

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 _____ 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? _____

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
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 _____ Tabletillas para el dolor de garganta Sí _____ No _____

Ibuprophen (i.e. Motrin ó Advil) Sí _____ No _____ Antiácido de calicó (Tums) Sí _____ No _____
(5th 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 contacto? 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.



Encuesta del Idioma Hablado en el Hogar

La Oficina de Derechos Civiles (Office of Civil Rights u OCR) requiere que los distritos escolares y las escuelas en general identifiquen a los estudiantes con conocimiento limitado del inglés a fin de darles la instrucción apropiada de inglés. El estado de Pennsylvania identifica estos estudiantes a través de este formulario de encuesta del idioma hablado en el hogar.

Nombre de la escuela: _____ Fecha: _____

Información del Estudiante	
Nombre: _____	
Fecha de nacimiento: _____ Género: _____ masculino _____ femenino	
País de nacimiento: _____	
Fecha que entró en una escuela de los EEUU por primera vez: _____	
Lugar: _____	
Ha asistido a una escuela fuera de los EEUU? _____ sí _____ no	
Ultimo grado terminado: _____	
Información de la Familia	
Nombre del padre/guardián legal: _____	
Numero de teléfono: _____	
Dirección: _____	
_____ Prefiero comunicarme con la escuela en un idioma que no sea el inglés.	
Idioma preferido: _____	
Preguntas para los Padres/Guardianes	Respuestas
Por favor, escriba todos los idiomas que se hablan en casa.	
¿Cuál fue el idioma que su hijo/a escuchó o habló primero?	
Si inglés es el unico idioma escrito arriba, PARE AQUI . Si Usted ha escrito otro, por favor siga contestando las preguntas.	
¿Cuál idioma habla Ud. con su hijo/a?	
¿Cuál idioma utiliza su hijo/a para hablar con adultos?	
¿Cuál idioma utiliza su hijo/a para hablar con otros niños?	
¿Cuál idioma siente Ud. que su hijo/a entiende mejor?	



Nombre de la persona que llena este formulario (si la persona no es el padre, la madre o el guardián legal del estudiante): _____

Firma del Padre/Guardián: _____

El distrito escolar tiene la responsabilidad bajo la ley federal de proveer instrucción de inglés a los estudiantes cuyo inglés es limitado y que necesitan instrucción adicional. Debido a esta responsabilidad, los distritos escolares, y las escuelas en general tienen el derecho de preguntar la información necesaria a fin de identificar a los estudiantes cuyo conocimiento de inglés es limitado. Estos estudiantes se identifican como estudiantes que están aprendiendo inglés (English Language Learners). Para cumplir con la responsabilidad de identificar a los estudiantes cuyo inglés es limitado, el distrito escolar puede evaluar su hijo/a o pedir información adicional. 8

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
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

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 _____

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: _____

Distrito Escolar del Área Oxford

Autorización a Compartir los Registros de Previo Distrito Escolar

Nota: Si usted está matriculando a estudiante para kindergarten o para el primer grado, usted no necesita llenar este formulario a menos que el estudiante haya atendido kindergarten, primer grado o un programa temprano de la intervención en una escuela diferente. Favor de completas si matricules otro estudiante.

(Favor de imprimir)
Nombre del Estudiante: _____
Apellido Primer Nombre Segundo Nombre

PA Estado Escuela ID #: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Dirección Presente: _____

Dirección Previa: _____

Autorización a compartir la información al Distrito Escolar del Área Oxford

A: _____
 (Nombre del Distrito Escolar Requisito a Mandar los Registros)

Dirección del Distrito Escolar: _____

Núm. de Tele./Núm. de Fax del distrito: _____

Favor de mandar los registros al: (Círcula la escuela apropiada)

Jordan Bank 536 Hodgson St. Oxford, PA 19363 Phone: 610-932-6625 Fax: 610-932-6662	Elk Ridge 200 Wickersham Rd. Oxford, PA 19363 Phone: 610-932-6670 Fax: 610-932-7836	Nottingham 736 Garfield St. Oxford, PA 19363 Phone: 610-932-6633 Fax: 610-932-4630	Hopewell 602 Garfield St. Oxford, PA 19363 Phone: 484-365-6159 Fax: 484-365-6167	Penn's Grove 301 S. Fifth St. Oxford, PA 19363 Phone: 610-932-6623 Fax: 610-932-6619	Oxford High School 705 Waterway Rd. Oxford, PA 19363 Phone: 610-932-6646 Fax: 610-932-6649
---	--	---	---	---	---

Esta carta está escrita para pedir que manden todos los registros escolares incluso marcas de exámenes uniformados relacionado al estudiante indicado arriba a la atención de: _____.

Está entendido que esta información servirá a ayudar el Distrito Escolar del Área Oxford en ofrecer servicios apropiados y no estará compartido ni discutido con otras personas fuera del distrito a menos que este pedido por la Corte o con permiso escrito del padre o guardián del estudiante.

