



OAK CREST MIDDLE SCHOOL "A California Distinguished School & Gold Ribbon Recipient"

Ben Taylor
Principal

Kathryn Friedrichs
Assistant Principal

Michelle McNeff
Counselor

675 Balour Drive, Encinitas, CA 92024

(760) 753-6241

Estimado Padre/Tutor,

Bienvenidos a la escuela **Oak Crest Middle School**. Estamos aquí para ayudar y apoyar en la transición de su estudiante hacia la escuela secundaria. A continuación la información de suma importancia que le ayudará a conseguir su estudiante matriculado en Oak Crest para el año escolar 2016-2017. Si tiene preguntas por favor de comunicarse con la Oficina de Consejería al (760) 753-6241 x3306 .

Michelle McNeff
Consejera

Veronica Meza
Registradora/Secretaria de Consejería

Noche de Padres para estudiantes del 6º grado

Miércoles, Marzo 16 a las 6 p.m.– ver el boletín en el sobre y en nuestra pagina web.

Ver formas de registro en oc.sduhsd.net, haga clic en "2016-2017 Formularios de Inscripción."

Imprima los formularios requeridos, llénelos y entréguelos al maestro/a de 6º grado de su hijo antes del **martes 22 de marzo**.

Los formularios de inscripción para imprimir y devolver en el sobre:

- Formulario de clases para 7º grado con firma de padre y estudiante (necesario)
- Formulario para Inscripción del estudiante (necesario)
- Verificación de domicilio– (necesario-se requieren 2 comprobantes)
- Formulario para información de Salud (necesario)
- Formulario de Emergencia (necesario)
- Formulario de Verificación de firma (necesario)
- Notificación Anual (necesario)
- Notificación de importancia par estudiantes de Nuevo ingreso (necesario)
- Contrato de Actividades de Oak Crest (necesario)
- Ver formas "opcionales" de Oak Crest (opcional)

Documentos adicionales necesarios para incluir en el sobre:

- Dos comprobantes de domicilio (vea la lista de documentos aceptables)
- Una **Copia** del acta certificada de nacimiento
- Una **Copia** del registro completo de todas las vacunas, que incluye prueba de **Tdap (Tos Ferina)**

NO VACUNAS. NO ESCUELA

Aplicación para completar por el internet antes del 22 de marzo para los siguientes cursos:

- Banda Liderazgo Periodismo Drama Avanzada

"Leer/Ver Solamente" documentos para ayudarle con la selección de cursos:

- Descripción del curso Inglés del 7º grado (Inglés)
- Descripciones de los cursos de Matemáticas y Matemáticas SDUHSD, incluida la información IMRT
- Descripción de cursos electivos y videos

*** Ayuda con formas de matriculación en OC Media Center el 19 de marzo y 23 de 5:30-7:30**

Visit us at oc.sduhsd.net

San Dieguito
Union High School District

"Like" us on facebook



Oak Crest Middle School
2016-2017

Hoja de Planeación de Cursos del 7º grado

Nombre del Estudiante _____
(Por favor imprima) (Apellido) (Primer Nombre)

Programas Especiales: (Indique los que apliquen):

___ Educación Especial ___ Plan 504

English: marque su selección con una X		
	1050	Inglés 7
	1051	Inglés 7 de Honor (Avanzado)
Matemáticas : marque su selección con una X * ver información adicional de matemáticas por debajo		
	2045	Matemáticas Integrada A
	2050	Matemáticas Integrada A de Honor (Avanzado)
Ciencias Sociales:		
X	3001	Historia Mundial
Ciencias:		
X	4001	Ciencias Naturales
Educación Física: seleccione las dos mejores opciones numerando 1-2 o elegir ISPE marcando con una X.		
	0050	Educación Física
	0054	Aptitud Personal
	0052	Surf PE * (fuera de la escuela)
		ISPE (Educación Física de Estudio Independiente) **Tengo la intención solicitador para ISPE el siguiente period:
	0061	Periodo 1 ISPE
	0062	Periodo 6 ISPE
	0060	Soy un estudiante de música que planea estar inscrito simultáneamente en la música, ISPE y un segundo electivo)***
* Lea la información de surf PE en el sitio web de Oak Crest ** Aplicación ISPE requerido (entregar Ago.1): formas y info. Disponible en la página web del distrito: www.sduhsd.net a partir de junio *** ISPE (entregar Ago.1) y el registro de música en línea (entregar 3/25)		
TODAS LAS CLASES DE EDUCACION FISICA SON ANO COMPLETO		

INFORMACIÓN ADICIONAL DE MATEMÁTICAS

Todos los estudiantes deben elegir Matemáticas Integrada A o Matemáticas Integrada A de Honor
Los estudiantes recibirán un examen de matemáticas (MDTP) que serán administrados en su escuela primaria en abril. Todos los estudiantes recibirán una carta con sus resultados de la prueba. Si el estudiante obtiene una puntuación que indica que él / ella debe ser colocado en el apoyo de matemáticas, se anotara en su carta.

Opción de aceleración:

El distrito SDUHSd va a ofrecer un examen de **Matemáticas Integrada B de Honores (IMRT)** para todos los estudiantes del 7º grado que deseen tomarlo para demostrar su dominio en los contenidos Matemática Integrada A de Honor. Oak Crest ajustará el horario de los estudiantes de IMRT que cumplieron con el requisito de acelerar en IMB Honores. Visite el sitio www.sduhsd.net a partir del 27 de abril para las fechas de IMRT y información.

PETICIONES DEL CURSO CONTINUADO:

Electivos: Por favor su selección por orden orden del 1 al 4. (Si elige electivos de semestre como mínimo, debe elegir al menos dos asignaturas optativas semestrales como parte de sus cuatro mejores opciones).

Select 1-4	Cursos Electivos de Semestre	
	6051	Arte General
	6053	Caricatura (Dibujo Animado)
	6072	Introducción al Drama
	6073	Drama Avanzada (2º Semester)*
	4202	CE Smart
	7260	Programación de Computación y Diseño
	7251	Introducción a Multimedia
	8253	Liderazgo/Transmisión de TV*
Cursos Electivos de Un-Año		
	g5681	Español I P *
	1303	Lectura (Read 180)
	1204	Anuario *
	6163	Banda para Principiantes/ Intermedio*
	6166	Banda Sinfónica (Avanzada)**
* Se requiere una Solicitud/**Aplicación a través del internet. Y audición necesario		

Opción cero PERIODO

Marque la casilla si el estudiante desea un Período de cero. Los estudiantes interesados pueden tener la oportunidad de ser programados períodos de 0-5. Consulte la información de la opción Período Cero y horario de la campana de Oak Crest. (Nota: el período cero no es una opción para los estudiantes en ISPE debido al requerimiento de instrucción minuto).

