, debe proporcionar el Epi-pen para la escuela

¿Asma? No \_\_\_ Sí \_\_\_ Tratamiento \_\_\_\_\_  
Fecha de ultimo ataque \_\_\_\_\_

¿Requiere el estudiante uso de inhalador en la escuela? No \_\_\_ Sí \_\_\_  
Si contestaste SÍ, debe proporcionar inhalador para la escuela

¿Problemas de crecimiento y desarrollo? No \_\_\_ Sí \_\_\_ explique \_\_\_\_\_

### Adicional:

¿Está el niño/a esta debajo el cuidado de un médico/clínica ahora? No Sí \_\_\_ explique \_\_\_\_\_

¿Está su hijo/a tomando algún medicamento/tratamientos ahora? No \_\_\_ Sí \_\_\_ explique \_\_\_\_\_  
Si contestaste SÍ, nombre, dosis y frecuencia

¿Tiene que ser tomado en la escuela? No \_\_\_ Sí \_\_\_ explique \_\_\_\_\_

¿Cualquier inquietud especiales no mencionados anteriormente? No \_\_\_ Sí \_\_\_ explique \_\_\_\_\_

Por favor, póngase en contacto con la enfermera de la escuela con cualquier preocupación o preguntas y con cualquier cambio de información.

## **Distrito Escolar de Oxford Forma de la Residencia**

Los que firman abajo juran y afirman que son residentes del Distrito Escolar del Área Oxford, Chester County, Pennsylvania y que viven a:

---

---

Además, reconocen que a presentar información falso o inexacto de ahora, o un cambio en la exactitud continuada de la información provecho aquí, puede resultar en confiscación del derecho a los privilegios gratis de escuela. Además, puede resultar en cesar la matriculación de su hijo(a) en las clases del Distrito Escolar del Área Oxford y puede resultar en ser responsable por costos de los días durante que el/la estudiante no fue permitido recibir privilegios gratis. Los hechos expuesto en esta Declaración están certificados cierto y correcto al mejor del conocimiento, a la información y a la creencia de los que firman abajo, sujeto a las penas de 18 Pa. C.S.C. Sección 4904 relacionado a falsificación sin jurar a los autoridades.

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_

Firma del Padre/Guardián: \_\_\_\_\_

Fecha de la Firma: \_\_\_\_\_



## Oxford Area School District

### Encuesta del Idioma del Hogar

La oficina de Derechos Civiles (OCR) requiere que los distritos escolares/escuelas autónomas/AVTS de día completo identifiquen a estudiantes limitados de Inglés para proveer programas apropiadores de instrucción de idiomas para ellos. Pennsylvania ha seleccionado la encuesta del idioma del hogar como un método de identificación.

| Información del Estudiante   |                    |
|--|--------------------|
| Nombre: _____  |                    |
| Fecha de Nacimiento: _____   |                    |
| País de Nacimiento: _____  |                    |
| Fecha de entrada a las escuelas de los Estados Unidos: _____   |                    |
| Ha asistido el estudiante a la escuela fuera de los Estados Unidos?:                      Si              No |                    |
| <b>Si la respuesta es SI, por favor indicar en la pagina 2.</b>  |                    |
| Información Familiar   |                    |
| Nombre del Padre/Guardian: _____   |                    |
| Número Telefónico: _____   |                    |
| Dirección: _____   |                    |
| País de Nacimiento del Padre/Guardián: _____   |                    |
| País Primario de la Educación del Padre/Guardián: _____  |                    |
| Preferiría comunicarme con la escuela en un idioma que no sea el inglés.    Si              No               |                    |
| Idioma: _____  |                    |
| Preguntas para Padre/Guardián  | Respuesta          |
| INGLES es el único idioma que se <u>habla</u> en el hogar?   | Si              No |
| INGLES es el único idioma que se <u>oye</u> en el hogar?   | Si              No |
| <b>Si responde SI a ambas preguntas, TERMINA AQUI. Si No, complete la pagina 2.</b>                          |                    |

