

CAPE HENLOPEN SCHOOL DISTRICT

Centro de Registro

Los paquetes de inscripción completos para el año escolar actual (2021-22) deben entregarse a la Oficina del Distrito ubicada en 1270 Kings Highway, Lewes, DE 19958, lo antes posible para que el equipo de Registro Central pueda continuar con el proceso de registro.

Documentos de Respaldo Requeridos para la Inscripción:

- Paquete de inscripción completo
- Comprobante de residencia del padre/tutor
- Acta de nacimiento del estudiante
- Identificación con fotografía del padre/tutor
- Documentos de tutela, custodia o cuidador (cuando corresponda)
- Comprobante de vacunas y examen físico (dentro de los últimos 2 años)
- Última boleta de calificaciones (no se requiere para el registro de kindergarten)
- Copia de la transcripción (si ingresa al grado 10, 11 o 12)

El portal en línea para las preinscripciones de jardín de infantes para el año escolar 2022-23 se puede encontrar en nuestro sitio web en www.capehenlopenschools.com/registration.

Tenga en cuenta: los paquetes incompletos o los paquetes a los que les faltan los documentos solicitados enumerados anteriormente retrasarán el proceso de registro.

Espere de 24 a 48 horas para el seguimiento de la presentación del año escolar actual. Espere una semana para el seguimiento de los envíos de preinscripción para jardín de infantes.

Gracias por su cooperación,
Distrito Escolar Cape Henlopen School
Centro de Registro
Fax: (302) 644-6103

School: _____ Student: _____
 Gender: Female Male Grade: _____ Homeroom: _____ Date Registered: _____ Accepted By: _____



Formulario de Registro

Cape Henlopen School District

For School Use Only		Legal Guardianship/Caregiver	
ID #:		In Student Database:	
Birth Certificate:		Records Requested:	
Immunization:		Grades Received:	

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Nombre : _____ Segundo Nombre: _____ Apellido: _____
 Sufijo: Jr. Sr. II III IV V Otro: _____
 Nombre referido: _____
 Sexo: Femenino Masculino
 Fecha de Nacimiento (mm/dd/yyyy): _____

Dirección de Residencia del Estudiante
 Escriba la Dirección donde vive el estudiante, incluyendo ciudad, estado, y Código postal.
 Dirección: _____
 Apto. #: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
 Grado al que se Matricula: _____ Escuela a la que se Matricula: _____

Dirección del Estudiante
 ¿La Dirección del estudiante es la misma que se menciona anteriormente? Si No
 Si la respuesta es no:
 Comunidad (si aplica): _____ Dirección de calle o P.O. Box: _____
 Apto. #: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Contactos
 Teléfono de Casa: _____ Segundo Teléfono: _____ Ext.: _____
 Tipo de Servicio: Celular Casa (línea telefónica) Hogar Otro: _____

RAZA Y ETNICIDAD

¿El estudiante Hispano o Latino?: Si No
 Seleccione todos los que aplican (debe seleccionar por lo menos uno) Indio Americano O Nativo de Alaska Asiático
 Afroamericano Nativo de Hawái u otra isla Pacífica Blanco

Lugar de Nacimiento
 Ciudad de Nacimiento: _____ Estado de Nacimiento: _____
 Si no nació en los Estados Unidos, por favor escriba el nombre del país en el cual nació: _____

INFORMACIÓN ADICIONAL DEL ESTUDIANTE

¿Alguna vez ha sido expulsado? Si No
 ¿Ha tenido un plan 504? Si No
 ¿Ha tenido un Plan Educativo Individualizado (IEP)? Si No
 ¿El estudiante tiene problemas de aprendizaje? Si No
 ¿El estudiante presenta dificultades físicas? Si No
 ¿El estudiante ha necesitado clases de pronunciación? Si No
 ¿Ha sido denominado un estudiante superdotado? Si No
 ¿Alguna vez ha necesitado Título I? Si No
 ¿Actualmente esta registrado en Delaware, en una escuela pública o privada? Si No