DIRECTRICES PROGRAMACIÓN

- Se requiere que los estudiantes del 7º grado, tomen Matemáticas, Inglés, Historia Mundial, Ciencias Naturales, Educación Física y 1 año ó 2 semestres de un curso electivo. Tratamos de respetar su 1ª ,2ª y 3ª selección.
- No se harán cambios en los horarios de clases, debido a su preferencia por un maestro, periodos, o actividades extracurriculares y atletismo.
- La póliza del SDUHSd indica un parámetro de cuatro semanas al principio de cada semestre para darse de baja de una clase académica.
- Elija sabiamente los cursos. Cursos electivos finales ofrecidos se basan en las solicitudes de cursos de los estudiantes y la disponibilidad de personal.

Firma (s) indican que usted ha hecho seis solicitudes de cursos con suplentes y cursos alternativos y revise directrices.

Padre de familia/Tutor

Nombre: _____

(Por favor imprima)

Padre/Tutor

Firma: _____

Estudiante

Firma _____

SAN DIEGUITO UNION HIGH SCHOOL DISTRICT

FORMULARIO PARA INSCRIPCIÓN DEL ESTUDIANTE

SE REQUIERE COPIA DEL CERTIFICADO DE NACIMIENTO

IMPRIMA el Nombre Legal: (No Sobrenombres) Inscripción para: _____ Grado: _____ **Student ID #** _____
Nombre de la Escuela Identificación Estudiantil

Varón Dama **Fecha de Nacimiento:** _____
(Mes/Día/Año)

ESTUDIANTE: Apellido _____ Primer Nombre _____ Segundo Nombre _____

LUGAR DE NACIMIENTO: _____ **Número de Seguro Social #** _____
Ciudad Estado País

Fecha de ingreso a EE.UU. (si nació fuera de EE.UU.) _____ **El/la estudiante vive con:** _____
Indique: Padre / Madre / Guardián Legal / Sustituto/a

Correo Electrónico de el/la Estudiante (e-mail) _____ **Teléfono Celular del Estudiante** _____

Nombre del Padre _____ (Indique: Padre / Guardián Legal / Sustituto)
Nombre de la Madre _____ (Indique: Madre / Guardián Legal / Sustituta)

Teléfono del Hogar _____	Teléfono del Trabajo _____	Celular del Padre _____
		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Correo Electrónico del Padre _____ ¿desea recibir eventos y anuncios escolares?		

Teléfono del Hogar _____	Teléfono del Trabajo _____	Celular de la Madre _____
		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Correo Electrónico de la Madre _____ ¿desea recibir eventos y anuncios escolares?		

Domicilio de Residencia del Padre _____ Ciudad Estado Código Postal _____
Domicilio de Residencia de la Madre _____ Ciudad Estado Código Postal _____

Domicilio para recibir correo (si es diferente al domicilio de residencia) _____
Domicilio para recibir correo (si es diferente al domicilio de residencia) _____

Padre ¿Necesita interpretación para juntas y mensajes? No Sí
Madre ¿Necesita interpretación para juntas y mensajes? No Sí

Nombre de la Última Escuela que su Hijo/a Asistió _____ Domicilio _____ Ciudad Estado Código Postal _____ Número de Fax _____ Teléfono _____

¿El/la estudiante asistió anteriormente a la escuela en el distrito escolar de San Dieguito Union High School District? No Sí, escuela _____

¿Cuándo empezó su estudiante la escuela en los Estados Unidos? _____ ¿Cuándo empezó su estudiante la escuela en California? _____
(NO INCLUYA EL PRE-ESCOLAR) Mes / Día / Año (NO INCLUYA EL PRE-ESCOLAR) Mes / Día / Año

Encuesta del Lenguaje en el Hogar

El Código Educacional de California requiere que las escuelas determinen para cada estudiante el(los) lenguaje(s) que se hablan en el hogar. Ésta información es esencial para que las escuelas impartan la instrucción correspondiente para todos los estudiantes. Por favor conteste las siguientes preguntas:

1. ¿En los últimos 12 meses, ha sido designado/a su hijo/a como estudiante en el aprendizaje del inglés en las escuelas Públicas de California? No Sí
2. ¿Qué lenguaje habló su hijo/a cuando el/ella primero empezó a hablar? _____
3. ¿Qué lenguaje habla con más frecuencia en el hogar su hijo/a? _____
4. ¿Qué lenguaje utiliza usted más frecuentemente para hablar con su hijo/a? _____
5. Anote en orden de uso los lenguajes que más frecuentan hablar los adultos en el hogar 1° _____ 2° _____
6. Prefiero los materiales que se envían al hogar en: Inglés Si los hay disponibles, en: Español Otro _____
Lenguaje

El distrito escolar debe de cumplir con muchos requisitos en reportes Federales y Estatales. Apreciamos su asistencia al indicar la identidad o historial étnico de su estudiante. **¿Es el/la estudiante Hispano/a o Latino/a?** Sí, es Hispano/a o Latino/a No, no es Hispano/a o Latino/a
Por favor continúe: indicando con una señal (la/s casilla/s) de origen racial que usted considera que le corresponde/n a su estudiante:

<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico →	<input type="checkbox"/> Chino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Filipino	<input type="checkbox"/> Asiático/Asiático Americano →	<input type="checkbox"/> Samoano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Negro o Africano Americano		<input type="checkbox"/> Vietnamés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Indio Americano / Nativo de Alaska		<input type="checkbox"/> Camboyano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

El Código Educativo de California requiere que las escuelas reciban información acerca del nivel de grado escolar del padre ó madre de familia que haya logrado asistir durante más tiempo a la escuela. **Por favor señale el nivel escolar que le corresponde al padre o a la madre de el/la estudiante:**

- 14) No se graduó de la preparatoria 13) Graduado/a de la preparatoria 12) Recibió algo de educación universitaria (College)
 11) Graduado/a de la universidad (college) 10) Maestría/Doctorado (Graduate/Post Graduate) 15) No desea proveer la información ó no se sabe

Firma del Padre/Guardián X _____ **Fecha** _____

Los programas y actividades del distrito están libres de discriminación que se base en sexualidad, raza, color, religión, origen nacional, grupo étnico, orientación sexual, estado marital ó condición del padre o de la madre, discapacidad física o mental ó cualquier otra consideración contra la ley.