Firma del Padre/Guardián: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Nombre de la Persona completando este Formulario si no es el Padre/Guardián:

\_\_\_\_\_

Relación con el estudiante: \_\_\_\_\_

**Oxford Area School District**  
**Encuesta de Idioma del Hogar**  
(Página 2)

| Preguntas para Padre/Guardián  | Respuesta                                  |
|--|--|
| Que idioma(s) se habla en el hogar?  |  |
| En casa, con qué frecuencia <u>escucha</u> su hijo un idioma que no sea el inglés?   | Nunca ● Ocasionalmente ● A veces ● Siempre |
| En casa, con qué frecuencia <u>habla</u> su hijo otro idioma que no sea inglés.  | Nunca ● Ocasionalmente ● A veces ● Siempre |
| Al interactuar con los <u>padres/guardianes</u> , con qué frecuencia <u>escucha</u> su hijo un idioma que no sea inglés?   | Nunca ● Ocasionalmente ● A veces ● Siempre |
| En los últimos 12 meses, al interactuar con los cuidadores destinos de los padres/guardianes, con qué frecuencia escuchó so hijo un idioma que no sea en inglés? | Nunca ● Ocasionalmente ● A veces ● Siempre |
| Cuando interactúa con hermanos o otros niños en el hogar, con qué frecuencia escucha o habla su hijo otra idioma que no sea inglés?                              | Nunca ● Ocasionalmente ● A veces ● Siempre |

**Por favor complete si el estudiante asistió a una escuela fuera de los Estados Unidos:**

| Grado | País | Idioma Primario de Instrucción |
|-------|------|--------------------------------|
| K     |      |                                |
| 1     |      |                                |
| 2     |      |                                |
| 3     |      |                                |
| 4     |      |                                |
| 5     |      |                                |
| 6     |      |                                |
| 7     |      |                                |
| 8     |      |                                |
| 9     |      |                                |
| 10    |      |                                |
| 11    |      |                                |
| 12    |      |                                |

**Solo para uso Escolar**

Student Name \_\_\_\_\_ Parent Name \_\_\_\_\_

Date of Interview: \_\_\_\_\_

Administrator/Educator Signature: \_\_\_\_\_

The school district has the responsibility under the federal law to serve students who are limited English proficient and need English instructional services. Given this responsibility, the school district has the right to ask for the information it needs in order to identify English Language Learners (ELLs). As part of the responsibility to locate and identify ELLs, the school district may conduct screenings or ask for related information about students who are already enrolled in the district as well as from students who enroll in the school district in the future.

# Distrito Escolar del Área Oxford Acto 26 – Acto de la Escuela Segura

## DECLARACIÓN DE MATRICULACIÓN PATERNAL

**Favor de completar si está matriculando estudiante que ha atendido a cualquier otra escuela privada o pública.**

De acuerdo con el Acto 26 y el Código Escolar de Pennsylvania School § 13-1304-A “Antes de entrar en cualquier entidad escolar , el padre, guardián, u otra persona quien tiene control del estudiante debe, al matricular el estudiante, proveer una declaración jurada o afirmación declarando si el estudiante fue castigado (con una suspensión) o expulsado de la escuela en el pasado o si ahora está castigado o expulsado de cualquier escuela privada o pública de este estado u otro estado para un acto o una ofensa con armas, el alcohol o la pena voluntariosa de una herida a otra persona o para cualquier acto de la violencia cometida en la propiedad escolar.”

**Favor de escribir lo siguiente:**

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre del Padre/Guardián: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

De ahora yo juro y afirmo que mi hijo(a) fue / no fue (rodea uno) castigado (con una suspensión) o expulsado antes, o está / no está (rodea uno) castigado o expulsado ahora de ninguna escuela pública o privada de este estado o cualquier otro estado para un acto o una ofensa con armas, el alcohol o la pena voluntariosa de una herida a otra persona o para cualquier acto de la violencia cometida en la propiedad escolar. Yo hago esta declaración según a las penas de 24 P.S. § 13-1304-a (B) y 18 Pa. C.S.A. § 4904, relacionado a falsificación no jurada a los autoridades, y los hechos contenido aquí con verdadero y correcto al mejor de mi conocimiento y mi creencia.

