



STUDENT ENROLLMENT FORM
CENTER INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT
 P.O. Box 1689 / 107 PR 605 Center, Texas 75935

SCHOOL YEAR / AÑO ESCOLAR	CAMPUS / CAMPO ESCOLAR
2017-2018	F.L.Moffett Primary School

STUDENT INFORMATION/INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE PLEASE PRINT / POR FAVOR USE LETRA DE MOLDE

GRADE/GRADO	STUDENT NAME / NOMBRE DEL ESTUDIANTE			
	LAST / APELLIDO	FIRST / PRIMER NOMBRE	INITIAL / INICIAL	GENERATION / GENERACIÓN
RESIDENTIAL ADDRESS(911)/DIRECCION RESIDENCIAL		MAILING ADDRESS/DIRECCION DE CORRESPONDENCIA		
HOME PHONE / TELÉFONO	GENDER / GÉNERO	DATE OF BIRTH / FECHA DE NACIMIENTO	PLACE OF BIRTH / CIUDAD Y ESTADO DE NACIMIENTO	
(936)	<input type="checkbox"/> MALE / MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMALE / FEMENINO			
RACE / RAZA :	<input type="checkbox"/> AMERICAN INDIAN OR ALASKAN NATIVE <input type="checkbox"/> ASIAN OR PACIFIC ISLANDER <input type="checkbox"/> AFRICAN AMERICAN, NOT OF HISPANIC ORIGIN <input type="checkbox"/> HISPANIC <input type="checkbox"/> WHITE, NOT OF HISPANIC ORIGIN	<input type="checkbox"/> INDIAN AMERICAN OR NATIVE OF ALASKA <input type="checkbox"/> ASIATIC O PACIFICO ISLEÑO <input type="checkbox"/> AMERICANO AFRICANO, NO DE ORIGEN HISPANO <input type="checkbox"/> HISPANO <input type="checkbox"/> BLANCO, NO DE ORIGEN HISPANO	TRANSPORTATION HOME	
			BUS/CAMION # _____ PARENT - PICK UP- YES/NO RECOGIDO POR PADRES- SÍ/NO	

PARENT/GUARDIAN INFORMATION/ INFORMACION DE PADRES O GUARDIANES

PRIMARY CONTACT/ NAME / NOMBRE DEL CONTACTO PRIMARIO		
FIRST NAME/ PRIMER NOMBRE	LAST NAME/APELLIDO	
RESIDENTIAL (911) ADDRESS / DIRECCIÓN RESIDENCIAL	PLACE OF EMPLOYMENT / LUGAR DE EMPLEO	WORK PHONE / TELÉFONO DE TRABAJO
HOME PHONE / TELÉFONO DE CASA	CELL PHONE / NÚMERO DEL TELÉFONO CÉLULAR	E-MAIL ADDRESS / DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO
(936)		

SECONDARY CONTACT/ NAME / NOMBRE DEL CONTACTO SECUNDARIO		
FIRST NAME/ PRIMER NOMBRE	LAST NAME/APELLIDO	
RESIDENTIAL (911) ADDRESS / DIRECCIÓN RESIDENCIAL	PLACE OF EMPLOYMENT / LUGAR DE EMPLEO	WORK PHONE / TELÉFONO DE TRABAJO
HOME PHONE / TELÉFONO DE CASA	CELL PHONE / NÚMERO DEL TELÉFONO CÉLULAR	E-MAIL ADDRESS / DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO
(936)		