OFFICE USE ONLY: **Emergency Card** **Health Card** **Birth Cert.** **AUP**
Imm. Verified **Chicken Pox** **Hep. #1** **Hep. #2** **Hep. #3** **Tdap**

FORMULARIO DE VERIFICACIÓN DE RESIDENCIA

(Por favor, complete un formulario por familia)

Escuela Actual _____

No. de Identificación del Estudiante: _____

Marque aquí si la dirección es diferente a la del año pasado.

El distrito escolar de San Dieguito Union High School puede inscribir SOLAMENTE estudiantes cuyo (s) padre (s) o tutor (es) residen dentro de los límites del distrito escolar (Código de Educación 48204). Esta forma se ha proporcionado para ayudarnos a verificar el lugar de su residencia. En caso de que la residencia esté en cuestión, la Oficina de Programas de Servicios Alternativos puede investigar y hacer una visita domiciliaria. Verificación de residencia es una responsabilidad de los padres y la falsificación de la información proporcionada en este documento será motivo de cancelación inmediata de la inscripción del estudiante. Adjunte copias de la información solicitada a continuación para que podamos legalmente inscribir a su hijo/a en el Distrito Escolar de San Dieguito:

Nombre del Estudiante _____ Fecha de Nacimiento: _____ Grado Actual: _____

(Apellido)

(Primer Nombre)

Nombre del Padre/Tutor:

Teléfono de la casa #:

(círcule uno de arriba)

Teléfono del trabajo #:

Dirección: _____

Domicilio

Ciudad

Código Postal

Por favor escriba a continuación los nombres de los hermanos adicionales que asisten a una escuela SDUHSD:

Nombre del Estudiante: _____ Escuela: _____ Grado: _____

Nombre del Estudiante: _____ Escuela: _____ Grado: _____

Nombre del Estudiante: _____ Escuela: _____ Grado: _____

Por favor proporcione la siguiente documentación de verificación de la categoría 1 (Obligatorio) y Categoría 2 (1 documento adicional):

Categoría 1: Factura o recibo actual de electricidad (ambas partes, superior e inferior, en Inglés) o la verificación de conexión de servicio eléctrico. (Si usted es un inquilino y no paga los servicios públicos porque están incluidos en el alquiler, necesitaremos una carta del arrendador y / o una copia del contrato de alquiler que indica que los servicios están incluidos.)

Categoría 2: Por favor marque la casilla a continuación que indica el formulario adicional que va a presentar como comprobante de residencia que refleje su nombre y la dirección que indico anteriormente:

- **Factura actual del cable** (ambas partes, superior e inferior, en Inglés)
- **Fatura actual de Impuestos de Bienes Inmuebles o Impuestos de ingresos anuales** (del IRS, estatales y / o Condado)
- **Factura actual del agua** (ambas partes, superior e inferior, en Inglés) o la verificación de la conexión del servicio de agua
- **Factura actual de Waste Management** (ambas partes, superior e inferior, en Inglés)
- **Talón actual de nómina** (el nombre y dirección deben aparecer en el cheque de nómina)
- **Documentos actuales de Servicios Sociales**

Atención: En el caso de que utilice como comprobante de residencia una factura de servicios públicos, debe proporcionar la factura con las dos partes y en Inglés en un plazo de 45 días para asegurar la inscripción continúa.

*** El Formulario Complementario de Residencia Compartida debe ser completado unicamente por los padres/tutores que comparten la vivienda con otro individuo o familiar que no sea un cónyuge.**

Staff Only:

Verified By: _____ Date Input Aeries: _____

**SAN DIEGUITO UNION HIGH SCHOOL DISTRICT
FORMULARIO DE VERIFICACIÓN DE RESIDENCIA
DECLARACIÓN JURADA**

Año Escolar 2016-2017

(Por favor, complete un formulario por familia)

- Propietario Arrendatario Residencia Compartida (Debe Tambien Presentar La Forma de Residencia Compartida)
 Otro (especificar)

La ley de California requiere que todas las personas entre los 6 y 18 años de edad asistan al distrito escolar en el que sus padres residen al menos que aplique una excepción legal específica. (Véase el Código de Educ. de Cal. §§ 48200, et seq.) El Distrito de San Dieguito Union High School ("Distrito") está obligado a adoptar las medidas adecuadas para garantizar que los estudiantes que asisten a sus escuelas satisfacen las leyes aplicables. Este Formulario de Verificación de Residencia debe ser llenado, firmado y presentado con la documentación adecuada que demuestre el cumplimiento de las leyes de residencia de California.

Student:

_____	_____	_____
Last Name	First Name	Student ID#
_____	_____	_____
Last Name	First Name	Student ID#
_____	_____	_____
Last Name	First Name	Student ID#
_____	_____	_____
Last Name	First Name	Student ID#

Reconozco y acepto lo siguiente: (iniciales en cada declaración a continuación):

(Iniciales) Mi estudiante (mencionado anteriormente) reside conmigo cinco (5) días a la semana a la dirección indicada más arriba, que es mi residencia principal.

NOTA: Si su hijo no reside con usted cinco (5) días a la semana en la dirección antes indicada, por favor, ponga aquí sus iniciales, y adjunte una explicación escrita de donde y con quien su hijo reside cada día de la semana.

(Iniciales) Estoy de acuerdo en notificar al Distrito / Escuela dentro de los (5) días cuando cambie mi residencia o la de mi hijo a una nueva dirección, ya sea dentro o fuera del Distrito

(Iniciales) La visita domiciliaria y / u otra verificación de residencia es parte de un proceso periódico para confirmar el estado de residencia actual.

(Iniciales) El Distrito investigará activamente todos los casos en que haya motivos para creer que el estado de su residencia ha cambiado y / o información falsa ha sido proporcionada. La investigación de verificación puede incluir el uso de investigadores privados y visitas a domicilio.

Investigaciones que revelen que los estudiantes fueron inscritos a base de información falsa resultará en cancelación de la inscripción y / o dado de baja del Distrito.

(Iniciales) Las personas que proporcionen información falsa bajo pena de perjurio, también pueden ser responsables civilmente por fraude de falsificación, y negligencia. Personas encontradas civilmente responsables pueden ser obligados a pagar todos los daños causados al Distrito como resultado de proporcionar información falsa, así como daños punitivos. (Código Civil § 1709)

(Iniciales) Las personas que inducen, obtienen, o solicitan a otra persona para proporcionar información falsa en una declaración jurada están sujetos a la misma persecución penal, multas y encarcelamiento como la persona que comete directamente perjurio. (Código Penal §127)

NO FIRME ESTE FORMULARIO SI ALGUNA DE LAS DECLARACIONES SON INCORRECTAS.