Firma del Padre/Guardián : \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**SI SU HIJO ES O HA ESTADO CASTIGADO (CON UNA SUSPENSIÓN) O EXPULSADO, FAVOR DE COMPLETAR:**

Nombre de la escuela de que el/la estudiante fue suspendido o expulsado: \_\_\_\_\_

Las fechas de la suspensión o expulsión: \_\_\_\_\_

¿Está ahora o estaba en el pasado su hijo parte de Suspensión Juvenil, Niños/Jovenes y Familias u otro organización del gobierno?  Sí  No (marcar uno). Si sí, nombra la organización: \_\_\_\_\_

¿Está terminado la rehabilitación y/o servicio para la comunidad?  Sí  No (marcar uno)

Razon(es) por suspensión o expulsión: \_\_\_\_\_

Otra información que le gustaría añadir: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Firma del Padre/Guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Cualquier declaración falsa hecho en esta forma será considerado mala conducta al tercer grado. Esta forma estará mantendio como parte del registro disciplinario del estudiante. 24 P.S. § 13-1317.2**

# Oxford Area School District

## Forma de Estado Militar

Por favor complete lo siguiente con el propósito de recolección de datos de acuerdo con los requisitos del ESSA (Cada Estudiante tiene Éxito, 2015)

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_

Edificio: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Indique si el padre o guardián del estudiante es actualmente un miembro de servicio activo de una rama de las fuerzas armadas, incluyendo a tiempo completo de Reserva o de la Guardia Nacional.

\_\_\_\_\_ SI

\_\_\_\_\_ NO

### En caso afirmativo:

Nombre del Padre/Guardián (por favor escriba): \_\_\_\_\_

#### Rama

- Ejercito
- Marina
- Fuerza Aérea
- Cuerpo de Marines
- Guardia Costera
- Guardia Nacional

#### Estado

- Tiempo Completo
- Reserva
- Desplegada

*For Office Use Only*

Date Received: \_\_\_\_\_

School Year: \_\_\_\_\_

Entered: \_\_\_\_PS \_\_\_\_SS

**OXFORD AREA SCHOOL DISTRICT  
SOLICITUD DE TRANSPORTE  
\*\*\*ESTUDIANTE NUEVO\*\*\***

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Direccion de Casa: \_\_\_\_\_

Nombre del Padre/Guardian: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

**Solicitud de Transporte para el Nuevo Estudiante**

**Transporte A LA Escuela:**

\_\_\_\_\_ Asignar parada mas cercana a la casa.

\_\_\_\_\_ Asignar parada mas cercana a la siguiente direccion para el cuidado del nino:

Direccion: \_\_\_\_\_

Nombre de la persona encargada del cuidado/guarderia: \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_

**Transportation DE LA School:**

\_\_\_\_\_ Asignar parada mas cercana a la casa

\_\_\_\_\_ Asignar parada mas cercana a la siguiente direccion para el cuidado del nino:

Direccion: \_\_\_\_\_

Nombre de la persona encargada del cuidado/guarderia: \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_

Firma del Padre/Guardian: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Por favor espere diez (10) dias para procesar la solicitud.**

\*\*\*\*\*  
Office Use Only:

Bus # \_\_\_\_\_ Stop \_\_\_\_\_ Time \_\_\_\_\_ am

Bus # \_\_\_\_\_ Stop \_\_\_\_\_ Time \_\_\_\_\_ pm

## Distrito Escolar del Área Oxford

### Formulario de Autorización para el uso de imagen individual, voz, trabajo, vídeo o nombre completo

Año Escolar: 2016-2017

Los estudiantes de El Distrito Escolar del Área Oxford a veces son reconocidos durante el año escolar para diversos académicos, deportivo, música, actividades relacionadas con la escuela, curriculares y logros extracurriculares. El Distrito Escolar del Área Oxford reconoce los logros de los estudiantes, compartiendo las noticias con la comunidad a través de de la prensa en los boletines de los estudiantes, los periódicos locales, radio/estaciones de televisión, y en la página web de la escuela. Esta carta es para usted y para solicitar permiso para publicar el nombre completo de su hijo/a, la imagen, la voz, el trabajo, el vídeo que se publicará en El Distrito Escolar del Área Oxford o sitio web de una escuela en particular para promover las actividades y mostrar los logros del estudiante. Con este fin, El Distrito Escolar del Área Oxford no divulgará ninguna información sin el consentimiento escrito de usted. Por favor complete y envíe este formulario para indicar si la imagen, la voz, el trabajo, el vídeo de su hijo/a, o nombre completo se pueden utilizar en la página web del Distrito y cuentas de redes sociales. Este permiso estará vigente hasta que se retira el consentimiento. Usted puede retirar su consentimiento en cualquier momento mediante el envío de una carta por escrito, junto con una nueva forma, al El Distrito Escolar del Área Oxford.

**Marque una de las siguientes opciones:**

Por la presente **AUTORIZO** a las imágenes fotográficas (fotografías o vídeos) que se tomen de mi hijo/a por empleados del El Distrito Escolar del Área Oxford o miembros del personal durante su participación en actividades de la escuela, independientemente de que dichas actividades están abiertas al público. Entiendo imagen fotográfica de mi hijo/a, digital/digitalizar (que significa cualquier imagen de escaneo de arte o otro trabajo, digital, fotografías, sonido / voz o un ordenador generados archivos) pueden aparecer en publicaciones del Distrito, presentaciones, el sitio web de la escuela, producciones, periódicos o noticieros . En el caso de todas las imágenes digitales que se hace referencia más arriba, entiendo que estas fotografías son propiedad del El Distrito Escolar del Área Oxford. También me doy cuenta de que si las fotografías de mi hijo/a aparecen en el sitio web oficial de El Distrito Escolar del Área Oxford, su nombre completo aparecerá junto con la publicación de la imagen digital de mi hijo/a. Entiendo aún más si estoy de acuerdo con los términos de este lanzamiento será efectivo de forma indefinida, pero tengo la opción en cualquier momento de revocar mi consentimiento o la exclusión voluntaria de este lanzamiento, previa notificación por escrito al El Distrito Escolar del Área Oxford.

Yo **NO AUTORIZO** permiso para que cualquier foto, voz, trabajo, vídeo y / o el nombre completo de mí misma / o niño que se publicará en la página web de la escuela, los medios sociales y se envía a los medios de comunicación.

Además, estoy de acuerdo en liberar y eximir de responsabilidad a El Distrito Escolar del Área Oxford de y contra cualquiera y todas las reclamaciones, demandas, acciones, quejas, demandas o otras formas de responsabilidad que se levantarán en o por razón de, o ser causadas por la el uso de mi imagen, voz, trabajo, vídeo, o el nombre completo en el internet.

Nombre del Estudiante: (imprimir) \_\_\_\_\_

Escuela / Oficina: \_\_\_\_\_

Aula / Maestro: \_\_\_\_\_

Firma del Padre: (firma) \_\_\_\_\_

Fecha de irma: \_\_\_\_\_

ACUERDO DEL USO ACEPTABLE

Distrito Escolar del Área de Oxford  
TECNOLOGÍA DEL DISTRITO Y LOS SERVICIOS DE LA TECNOLOGÍA  
Acuerdo del Estudiante

Nombre del Estudiante \_\_\_\_\_  
Nombre del Distrito \_\_\_\_\_  
Maestro(/a) y Aula \_\_\_\_\_  
Grado y Nombre del Escuela \_\_\_\_\_