Student: _____

EXPERIENCIA DE JARDIN E INFORMACIÓN DE ESCUELAS PREVIADAS

¿El estudiante fue al preescolar o un programa de cuidado en Delaware en el último año? Si No
Si la respuesta es si, por favor escriba el nombre del país, nombre del programa, dirección, número de teléfono: _____

¿Ha asistido este estudiante a la escuela antes? Si No
Si la respuesta es si, por favor proporcione información de la escuela a continuación.
Nombre de la Escuela: _____ Nombre del Distrito: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Teléfono: _____

INFORMACIÓN DE LA FAMILIA

Padres/Tutores Legales

¿Existe alguna orden activa de la corte (custodia u otro) relacionadas al estudiante? Si No
Si la respuesta es Si, Por favor proporcione una copia del documento para guardarla en archivo en la escuela

Padre Principal/Tutor Legal

Título: Sra. Dr. Sta. Sr. Rev.
Nombre: _____ Segundo Nombre: _____ Apellido: _____
Sufijo: Jr. Sr. II III IV V Otro: _____
Relación con el Estudiante: _____
Fecha de Nacimiento (mm/dd/yyyy): _____

¿Vive usted con el estudiante? Si No
Si su respuesta es NO, por favor escriba la dirección: _____

Número de Teléfono: _____
Tipo de teléfono: Celular Casa Trabajo Otro: _____
Empleador: _____

Correo Electrónico: _____

Lengua Preferida para Comunicarse: _____

Legua hablada en Casa: _____

¿Este padre está autorizado para recibir correos electrónicos? Si No

Secondary Parent/Legal Guardian

This parent/legal guardian will be the secondary person contacted for communication concerning your student.

Título: Sra. Dr. Sta. Sr. Rev.
Nombre: _____ Segundo Nombre: _____ Apellido: _____
Sufijo: Jr. Sr. II III IV V Otro: _____
Relación con el Estudiante: _____
Fecha de Nacimiento (mm/dd/yyyy): _____

¿Vive usted con el estudiante? Si No
Si su respuesta es NO, por favor escriba la dirección: _____

Número de Teléfono: _____
Tipo de teléfono: Celular Casa Trabajo Otro: _____
Empleador: _____

Correo Electrónico: _____

Lengua Preferida para Comunicarse: _____

Legua hablada en Casa: _____

¿Este padre está autorizado para recibir correos electrónicos? Si No

Student: _____

Hermanos

¿Cuántos hermanos con edades entre 3 a 21 tiene el estudiante?

Hermano #1

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento *mm/dd/yyyy*: _____

Escuela: _____

Grado: _____

Hermano #2

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento *(mm/dd/yyyy)*: _____

Escuela: _____

Grado: _____

Hermano #3

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento *mm/dd/yyyy*: _____

Escuela: _____

Grado: _____

Hermano #4

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento *(mm/dd/yyyy)*: _____

Escuela: _____

Grado: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA

Por favor escriba los contactos de emergencia en el orden preferido al que se debe contactar. **El padre principal o tutor legal y padre secundario o tutor legal serán contactados ANTES de comunicarse con alguien en la luista de emergencia.**

Contacto de Emergencia 1

Título: Sra. Dr. Sta. Sr. Rev.

Nombre: _____ Segundo Nombre: _____ Apellido: _____

Sufijo: Jr. Sr. II III IV V Otro: _____

Relación con el Estudiante: _____

¿Vive usted con el estudiante? Si No

Si su respuesta es NO, por favor escriba la dirección: _____

Número de Teléfono: _____

Tipo de teléfono: Celular Casa Trabajo Otro _____

Correo Electrónico: _____

Contacto de Emergencia 2

Título: Sra. Dr. Sta. Sr. Rev.