Si tenemos evidencia de que información falsa fue proporcionada, el/la estudiante será dado/a de baja de la escuela inmediatamente y puede resultar en sanciones penales y / o financieras.

Juro (o certifico) bajo pena de perjurio que la información anterior es verdadera y correcta, y que todas las copias de los documentos presentados para verificar mi residencia son copias verdaderas y correctas de los documentos originales, y que todos los documentos presentados no han sido alterados con la excepción de cubrir los montos en dólares y números de cuenta, lo cual está permitido en este Formulario de Verificación de Residencia.

Firma del Padre / Tutor

Fecha

Testigo

Fecha

SAN DIEGUITO UNION HIGH SCHOOL DISTRICT
**FORMULARIO COMPLEMENTARIO DE
RESIDENCIA COMPARTIDA**
(Suplemento de Verificación de Residencia)

Esta formulario complementario de residencia compartida debe ser completado y adjunto a la Declaración Jurada de Verificación de Residencia únicamente por los padres / tutores que comparten la vivienda con otro individuo o familiar que no sea un cónyuge.

Se requiere que el residente principal / propietario de la casa compartida debe completar esta sección y entregar una copia de los siguientes documentos a continuación:

- Su licencia de conducir o pasaporte con foto
- Dos pruebas de residencia de la lista del Formulario de Verificación de Residencia:

Yo, _____ (residente principal / propietario) declaro que soy el residente principal / propietario de la dirección que aparece en la página 1 de esta Declaración Jurada de Domicilio y que la persona (s), alegando la dirección de la página 1 residen (s) en esta residencia por lo menos cinco (5) días a la semana. Declaro además que toda la información proporcionada en esta Declaración Jurada de Domicilio, incluida la información proporcionada por el/los padre (s) / tutor (s), (es) verdadera y correcta. Entiendo que la visita domiciliaria y / o verificación de residencia es parte de un proceso periódico para confirmar residencia establecida por una Declaración Jurada de Domicilio. Voy a presentar la evidencia necesaria para verificar mi residencia. Estoy de acuerdo en notificar al Distrito Escolar de San Dieguito si hay algún cambio en el estado de la residencia de las personas que figuran en la página 1 o yo mismo.

Juro (o certifico), bajo pena de perjurio que lo anterior es verdadero y correcto.

Firma del Residente Principal / Propietario

Fecha

San Dieguito Union High School District FORMULARIO PARA INFORMACIÓN DE SALUD

Health Information Form

IMPORTANTE: LAS FIRMAS DEL PADRE / TUTOR LEGAL Y ESTUDIANTE SE REQUIEREN EN LA PÁGINA 2

ESTUDIANTE: Apellido _____ Varón Dama
 Primer Nombre _____ Inicial _____ Fecha de nacimiento mes/día/año _____ Escuela actual _____ Grado _____

PADRE / TUTOR LEGAL: la siguiente información es necesaria para el expediente de salud de el/la estudiante. Se requiere solamente una vez al inscribirse. Sin embargo, si en el futuro se presentan nuevos problemas de salud, solicitamos que el padre / tutor legal **tan pronto como le sea posible, presente notificación a la Oficina Escolar de Salud** para proporcionar la atención adecuada a su hijo/a.

CONDICIÓN/ES DE SALUD:

Por favor indique la/s casilla/s que mejor describa/n la/s condición/es de salud de su hijo/a y **entregue el formulario en la Oficina Escolar de Salud**. Por favor proporcione información específica acerca de la/s condición/es que puede/n afectar a su hijo/a para aprender o para participar en actividades escolares (si lo necesita, adjunte la información adicional en una página por separado).

CONDICIÓN DE SALUD	EXPLICACIÓN: (por favor incluya; fecha de diagnóstico, frecuencia, severidad, etc.)
<input type="checkbox"/> Alergia (de alimentos, medicamento, piquete de abeja, etc.)	<input type="checkbox"/> Necesita medicamento en la escuela (requiere un formulario con autorización, vea la página 2)
<input type="checkbox"/> Asma (indique: leve, moderada, de seriedad, otro)	<input type="checkbox"/> Necesita Inhalador en la escuela (requiere un formulario con autorización, vea la página 2)
<input type="checkbox"/> Enfermedad sanguínea (de la sangre)	
<input type="checkbox"/> Parálisis cerebral	
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Necesita Insulina en la escuela (requiere un formulario con autorización, vea la página 2)
<input type="checkbox"/> Diagnóstico con déficit de atención e hiperactividad (ADHD/ADD)	<input type="checkbox"/> Necesita medicamento en la escuela (requiere un formulario con autorización, vea la página 2)
<input type="checkbox"/> Defecto de nacimiento / trastorno genético	
<input type="checkbox"/> Enfermedad emocional	
<input type="checkbox"/> Desmayo	
<input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca	
<input type="checkbox"/> Síndrome de deficiencia inmunológica	
<input type="checkbox"/> Enfermedad del riñón	
<input type="checkbox"/> Dolor de cabeza / migraña / jaquecas	<input type="checkbox"/> Necesita medicamento en la escuela (requiere un formulario con autorización, vea la página 2)
<input type="checkbox"/> Enfermedad neurológica	
<input type="checkbox"/> Condición ortopédica	
<input type="checkbox"/> Prótesis	
<input type="checkbox"/> Enfermedad psicológica	
<input type="checkbox"/> Escoliosis	
<input type="checkbox"/> Convulsiones	<input type="checkbox"/> Necesita medicamento en la escuela (requiere un formulario con autorización, vea la página 2)
<input type="checkbox"/> Fecha de la última visita al médico:	<input type="checkbox"/> Otra/s preocupación/es de salud de seriedad: (si necesita, incluya una página adicional)

IMPEDIMENTO AUDITIVO	<input type="checkbox"/> Oído derecho	<input type="checkbox"/> Oído izquierdo
<input type="checkbox"/> Sordera / dificultad para escuchar	<input type="checkbox"/> Oído derecho	<input type="checkbox"/> Oído izquierdo
<input type="checkbox"/> Dispositivo auxiliar para escuchar	<input type="checkbox"/> Oído derecho	<input type="checkbox"/> Oído izquierdo
<input type="checkbox"/> Problemas para escuchar	<input type="checkbox"/> Oído derecho	<input type="checkbox"/> Oído izquierdo
IMPEDIMENTO VISUAL	<input type="checkbox"/> Ojo derecho	<input type="checkbox"/> Ojo izquierdo
<input type="checkbox"/> Necesita lentes	<input type="checkbox"/> Lentes de contacto	
<input type="checkbox"/> Para ver a distancia	<input type="checkbox"/> Debido a estigmatismo	
<input type="checkbox"/> Para leer	<input type="checkbox"/> Otro:	