Sección del Estudiante

El acceso y el uso apropiados de la tecnología del distrito y de los servicios de la tecnología requiere la conducta apropiada del usuario. Se proporciona este documento de modo que los estudiantes estén enterados de sus responsabilidades al usar los recursos de la tecnología de OASD, y explicar a los usuarios que los sostendrán responsables de su incumplimiento con las políticas de la tecnología de OASD. En la orden para utilizar tecnología del distrito y servicios de la tecnología, los estudiantes deben adherir a las pautas establecidas dentro de los procedimientos administrativos para la política 6330 del distrito de la escuela del área de Oxford. Firmando abajo, el usuario reconoce las declaraciones siguientes:

- He leído y entiendo la Política 6330 del Uso Aceptable del distrito y acuerdo seguir las condiciones especificadas en esto.
- Entiendo que la violación de las pautas puede resultar en la pérdida de privilegios de la tecnología del distrito y de los servicios de la tecnología y a la acción disciplinaria, y puedo constituir un delito. Entiendo que el uso ilegal de tecnología del distrito y los servicios de la tecnología será reportada a las autoridades correspondientes para el procesamiento posible.
- Yo libero el distrito y su personal de cualquier y toda responsabilidad de las reclamaciones y daños que puedan surgir de mi uso de los servicios de tecnología y tecnología del distrito. Entiendo que seré responsable por daños a material, software, o sistemas que resultan de mis actos deliberados o intencionales.
- Entiendo y convengo que todos los sistemas y equipo de la tecnología, tan bien como todos los datos transmitidos, recibidos o almacenados usando sistemas del distrito, son la característica del distrito de la escuela. También entiendo que no tengo ninguna expectativa de la aislamiento conectada con la transmisión, el recibo o el almacenaje de datos usando sistemas del distrito.
- También reconozco y consiento a la supervisión de mi uso de la tecnología del distrito y de los servicios de la tecnología del personal apropiado del distrito, incluyendo tener acceso, el repaso y la impresión de los archivos que he creado, transmitido, recibido o almacenado usando el sistema del distrito.
- Entiendo que cualquier cuenta publicada a mí debe ser utilizada solamente por mí y debe ser utilizada en una manera responsable siempre. También tomaré todas las precauciones razonables para evitar que otros puedan utilizar mi cuenta. Además, convengo que mi uso de la tecnología del distrito y de los servicios de la tecnología es ser solamente educativo en naturaleza, en apoyo de las búsquedas educativas constantes con las metas de la declaración y del plan de estudios de la misión del distrito. El uso personal de la tecnología del distrito y de los servicios de la tecnología se prohíbe.

- El Superintendente o su designado solo se autorizará de cualquier dispositivo poseído distrito después de los protocolos razonables para la recuperación del dispositivo poseído distrito. El seguir puede implicar la activación del software de la colocación del equipo. Solamente después que se agotan los protocolos razonables quiera seguir del dispositivo se considere o se autoriza.

➤ El seguimiento ocurrirá cuando los artículos perdidos o robados del informe del estudiante o de personal.

➤ El seguimiento ocurrirá después de que cinco (5) días del estudiante desafiliado o la separación del personal sin propiedad se devuelve.

- Entiendo y convengo que mi firma, y el de mi padre o guardián si estoy bajo de la edad de 18, está requerida en este documento para mí para ser autorizada a tenga acceso a la tecnología del distrito y a los servicios de la tecnología.

Firma del Estudiante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Sección del Padre/del Guardián

Nombre del padre /del Guardián \_\_\_\_\_

Relación al estudiante \_\_\_\_\_

Firmando abajo, reconozco eso:

- He leído y entiendo La Política 6330 del Uso Aceptable del Distrito.
- Libero por este medio el Distrito y su personal de cualesquiera y toda la responsabilidad por las demandas o los daños que pueden presentarse del uso de mi niño de la tecnología del distrito y de los servicios de la tecnología.