Nombre: _____ Segundo Nombre: _____ Apellido: _____

Sufijo: Jr. Sr. II III IV V Otro: _____

Relación con el Estudiante: _____

¿Vive usted con el estudiante? Si No

Si su respuesta es NO, por favor escriba la dirección: _____

Número de Teléfono: _____

Tipo de teléfono: Celular Casa Trabajo Otro _____

Correo Electrónico: _____

INFORMACIÓN DEL MÉDICO Y SEGURO

Médico Preferido

Nombre del Doctor: _____ Teléfono: _____

Hospital Preferido: _____

Dentista Preferido

Nombre del Dentista: _____ Teléfono: _____

Seguro

Compañía de Seguro: _____ Grupo #: _____

Poliza #: _____

Student: _____

HISTORIAL DE SALUD DEL ESTUDIANTE: Esta información será compartida con el personal educativo, administradores, y personal médico en caso de emergencia, al menos que usted especifique algo diferente.

or favor seleccione si el estudiante ha tenido dificultad con alguna de los siguientes (seleccione todos los que aplique). Por favor proporcione información adicional en la sección "Por Favor Especifique."

- | | | | |
|--|---|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ADD/ADHD | <input type="checkbox"/> Piercing /Tatuajes | <input type="checkbox"/> Escucha | <input type="checkbox"/> Convulsiones |
| <input type="checkbox"/> Alergias | <input type="checkbox"/> Huesos/Espina Dorsal | <input type="checkbox"/> Corazón | <input type="checkbox"/> Lenguaje |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Intestinos/Vejiga | <input type="checkbox"/> Infecciones | <input type="checkbox"/> Cirugías |
| <input type="checkbox"/> Comportamiento | <input type="checkbox"/> Concusiones | <input type="checkbox"/> Riñón | <input type="checkbox"/> Visión |
| <input type="checkbox"/> Desorden en la Sangre | <input type="checkbox"/> Diabitis | <input type="checkbox"/> Discapacidad Física | <input type="checkbox"/> Otro |

Por favor Especifique: _____

¿El estudiante tiene alergias a la medicina? Si No
Si la respuesta es Si, describa lo que sucede y tipo de tratamiento: _____

¿El estudiante requiere un menú individualizado por que tiene alergias? Si No

¿El estudiante ha visitado a su doctor desde el mes de junio pasado? Si No
Si la respuesta es si, escriba el motivo: _____

¿El estudiante está siendo evaluado o recibiendo tratamiento médico? Si No
Si la respuesta es si, escriba el motivo : _____

¿El estudiante está recibiendo medicamentos? Si No
Si la respuesta es si, escriba el medicamento o tratamiento: _____

¿El estudiante necesita recibir medicamentos durante su horario escolar? Si No
Si la respuesta es si, escriba el nombre de los medicamentos: _____

¿El estudiante debe utilizar gafas o lentes de contacto? Si No
Si la respuesta es si, escriba la fecha del último examen y la fecha de la última prescripción si el estudiante utiliza gafas: _____

.....
Como el padre o tutor, Doy permiso para que _____ reciba los siguientes medicamentos administrados por la enfermera de la escuela durante este año escolar. Entiendo que estos medicamentos van ha ser chequeados por la enfermera de la escuela y serán administrados siguiendo la evaluación de la enfermera.

Por favor seleccione únicamente los medicamentos que desea que el estudiante reciba cuando sea necesario

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Advil/Ibuprofeno/Motrin | <input type="checkbox"/> Benadryl para la comezón |
| <input type="checkbox"/> Solución Salina para Ojos | <input type="checkbox"/> Sting Kill (picadura de insectos) |
| <input type="checkbox"/> Anbesol/Orajel | <input type="checkbox"/> Crema para quemaduras |
| <input type="checkbox"/> Productos higiénicos | <input type="checkbox"/> Chloraseptic para la garganta |
| <input type="checkbox"/> Crema para combatir hongos | <input type="checkbox"/> Caladryl |
| <input type="checkbox"/> Blistex/Chapstick | <input type="checkbox"/> Tums |
| <input type="checkbox"/> Benadryl en li | <input type="checkbox"/> Pastillas para la toz |
| <input type="checkbox"/> Tratamiento para la piel (Bacitracin/Hydrocortisone/Neosporin) | <input type="checkbox"/> Tylenol/Acetaminofen |

Certifico que yo soy el padre o tutor legal de este estudiante y que la información proporcionada en este documento es complete y verídica.

Firma del Padre/Tutor _____

Fecha _____