IMPEDIMENTO DE LENGUAJE
<input type="checkbox"/> Ha recibido terapia
<input type="checkbox"/> Necesita terapia
RESTRICCIONES FÍSICAS
<input type="checkbox"/> Para participación en educación física
<input type="checkbox"/> Tipo de restricciones:

San Dieguito Union High School District
FORMULARIO PARA INFORMACIÓN DE SALUD

Health Information Form

IMPORTANTE: LAS FIRMAS DEL PADRE / TUTOR LEGAL Y STUDENT SON OBLIGATORIAS

Varón Dama

ESTUDIANTE: Apellido _____ Primer Nombre _____ Inicial _____ Fecha de nacimiento mes/día/año _____ Escuela actual _____ Grado _____

PADRE / TUTOR LEGAL Y ESTUDIANTE: NO ESTÁ PERMITIDO que los estudiantes lleven consigo medicamento, excepto con la autorización de un médico en el expediente para; *inhalador* para asma, *epipen* para reacción alérgica, y/o *glucagón* para diabetes ASÍ COMO TODO MEDICAMENTO; con prescripción, sin prescripción, remedios homeopáticos, vitaminas, etc. que deban administrarse durante el horario escolar o durante actividades patrocinadas por la escuela, **REQUIEREN el formulario de autorización “*Authorization for Administration of Medication*” firmado por el médico y el padre del estudiante. Si su hijo/a requiere la administración de medicamento durante el horario / actividad escolar: Por favor visite la Oficina de Salud Escolar durante horas hábiles, o visite la página Web del Distrito para obtener el formulario “*Authorization for Administration of Medication*”: www.sduhsd.net enlace > Special Education Department > Health Services.**

Medicamento/s que su hijo/a actualmente recibe en el hogar (favor de incluir la fecha de prescripción y la dosis): _____

¿Tiene su hijo/a un régimen continuo de medicamento? NO SÍ ¿Necesita administrarse en la escuela? NO SÍ

Si el estudiante necesita medicamento durante el horario escolar: Favor de completar y entregar personalmente en la Oficina de Salud Escolar el formulario de autorización “*Authorization for Administration of Medication*”:

<i>Carmel Valley</i>	CV	858-481-8221 ext. 3014	<i>Canyon Crest Academy</i>	CCA	858-350-0253 ext. 4011
<i>Diegueño</i>	DNO	760-944-1892 ext. 6631	<i>La Costa Canyon</i>	LCC	760-436-6136 ext. 6024
<i>Earl Warren</i>	EW	858-755-1558 ext. 4414	<i>San Dieguito Academy</i>	SDA	760-153-1121 ext. 5021
<i>Oak Crest</i>	OC	760-753-6241 ext. 3378	<i>Torrey Pines</i>	TP	858-755-0125 ext. 2235
<i>Pacific Trails</i>	PT	858-509-1000 ext. 4605	<i>Sunset</i>	SS	760-753-3860 ext. 5534

MEDICAMENTOS (EC § 49423): Cualquier estudiante que deba tomar en la escuela medicamentos por prescripción y quien desee la ayuda del personal escolar debe presentar una declaración por escrito de las instrucciones del médico o del asistente del médico y una solicitud del padre para recibir asistencia con la administración de medicamentos. Cualquier estudiante puede llevar consigo y administrarse el medicamento recetado auto-inyectable *epinephrine*, **únicamente si el estudiante entrega una declaración por escrito con las instrucciones del médico o del asistente del médico y el consentimiento escrito de los padres autorizando la auto-administración del medicamento**, proporcionando autorización a la enfermera u otro personal escolar para consultar con el médico de salud del estudiante a medida que surgen preguntas, y liberando / exonerando al distrito y al personal escolar de responsabilidad civil si el estudiante sufre alguna reacción adversa como resultado de la auto-administración del medicamento.

RÉGIMEN CONTINUO DE MEDICAMENTO (EC § 49480): El padre o tutor legal de cualquier estudiante en un régimen continuo de medicamento para una condición no episódica, deberá informar a la enfermera de la escuela u otro miembro del personal sobre el medicamento que está tomando, la dosis actual, y del nombre del médico supervisor. Con el consentimiento del padre o tutor legal del estudiante, la enfermera escolar puede comunicarse con el médico y podrá consultar con el personal escolar acerca de los posibles efectos de conducta física, intelectual y social en el estudiante, así como posibles señas de comportamiento y síntomas de efectos secundarios, por omisión o sobredosis.

He leído y entiendo esta constancia y los requisitos del código de educación “Ed Code Requirements”:

PADRE / TUTOR LEGAL:		
IMPRIMA: Nombre del padre / tutor legal	Correo electrónico del padre /tutor legal	Teléfono celular
Domicilio actual	Ciudad	Código postal
Padre / tutor legal		
Firma		Fecha
ESTUDIANTE:		
IMPRIMA: Nombre del estudiante	Correo electrónico del estudiante	Teléfono celular
Estudiante		
Firma - Estudiante adulto: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Fecha
OFICINA DE SALUD:		
Initials & Date Received:		

GUÍA PARA PADRES SOBRE LOS REQUISITOS DE VACUNACIÓN PARA ENTRAR A LA ESCUELA



Requisitos de ingreso por edad y grado:

Vacuna	4-6 años de edad Escuela primaria (al nivel de kínder de transición/ kínder o más arriba)	7-17 años de edad Escuela primaria o secundaria	7° grado*
Polio (OPV or IPV)	4 dosis (3 dosis cumplen con el requisito si una se aplicó al cumplir los 4 años de edad o después).	4 dosis (3 dosis cumplen con el requisito si una se aplicó al cumplir los 2 años de edad o después).	
Difteria, Tétanos y Pertussis (Tos Ferina)	5 dosis de DTaP, DTP o DT (4 dosis cumplen con el requisito si una se aplicó al cumplir los 4 años de edad o después).	4 dosis de DTaP, DTP, DT, Tdap o Td (3 dosis cumplen con el requisito si la última se aplicó al cumplir los 2 años de edad o después). Para los alumnos de 7° a 12° grado, se requiere que una de esas dosis sea Tdap o DTaP/ DTP y que se la hayan puesto al cumplir los 7 años de edad o después).	1 dosis de Tdap o DTP/DTaP al cumplir los 7 años de edad o después
Sarampión, Paperas y Rubéola (MMR o MMR-V)	2 dosis (Ambas dosis deben haberse puesto al cumplir el 1er año o después. Sólo se requiere una dosis de las vacunas contra las paperas y la rubéola si es que recibió vacunas separadas).	1 dosis en o después del primer cumpleaños. (La vacuna contra las paperas no es necesaria si es que recibió vacunas separadas).	2 dosis de MMR o cualquier vacuna contra el sarampión. (Ambas dosis deben haberse puesto al cumplir el 1er año o después)
Hepatitis B (Hep B o HBV)	3 dosis		
Varicela (VAR, MMR-V o VZV)	1 dosis	1 dosis para alumnos de 7-12 años de edad 2 dosis para alumnos de 13-17 años de edad	

*Los nuevos alumnos de 7° grado también deben cumplir con los requisitos para alumnos de 7-17 años de edad.