Firma del Padre/Guardián \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_





# OXFORD AREA SCHOOL DISTRICT

## AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE REGISTROS

School Age- Rev. 06/2016

Esta es una autorización para liberar registros al Distrito Escolar del Área Oxford, la información que se indicada a continuación en relación:

NOMBRE DE ESTUDIANTE: \_\_\_\_\_

FECH DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ GRADO: \_\_\_\_\_

NOMBRE DE ESCUELA ANTERIOR: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN DE ESCUELA ANTERIOR: \_\_\_\_\_

TELEFONO DE ESCUELA ANTERIOR: \_\_\_\_\_ FAX DE ESCUELA ANTERIOR: \_\_\_\_\_

El estudiante mencionado ha registrado en el Distrito Escolar del Área de Oxford. Se necesitan estos registros para determinar la programación educativa apropiada y los servicios necesarios para el estudiante.

Autorizo a la información descrita a continuación para dar al el Distrito Escolar del Área de Oxford:

NOMBRE: \_\_\_\_\_

Relación con estudiante: \_\_\_\_\_ padre \_\_\_\_\_ guardián \_\_\_\_\_

TELEFONO #: \_\_\_\_\_ TRABAJO#: \_\_\_\_\_ CELULAR#: \_\_\_\_\_

Firma de Padre

- PA Secure ID Number
- Educational records including Standardized Test Scores and Official Transcript
- Special Education Records including IEP's, Evaluation Reports and NOREP's
- Attendance and Discipline Records
- Medical Records including diagnosis, medical history and immunizations
- Psychiatric/Psychological/Assessments
- Treatment Plans and Discharge Summaries
- Continuing Care Plan(s)
- Legal Services
- Custody Documents
- \_\_\_ Other Documents as described below:

**PLEASE SEND RECORDS TO:** (Check mark/Circle applicable school)

|  |   |  |  |
|--|---|--|--|
| Jordan Bank (Grade K)<br>536 Hodgson Street<br>Oxford, PA 19363<br>Tele: 610.932.6625<br>Fax: 610.932.6662 | Elk Ridge Grade 1-2<br>200 Wickersham Road<br>Oxford, PA 19363<br>Tele: 610.932.6670<br>Fax: 610.932.7836       | Nottingham Grade 3-4<br>736 Garfield Street<br>Oxford, PA 19363<br>Tele: 610.932.6633<br>Fax: 610.932.4630 | Special Education<br>Department<br>Tele: 610.932.3072<br>Fax: 610.932.8319 |
| Hopewell Grade 5-6<br>602 Garfield Street<br>Oxford, PA 19363<br>Tele: 484.365.6159<br>Fax: 484.365.6167   | Penn's Grove Grade 7-8<br>301 South Fifth Street<br>Oxford, PA 19363<br>Tele: 610.932.6623<br>Fax: 610.932.6619 | High School Grade 9-12<br>705 Waterway Road<br>Oxford, PA 19363<br>Tele: 610.932.6646<br>Fax: 610.932.6649 | High School<br>Guidance Dept.<br>Tele: 610.932.6646<br>Fax: 610.932.2073   |

# Programa de Educación Migrante Forma Preliminar

280 Pennock's Bridge Rd.

West Grove, PA. 19390

Please fax to (610) 345-1834 or e-mail to [timh@cciu.org](mailto:timh@cciu.org)



Queremos saber si usted y sus hijos pueden ser elegibles para recibir los servicios del **Programa de Educación para Familias Migrantes**. El Programa de Educación para Familias Migrantes es un programa de fondos federales y provee **gratuita** educación suplementaria a los hijos(as) de familias migrantes. Los servicios incluyen:

## Almuerzo gratis o a precio reducido, tutoría después de la escuela, visitas al hogar, preparación para el Kindergarten, y seis semanas de clases de verano

Por favor conteste las siguientes preguntas y devuelva la forma a la escuela junto con los otros documentos. Si tiene preguntas, por favor llame a la oficina del programa para 610-345-1824.

Su Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección de Casa: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

1. ¿Usted o un familiar se ha mudado en los últimos 3 años?

Sí \_\_\_\_ (¿quién?) \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_

¿Dónde vivía(n) antes? Dirección anterior: \_\_\_\_\_

2. ¿Dónde usted o su esposo/a aplicaron para trabajar? Por favor lístelos.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3. ¿En su hogar, quién es menor de 22 años?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¡Gracias por su tiempo!