

Uso de Oficina  
**KUSD ID#:**  
**Ingresado por:**

**Formulario de Inscripción para Estudiante -  
 Distrito Escolar Unificado de Kenosha**

**LETRA DE  
 IMPRENTA**

Apellido del Estudiante \_\_\_\_\_ Primer Nombre \_\_\_\_\_ Segundo Nombre \_\_\_\_\_ Sufijo (Jr., II) \_\_\_\_\_ Apodo \_\_\_\_\_

/ /  
 Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Género (M/F) \_\_\_\_\_

**Debe seleccionar uno:**  
 Hispano o Latino  
 No Hispano o Latino

**Debe seleccionar uno o más:**  
 Asiático  Negro o Afroamericano  Nativo de Hawái o Otra Isla del Pacifico  
 Blanco  Indio Americano o Nativo de Alaska

Idioma Natal del Estudiante \_\_\_\_\_

Idioma Natal del Padre/Guardián \_\_\_\_\_  Estudiante de Intercambio - Extranjero

Teléfono de Casa  Privado Celular del Estudiante Domicilio de Casa Lote/Apto Ciudad Estado Código Postal

Dirección Postal (si es diferente) Lote/Apto. Ciudad Estado Código Postal

Ciudad de Nacimiento Condado de Nacimiento Estado de Nacimiento País de Nacimiento Grado de Inscripción  
 ej. Kenosha ej. Kenosha (ej. WI) (ej. USA)

<b>Guardian Legal 1</b>				Estudiante vive con este guardián
Relación con el Estudiante (Padre, Madre, Guardián)	Fecha de Nacimiento			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Género (M/F)	
Dirección Postal	Lote/Apto.	Ciudad	Estado	Código Postal
Teléfono de Casa	Teléfono Celular	Teléfono de Trabajo		
Correo Electrónico	Lugar de Trabajo			

<b>Guardian Legal 2</b>				Estudiante vive con este guardián
Relación con el Estudiante (Padre, Madre, Guardián)	Fecha de Nacimiento			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Género (M/F)	
Dirección Postal	Lote/Apto.	Ciudad	Estado	Código Postal
Teléfono de Casa	Teléfono Celular	Teléfono de Trabajo		
Correo Electrónico	Lugar de Trabajo			

Fecha de la primera inscripción en escuelas de **Estados Unidos:** / / Fecha de la primera inscripción en escuelas de **Wisconsin:** / /

Alguna vez su hijo/a asistió a Escuelas Unificadas de Kenosha (incluyendo el Head Start)?  Sí  No

---

Última Escuela que Asistió

Ciudad/Estado

Última Fecha de Asistencia

Último Grado que Completo

¿En los últimos tres años cambio de domicilio con propósito de obtener trabajo temporal/estación en agricultura/pesca o actividad de procesar alimentos?  Sí  No

**\*TODAS LAS DECLARACIONES A CONTINUACIÓN SON REQUERIDAS**

**\* NOTIFICACIÓN REFERENTE A LA LIBERACIÓN DE DATOS DEL ESTUDIANTE**

La presente notificación es para todos los padres y guardianes de estudiantes menores de 17 años de edad, y notificación a los estudiantes mayores de 18 años edad, los siguientes Datos de Directorio han sido designados y pueden ser accesibles al público incluyendo reclutadores militares:

El nombre del estudiante, domicilio, teléfono, fecha y lugar de nacimiento, área principal de estudio, participación en deportes y actividades reconocidos oficialmente, estatura y peso, membresía en equipos atléticos, asistencia, reconocimientos y premios recibidos, asistencia de la escuela más reciente del estudiante, y fotografías del estudiante.

**Sí, acepto que los Datos de Directorio de mi estudiante sean divulgados.**  **No, acepto que los Datos de Directorio de mi estudiante sean divulgados.**

---

**\*NOTIFICACIÓN DE LIBERACIÓN A MEDIOS – ESTUDIANTE Y SUS TRABAJOS**

Nuestros estudiantes tienen varias oportunidades maravillosas para mostrar y publicar sus talentos y trabajos escolares. Video, fotografías, otras grabaciones de nuestros estudiantes a menudo están en la página web, Canal 20, sitios de medios sociales, y otros medios de comunicación. Tales oportunidades crean emoción y alegría en nuestros estudiantes y ayudan a fortalecer el desarrollo de nuestros estudiantes. Para que nuestros estudiantes disfruten y participen en estas oportunidades, del distrito debe de tener el consentimiento siguiente de los padres/guardianes. Fotografías del estudiante, imagen y voz, exhibición de arte, mensajes en redes sociales, videos, salones de clases, o materiales de promoción distrital puede que aparezca en redes sociales.

**Sí, Yo doy mi consentimiento**  **No, doy mi consentimiento**

---

**\*LIBRO ANUAL**

Cada año nuestra escuela produce un libro anual, el cual incluye los nombres y fotografías de todos los estudiantes que asistieron a la escuela durante ese año. Si usted quiere que el nombre y fotografía de su hijo/a sea excluido del libro anual, por favor de marcar el cuadro apropiado continuó. Por favor de tomar en cuenta que si su hijo/a participa en actividades públicas durante el año tales como atletismo, teatro, etc. puede ser posible que aparezca en el libro anual.