LA RAZON POR QUÉ SU NIÑO(A) NECESITA VACUNARSE:

La Ley de Inmunización Escolar de California requiere que todos los niños estén al día con sus vacunas para asistir a la escuela. Las enfermedades como el sarampión y la tos ferina se propagan rápidamente, de modo que los niños deben estar protegidos antes de entrar. Se requiere que las escuelas en California verifiquen los comprobantes de inmunización de todos los nuevos estudiantes de kínder/kínder de transición **hasta** el 12° grado y de los estudiantes pasando a 7° grado antes del comienzo de clases.

LA LEY (en inglés):

Health and Safety Code, Division 105, Part 2, Chapter 1, Sections 120325 120380; California Code of Regulations, Title 17, Division 1, Chapter 4, Subchapter 8, Sections 6000-60755

LO QUE NECESITA PARA LA INSCRIPCIÓN:

Traiga el comprobante de inmunización de su niño(a). No es posible inscribirlo(a) sin eso. El comprobante de inmunización debe mostrar la fecha para cada una de las vacunas requeridas arriba. Si no tiene un comprobante de inmunización, o si su niño(a) no ha recibido todas las vacunas requeridas, llame a su doctor inmediatamente para hacer una cita.

Si un médico licenciado determina que su niño(a) no debe recibir cierta(s) vacuna(s) por razones médicas, presente una declaración escrita para obtener una **exención médica** para la(s) vacuna(s) que le falta(n).

Hasta el 2016, si una vacuna es contra sus **creencias personales**, usted puede presentar el formulario CDPH 8262 para la(s) vacuna(s) que le falta(n). El formulario debe tener las firmas de un padre de familia y de un profesional médico autorizado. Para más detalles, visite: <http://www.shotsforschool.org/laws/faqspe/>.

También debe presentar un comprobante de inmunización para todas las vacunas no exentas.

¿Tiene preguntas? Visite shotsforschool.org o comuníquese con su departamento de salud local (bit.do/immunization).

SAN DIEGUITO UNION HIGH SCHOOL DISTRICT FORMULARIO DE EMERGENCIA

La siguiente información **es necesaria** para el Expediente de Salud de el/la estudiante. Favor de completar este formulario anualmente, **firmarlo y regresarlo** a la escuela de su estudiante durante horas hábiles.

***Nota: Éste no es un formulario para "cambio de residencia"** Si usted se ha cambiado de domicilio, por favor complete y entregue el formulario de verificación de residencia **"Verification of Residency Form"** el cual lo encuentra disponible en la oficina de matrícula de la escuela de su estudiante.

ESTUDIANTE: Apellido _____ Primer Nombre _____ Inicial _____ Varón Dama _____ ID# _____
Fecha de Nacimiento Mes/Día/Año _____ Identificación Estudiantil _____

Domicilio donde **reside el estudiante** Apartamento # Ciudad Código Postal Escuela Grado

No. de Celular del Estudiante _____

E-mail - Domicilio Electrónico del Estudiante _____

Por favor indique con una señal, a cual de los padres se le debe de llamar primero al Padre o a la Madre:

PADRE

MADRE

NOMBRE del Padre (Indique: Padre/Guardián/Sustituto) _____

NOMBRE de la Madre (Indique: Madre/Guardián/Sustituta) _____

Teléfono del Hogar # Celular #

Teléfono del Hogar # Celular #

Lugar y Departamento de Empleo Teléfono de Empleo #

Lugar y Departamento de Empleo Teléfono de Empleo #

E-mail - Domicilio Electrónico del Padre _____

E-mail - Domicilio Electrónico de la Madre _____

Domicilio del Padre ¿Es un Nuevo Domicilio? NO *SÍ

Domicilio de la Madre ¿Es un Nuevo Domicilio? NO *SÍ

Domicilio para Recibir Correo (si es diferente al anterior) _____

Domicilio para Recibir Correo (si es diferente al anterior) _____

Años de Educación Escolar que Logró el Padre: _____ # en años (no grados)

Años de Educación Escolar que Logró la Madre: _____ # en años (no grados)

Necesita interpretación para juntas y llamadas: NO SÍ

Necesita interpretación para juntas y llamadas: NO SÍ

CONTACTOS ADICIONALES: Sus contactos deben de ser locales. Anote la información de **dos personas adultas** que no sean el padre/la madre o guardián. Si no se logra el personal escolar localizarnos a los padres/guardianes, autorizamos al personal escolar para que haga entrega de el/la estudiante a:

1) Contacto Local: _____
Nombre y Apellido del Adulto Relación/parentesco con el/la Estudiante Teléfono del Hogar / Empleo Celular

2) Contacto Local: _____
Nombre y Apellido del Adulto Relación/parentesco con el/la Estudiante Teléfono del Hogar / Empleo Celular

INFORMACIÓN MÉDICA: EC §49423

Clínica/Nombre del Médico de el/la Estudiante: _____
Nombre y Domicilio Teléfono de Contacto para la Clínica / Médico

Doy mi consentimiento para que el personal escolar se comunique con el médico de mi hijo/a: NO SÍ

El/la estudiante está bajo un régimen de medicamento: NO SÍ

Necesita medicamento durante el horario escolar: NO SÍ

Si el/la estudiante está bajo un régimen de medicamento que necesita administración durante el horario escolar, el padre deberá de completar y entregar el formulario de autorización **"Authorization for Medication Administration"**, en la oficina de enfermería escolar **con la firma del padre y del médico**. El formulario está disponible en la página Web: <http://www.sduhsd.net/downloads/>

EMERGENCIA: Doy consentimiento para que en caso de alguna emergencia:

El médico familiar, los paramédicos (EMT) y/o el hospital administre/n tratamiento médico a mi hijo/a: NO SÍ

¿Cobertura de Seguro Médico para el/la estudiante? NO SÍ Seguro Médico a nombre de: El Padre La Madre

Nombre de la Compañía de Seguro Médico Número de Póliza / Grupo Teléfono de la Compañía de Seguro Médico

X _____
Firma del Padre/Guardián Legal Fecha

X _____
Firma de la Madre/Guardián Legal Fecha

Oak Crest Middle School
Formulario de Verificación de Firmas
2016-17

Los formularios que se encuentran en la lista requieren su firma en reconocimiento que los estudiantes y padres de familia recibieron y leyeron las notificaciones. Estos formularios los puede obtener en nuestro sitio web de la escuela en **website: sduhsd.net/oc/registration-forms**.