Firma del Padre /Guardian **Fecha**

Information sent via FAX on _____ by _____

Information sent via MAIL on _____ by _____

Distrito Escolar del Área Oxford

Autorización a Compartir las Evaluaciones de Estudiantes de Educación Especial

Nota: Si usted está matriculando a estudiante para kindergarten o para el primer grado, usted no necesita llenar este formulario a menos que el estudiante haya atendido kindergarten, primer grado o un programa temprano de la intervención en una escuela diferente y ha tenido servicios de la educación especial. Favor de completas si matricules otro estudiante que haya tenido educación especial.

(Favor de imprimir)

Nombre del Estudiante: _____
Apellido
Primer Nombre
Segundo Nombre

PA Estado Escuela ID #: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Dirección Presente: _____

Dirección Previa: _____

Autorización a Compartir Información con el Distrito Escolar del Área Oxford

A: _____
 (Nombre de Oficina del Doctor u Otra Organización)

Dirección: _____

Núm. de Tele./Núm. De Fax: _____

Esta letra está escrita a pedir que manden la información siguiente relacionado al estudiante indicado arriba.

- _____ Evaluaciones Psicológicas
- _____ Evaluaciones del Psiquitra
- _____ Evaluaciones del Neurólogo
- _____ Evaluaciones Diagnósticos
- _____ Resúmenes Sociales

Favor de mandar los registros a : Oxford Area School District
 Special Education Department
 125 Bell Tower Lane
 Oxford, PA 19363

Está entendido que esta información servirá a ayudar el Distrito Escolar del Área Oxford en ofrecer servicios apropiados y no estará compartido ni discutido con otras personas fuera del distrito a menos que este pedido por la Corte o con permiso escrito del padre o guardián del estudiante.

Firma del padre /guardian legal _____
Fecha

Information sent via FAX on _____ by _____

Information sent via MAIL on _____ by _____

Distrito Escolar del Área Oxford

Autorización a Compartir los Registros Médicos de Estudiante

Nota: Si usted está matriculando a estudiante para kindergarten o para el primer grado, usted no necesita llenar este formulario a menos que el estudiante haya atendido kindergarten, primer grado o un programa temprano de la intervención en una escuela diferente. Favor de completas si matricules otro estudiante.

(Favor de imprimir)

Nombre del Estudiante: _____

Apellido
Primer Nombre
Segundo Nombre

PA Estado Escuela ID #: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Dirección Presente: _____

Dirección Previa: _____

Autorización a compartir la información al Distrito Escolar del Área Oxford

A: _____
 (Nombre del Distrito Escolar Requisito a Mandar los Registros)

Dirección del Distrito Escolar: _____

Núm. de Tele./Núm. de Fax del distrito: _____

Esta letra está escrita para pedir que manden todos los **registros escolares** incluso las marcas de exámenes uniformados relacionado al estudiante indicado arriba: **(Círcula la escuela apropiada del distrito de Oxford)**

Jordan Bank 536 Hodgson St. Oxford, PA 19363 Phone: 610-932-6625 Fax: 610-932-6662	Elk Ridge 200 Wickersham Rd. Oxford, PA 19363 Phone: 610-932-6670 Fax: 610-932-7836	Nottingham 736 Garfield St. Oxford, PA 19363 Phone: 610-932-6633 Fax: 610-932-4630	Hopewell 602 Garfield St. Oxford, PA 19363 Phone: 484-365-6159 Fax: 484-365-6167	Penn's Grove 301 S. Fifth St. Oxford, PA 19363 Phone: 610-932-6623 Fax: 610-932-6619	Oxford High School 705 Waterway Rd. Oxford, PA 19363 Phone: 610-932-6646 Fax: 610-932-6649
---	--	---	---	---	---

Está entendido que esta información servirá a ayudar el Distrito Escolar del Área Oxford en ofrecer servicios apropiados y no estará compartido ni discutido con otras personas fuera del distrito a menos que este pedido por la Corte o con permiso escrito del padre o guardián del estudiante.

Firma del padre /Guardian Legal

Fecha

Information sent via FAX on _____ by _____

Information sent via MAIL on _____ by _____

Programa de Educación Migrante Forma Preliminar

280 Pennock's Bridge Rd.
West Grove, PA. 19390



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, clases de los sábados, visitas al hogar, preparación para la escuela, y cinco semanas de clases de verano.

Por favor conteste las siguientes preguntas y regrésela a la escuela junto con los otros documentos. Si tiene preguntas, por favor llame a la oficina del programa al 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. ¿En dónde usted o su esposo/a aplicaron por trabajo? Por favor lístenlos.

_____	_____
_____	_____
_____	_____

3. ¿Quién en su casa es menor de 22 años?

_____	_____
_____	_____
_____	_____

¡Gracias por su tiempo!