**Si, la foto y nombre de mi hijo/a puede ser incluido en el libro anual**  **No, la foto y nombre de mi hijo/a no debe ser incluido en el libro anual**

---

**\*CONDUCTA**

La ley concerniente a la confidencialidad y registros del estudiante, regulan el mantenimiento y destrucción de tales registros. Estatuto de Wisconsin 118.125 Sección 3 requiere que los registros de "conducta" sean destruido un año después de que el estudiante deje de inscribirse, a menos que se otorgue un permiso por escrito de mantenerlos por un periodo más largo.

"Registro de conducta, significa que los registros del alumno incluyendo pruebas psicológicas; evaluación personalizada, grabación de conversación; declaración por escrito en relación específica a la conducta del estudiante, pruebas relacionadas específicas a logros o medida de capacidad, registro de salud física del estudiante, vacunas, o detección de plomo bajo la ley.254.162, agente público; registro obtenido bajo.48396 (1)(b)2,(c)3, y registros que no sea del progreso, " Estado de Wisconsin sección 118.125(1)(a)."

Favor de tener en mente que si el estudiante deja el Distrito Escolar Unificado de Kenosha y la escuela que le recibe requiere todos los registros, serán enviados como exige la ley, aun cuando este formulario este en la carpeta acumulativa de registros del estudiante. No obstante, se recomienda que el "permiso para conservar los registros de conducta" este en el archivo de cada estudiante. Lo cual asegura que los registros no requeridos se retengan por cinco años después de haber dejado KUSD y estén disponibles en caso que el estudiante regrese a KUSD. Si la forma no se encuentra en los archivos, el registro será destruido un año después de haber dejado KUSD.

**Por la presente, autorizo a KUSD de mantener el registro de conducta por un año**  **Por la presente, autorizo a KUSD de mantener el registro de conducta por cinco años**

## Emergencia/Información de Salud

---

Apellido del Estudiante	Primer Nombre del Estudiante	Fecha de Nacimiento del Estudiante	Nombre del Doctor	Teléfono del Doctor
-------------------------	------------------------------	------------------------------------	-------------------	---------------------

### Contactos de Emergencia

---

Nombre	Fecha de Nacimiento	Domicilio	Teléfono de Casa	Teléfono Celular	Teléfono de Trabajo	Relación al Estudiante
--------	---------------------	-----------	------------------	------------------	---------------------	------------------------

---

Nombre	Fecha de Nacimiento	Domicilio	Teléfono de Casa	Teléfono Celular	Teléfono de Trabajo	Relación al Estudiante
--------	---------------------	-----------	------------------	------------------	---------------------	------------------------

---

Nombre	Fecha de Nacimiento	Domicilio	Teléfono de Casa	Teléfono Celular	Teléfono de Trabajo	Relación al Estudiante
--------	---------------------	-----------	------------------	------------------	---------------------	------------------------

### Información de Salud Confidencial

Mi hijo/a no tiene problemas de salud conocidas

Mi hijo/a tiene los siguientes problemas de salud

**CONDICIÓN**

(Nombre)

**INSTRUCCIONES Y COMENTARIOS**

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

**MEDICAMENTOS (Anote los nombres de todo medicamento que su hijo/a esta tomando, indique los tiempos y la dosis):**

*Cada medicamento entregado a la escuela requiere el consentimiento por escrito del padre. Cada medicamento recetado por un médico requiere una orden por escrito y el consentimiento del padre. Medicamentos adicionales pueden ser agregados en una hoja de papel por separado. Los formularios de medicamentos los puede obtener en la oficina escolar.*

**\*Favor de usar letra de imprenta legible**

<u>MEDICAMENTO</u> (Nombre)	<u>DOSIS</u>	<u>DÓNDE SE ADMINISTRA</u> (Casa, Escuela, Ambos)	<u>TIPO DE MEDICAMENTO</u> (Diario, Emergencia, Según sea Necesario)	<u>COMENTARIOS</u>
1. _____				
2. _____				
3. _____				
4. _____				

Yo aceptó     Yo no autorizo al director o persona asignada de contactar a cualquier de los contactos de emergencia proveídos, en caso de que mi hijo/a se enferme en la escuela y que no me puedan localizar por teléfono.

Yo aceptó     Yo no autorizo el contactar al médico de mi estudiante para consultarlo si llegará a ser necesario.

Yo acepto     Yo no autorizo el compartir los registros de vacunas actuales, y a medida que se actualizan en el futuro con el Registro de Vacunas de Wisconsin (WIR). Yo entiendo, que puedo revocar este consentimiento a cualquier momento, al enviar una notificación por escrito al distrito escolar. Después de la fecha de revocación, el distrito escolar no proporcionara registros nuevos o cambios a WIR.

En caso que ocurra un accidenté o enfermedad grave en la escuela, Yo entiendo que mi hijo/a será enviado por un equipo de rescate a la sala de emergencias. (Todos los gastos aplicables por el hospital será responsabilidad de los Padres/Guardianes.)

**Yo certifico al máximo de mi conocimiento, que toda la información en este formulario es correcta, y que he leído los avisos anteriores.**

**Firma:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Nombre, en letra de molde:** \_\_\_\_\_