(Imprima)

Apellido del Estudiante, Primer Nombre

Domicilio

Ciudad

Grado

Teléfono del hogar

Teléfono del Padre/Guardián

Correo Electrónico (Email)

ESTUDIANTES Y PADRES/GUARDIAN DEBEN FIRMAR EN TODAS LAS SECCIONES REQUERIDAS Y ENTREGARLAS A LA OFICINA ESCOLAR

<p>1. <u>Notificación Anual de los Derechos para Padres/Estudiantes y los Procedimientos para Reclamos con Igualdad</u> Estudiante y Padre /Guardián: He leído y reconozco que recibí información sobre mis derechos, responsabilidades y protecciones.</p> <p>2. <u>Código de Conducta</u> Estudiante: He leído el Código de Conducta de Oak Crest y acepto cumplir con los estándares del comportamiento del distrito. Entiendo que si cometo violación contra alguno de los estándares recibiré las consecuencias apropiadas. Padre /Guardián: He leído y acepto las condiciones del Código de Conducta de Oak Crest y las discutí con mi estudiante.</p> <p>3. <u>Póliza y Procedimiento de Honestidad Académica</u> Estudiante: He leído la Póliza y Procedimiento de Honestidad Académica de ocho páginas, y acepto cumplir con los términos y condiciones de este contrato legal. Padre/Guardián: He leído la Póliza y Procedimiento de Honestidad Académica de ocho páginas, y acepto cumplir con los términos y condiciones de este contrato legal y lo discutí con mi estudiante.</p>	<p>✓ _____ Firma del Estudiante Fecha</p> <p>✓ _____ Firma del Padre/Guardián Fecha</p>
---	--

Firma del Padre / Guardián

Fecha

Firma del Estudiante

Fecha

San Dieguito Union High School District
NOTIFICACIÓN ANUAL 2016 – 2017
Página para Firmas de Reconocimiento

RECONOCIMIENTO DEL PADRE / TUTOR LEGAL SOBRE LAS ACTIVIDADES ESCOLARES ESPECÍFICAS:

El Código de Educación Sección (EC §48982) **REQUIERE** que el padre / tutor legal firme y devuelva esta página de reconocimiento a la oficina de control de asistencia indicando así que se le ha informado sobre sus derechos y se le han proporcionado toda la información obligatoria necesaria para que su hijo/a asista a la escuela. No obstante, su firma **no es una autorización** para participar en ningún programa en particular que ya se haya impartido o retenido.

Por la presente, otorgo mi firma en reconocimiento / constancia de que he recibido la información sobre mis derechos, responsabilidades y protecciones. También certifico bajo pena de perjurio, que soy residente del Distrito ó atiendo con la aprobación de un Acuerdo de Asistencia por Ínter-Distrito (Inter-District Agreement).

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Grado: _____
Imprima por favor

Nombre del Padre / Tutor Legal: _____ Fecha: _____
Imprima por favor

REQUISITO: Firma del Padre / Tutor Legal: X

IFORMACIÓN MÉDICA (EC §49423):

Médico / Clínica para el Estudiante:

Nombre del Médico ó Clínica

Domicilio

Número de Teléfono

Otorgo mi consentimiento para que el personal escolar se comunique con el médico de mi hijo/a: NO ____ SÍ ____

¿Está su hijo/a bajo un régimen continuo de medicamento?: NO ____ SÍ ____

¿Será necesario que tome el medicamento durante el horario de escuela?: NO ____ SÍ ____

Si el/la estudiante requiere la administración de medicamento durante el horario escolar: El padre / tutor legal **deberá completar** y devolver a la oficina escolar de salud el formulario **“Autorización para Administración de Medicamento”** (Authorization for Administration of Medication) **firmado por el padre / tutor legal y por el médico.** Dicho formulario está disponible en la página Web: <http://www.sduhsd.net/downloads/>

INFORMACIÓN DEL DIRECTORIO ESTUDIANTIL:

De acuerdo con las leyes estatales y federales, el Distrito puede transmitir o ceder la información del directorio del estudiante. Esto quiere decir que la información de cada estudiante; nombre, fecha de nacimiento, domicilio, número de teléfono, curso principal de estudio, la participación en las actividades escolares, fechas de asistencia, reconocimientos, y asistencia a la escuela, puede transmitirse ó cederse en conformidad con la póliza de la Mesa Directiva Escolar. Adicionalmente, para estudiantes que son atletas puede cederse la información sobre su peso y altura. La información del directorio que sea apropiada puede cederse a cualquier agencia ó persona, excepto a organizaciones privadas ó de lucro. Los nombres y domicilios de estudiantes del doceavo grado ó estudiantes que egresan, puede cederse a las escuelas públicas ó privadas, universidades, empleadores y reclutadores militares.

Bajo la solicitud por escrito de parte del padre ó tutor legal de un/a estudiante de 17 años ó menor, el Distrito no transmitirá / no cederá la información del directorio sobre el/la estudiante. Si el/la estudiante tiene 18 años, es mayor o está inscrito/a en una institución de instrucción post-secundaria, y presenta una solicitud por escrito, se honrará su solicitud de negar acceso a la información del directorio. La solicitud deberá de someterse entre los 30 días después de haber recibido ésta notificación.

Si usted elige que **NO** se ceda información de su hijo/a ninguna agencia exterior, incluyendo a la militar, por favor firme y devuelva esta página a la oficina de asistencia dentro de 30 días. **La firma del padre / tutor legal, le prohíbe** al Distrito transmitir ó ceder la información del directorio a la militar, la prensa, los medios de comunicación, empresarios, escuelas, organizaciones de padres y maestros, empleos y entidades similares.

FIRMA OPCIONAL: Por favor coloque una señal solamente en donde NO DESEA que se libere ó ceda la información de su hijo/a para:

- La Militar Los Colegios y las Universidades Los posibles Empleadores
 La Internet (fotos y entrevistas en la página web escolar sobre actividades escolares o atléticas)
 La Prensa o los medios de comunicación multimedia (con fotos y/o entrevistas sobre actividades escolares / deportivas)
 El anuario Escolar ("no release" su señal aquí indica que usted no quiere la foto de su hijo/a en el anuario escolar)

DEVUELVA A LA ESCUELA DE SU HIJO/A ESTA PÁGINA CON SU FIRMA



Union High School District

Board of Directors
Directiva de Fideicomisarios

Joyce Dalessandro
Beth Hergesheimer
Amy Herman
Maureen "Mo" Muir
John Salazar

Superintendent
Superintendente

Rick Schmitt

710 Encinitas Boulevard, Encinitas, CA 92024
Teléfono (760) 753-6491
www.sduhsd.net

Department of Pupil Services
Fax (760) 943-3527

IMPORTANT NOTICE REGARDING NEW STUDENTS

(NOTIFICACIÓN DE IMPORTANCIA PARA ESTUDIANTES DE NUEVO INGRESO)

Education Code Section 48915.1(b) states, "If a student has been previously expelled from his/her previous school, the parent/guardian, shall, upon enrolment, inform the receiving school district of his/her status with the previous school district."

El Código de Educación Sección 48915.1(b) consta que, "Si un estudiante ha sido anteriormente expulsado de la escuela, el padre / tutor legal, al matricular al estudiante, deberá de informarle al distrito escolar al cual esté matriculando a su hijo/a acerca de su estado en el distrito escolar al que asistió previamente."

STUDENT NAME: SCHOOL: DOB:
(NOMBRE DE EL/LA ESTUDIANTE) (ESCUELA) (FECHA DE NACIMIENTO)

Has your son/daughter been previously expelled? [] NO [] YES
(¿Se le ha expulsado a su hijo/a previamente?)

If YES, please explain including dates of expulsion and school:
(Si ha sido expulsado/a, favor de explicar incluyendo la fecha y la escuela a la que asistió)

Has your son/daughter been previously suspended? [] NO [] YES
(¿Ha recibido su hijo/a suspensión académica previamente?)

If YES, please explain including dates of suspension and school:
(Si ha sido académicamente suspendido/a, favor de explicar incluyendo las fechas de suspensión y la escuela a la que asistió)

Is your student currently enrolled in a GATE program? [] NO [] YES
(¿Actualmente está su hijo/a registrado en el programa GATE?)

Has your student ever received Special Education Services? [] NO [] YES
(¿Se le han proporcionado Servicios de Educación Especial a su hijo/a?)

Does your student have an ACTIVE IEP Individualized Education Plan? [] NO [] YES (Please attach copy)
(¿Tiene su hijo/a un Plan de Educación Individualizada -IEP vigente?) (Por favor incluya una copia)

Does your student have an ACTIVE 504 Plan? [] NO [] YES (Please attach copy)
(¿Tiene su hijo/a un Plan 504 vigente?) (Por favor incluya una copia)

Has your student ever received 504 plan accommodations? [] NO [] YES Date: (Fecha)

Has your student ever been placed on a SARB contract? [] NO [] YES Date: (Fecha)

Parent/Guardian Signature (Firma del Padre/Tutor Legal)

Date (Fecha)

NOTE: Failure to disclose this information could result in termination from the San Dieguito Union High School District. If further information is desired, please telephone the Director of Pupil Services & Alternative Programs, Rick Ayala at (760) 753-3860, ext. 5601.

NOTA: Si no proporciona usted ésta información, puede resultar en la anulación de la matrícula para el/la estudiante en el distrito San Dieguito Union High School District. Si desea obtener más información, por favor llame usted al Director de Servicios Estudiantiles y Programas Alternativos, Rick Ayala al teléfono (760) 753-6491 ext. 5601

Oak Crest Middle School
Contrato de Actividades
2016-2017

Este contrato tiene que ser entregado antes de asistir cualquier actividad patrocinada por la escuela afuera de la clase normal (por ejemplo: carnavales, actividades de espíritu escolar, recaudadores de fondos, celebraciones, y bailes).

Entiendo lo siguiente:

- El estudiante y su padre/ tutor tienen que firmar el Contrato de Actividades antes de asistir la actividad escolar.
- El estudiante tiene que ser matriculado en la escuela de Oak Crest para asistir cualquier actividad patrocinada por la escuela.
- Asistir una actividad extraescolar es un privilegio, no un derecho.
- No puede dar su boleto para asistir una actividad a otro estudiante.
- La escuela no puede reembolsar los boletos para una actividad.
- El estudiante debe seguir las reglas y normas de comportamiento, incluyendo instrucciones para participar en un actividad de espíritu, recaudadores de fondos, ó puede incluir una actividad que contiene material infable.. La administración y el personal de la escuela va aplicar las reglas de San Dieguito Union High School District.
- El estudiante debe estar vestido apropiadamente en todo momento durante la actividad.
- El bailar no puede ser de una manera sexualmente explicito ó inapropiado. Por ejemplo, no puede bailar con la espalda al frente de otra persona. Los que no siguen las reglas van a ser mandados a la oficina administración para acción disciplinaria. Cualquier infracción resultará en disciplina progresiva y puede incluir ser requerido salir del baile.
- Un estudiante puede ser prohibido de asistir una actividad escolar como resultado de mal conducta durante la escuela o una actividad patrocinada por la escuela.
- Estudiantes no pueden entrar una actividad después de treinta minutos de la hora de empezar (por ejemplo, si la actividad empieza a las seis, el estudiante no puede entrar después de las seis y media).
- Cuando un estudiante entra a una actividad, no puede salir y entrar de vuelta.
- El estudiante no puede salir de una actividad temprano a menos que un padre/tutor firme a través de la oficina de administración o el padre hace otros arreglos por adelantado con la administración
- Estudiantes deben ser recogidos en el estacionamiento de Oak Crest al fin de la actividad.
- Si un estudiante no puede asistir una actividad , el padre debe ponerse en contacto con el personal quién esta coordinando la actividad o la administración en adelantado.

He leído este contrato y entiendo que mi participación en actividades de Oak Crest Middle School depende de mi acuerdo con sus terminos, así como mi colaboración en el seguimiento.

Nombre de estudiante (escrito)

Firma de estudiante

He leído este contrato y entiendo que la participación de mi estudiante en actividades de Oak Crest Middle School depende de mi acuerdo con sus terminos, así como mi colaboración en el seguimiento.

Nombre del padre (escrito)

Firma del padre

Número de teléfono de emergencia

Fecha