SCHOOL/PROGRAM INFORMATION/INFORMACION DE PROGRAMA/ESCUELA

HAS STUDENT PREVIOUSLY ATTENDED CENTER SCHOOLS? / ¿HA ASISTIDO EL ESTUDIANTE A ESCUELAS DE CENTER?		DATE FIRST ENROLLED IN U.S. SCHOOLS? / ¿CUÁL ES LA FECHA ORIGINAL DE MATRICULACION EN LOS E.U.A.?			
<input type="checkbox"/> YES / SÍ		<input type="checkbox"/> NO			
LIST LAST SCHOOL ATTENDED / NOMBRE LAS ÚLTIMAS ESCUELAS ASISTIDAS	ADDRESS / DIRECCIÓN DE ESCUELA	YEAR / AÑO	CITY / CIUDAD	STATE / ESTADO	ZIP CODE / CÓDIGO POSTAL
ENROLLED IN HEADSTART	INSCRITO EN "HEADSTART"		YES/SI	NO/NO	
WAS STUDENT ENROLLED IN SPECIAL PROGRAMS? / ¿HA ASISTIDO EL ESTUDIANTE A PROGRAMAS ESPECIALES?		<input type="checkbox"/> YES / SÍ	<input type="checkbox"/> NO	SPECIAL EDUCATION / LA EDUCACIÓN ESPECIAL	
		<input type="checkbox"/> YES / SÍ	<input type="checkbox"/> NO	BILINGUAL- ESL / BILINGÜE - ESL	
		<input type="checkbox"/> YES / SÍ	<input type="checkbox"/> NO	GIFTED AND TALENTED / PROGRAMA TALENTOSO	
		<input type="checkbox"/> YES / SÍ	<input type="checkbox"/> NO	504 PROGRAM / PROGRAMA DE 504	
		<input type="checkbox"/> YES / SÍ	<input type="checkbox"/> NO	OTHER / OTRO _____	
IS STUDENT IN CONSERVATORSHIP OF THE DEPARTMENT OF FAMILY AND PROTECTIVE SERVICES (FOSTER CARE)? / ESTA EL ESTUDIANTE BAJO LA TUTELA DEL MINISTERIO DE FAMILIA Y SERVICIOS DE PROTECCION (HOGAR DE CRIANZA)?				<input type="checkbox"/> YES / SÍ <input type="checkbox"/> NO	
IS THE STUDENT A DEPENDENT OF A: 1) ACTIVE DUTY MILITARY OR, 2) ACTIVATED/MOBILIZED TEXAS NATIONAL GUARD OR RESERVE; MEMBER WHO IS CURRENTLY ON ACTIVE DUTY OR WHO WERE INJURED OR KILLED WHILE SERVING O ACTIVE DUTY? / ES EL ESTUDIANTE DE UN: 1) MILITAR EN SERVICIO ACTIVO, O, 2) ACTIVADO / MOVILIZADO GUARDIA NACIONAL DE TEJAS O LA RESERVA; QUIEN SE ENCUENTRA EN SERVICIO ACTIVO O QUE FUERON HERIDOS O MATADOS MIENTRAS ESTABA EN SERVICIO ACTIVO?				<input type="checkbox"/> YES / SÍ <input type="checkbox"/> NO	

Names of other children living in the household / Nombres de otros estudiantes que vivan en la casa.

NAME / NOMBRE	AGE / EDAD	GRADE/GRADO	SCHOOL ATTENDING / ESCUELA

PRINT PERSON NAME ENROLLING STUDENT / NOMBRE DE LA PERSONA INSCRIBIENDO AL ESTUDIANTE EN LETRA DE MOLDE	PERSON ENROLLING STUDENTS SIGNATURE/ FIRMA DE LA PERSONA INSCRIBIENDO AL ESTUDIANTE
RELATIONSHIP TO STUDENT / RELACION AL ESTUDIANTE	<input type="checkbox"/> <i>Father / Padre</i> <input type="checkbox"/> <i>Mother / Madre</i> <input type="checkbox"/> <i>Other / Otro _____</i>

OFFICE USE ONLY

ENTRY DATE	ENTRY CODE	HOMEROOM TEACHER NAME	HOMEROOM #	REGISTERING CLERK
DATE REQUESTED RECORDS	NOTARIZED LETTER	OUT OF DISTRICT TRANSFER	PEIMS ID / SSN	
	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		

EMERGENCY AND CONTACT LIST

2017-2018

The following persons have the authority for school contact and emergency purposes. These contacts are also used to release this student to exit the campus.

Student Name: _____ **D.O.B.:** _____

Alternative Contact: _____ **Date:** _____

1.) **FULL NAME:** _____ **Relationship:** _____

ADDRESS: _____

_____ **City** _____ **State** _____ **Zip** _____

Phone: () _____ - _____ **Work:** () _____ - _____

Cell: () _____ - _____ **Other:** () _____ - _____

2.) **FULL NAME:** _____ **Relationship:** _____

ADDRESS: _____

_____ **City** _____ **State** _____ **Zip** _____

Phone: () _____ - _____ **Work:** () _____ - _____

Cell: () _____ - _____ **Other:** () _____ - _____

3.) **FULL NAME:** _____ **Relationship:** _____

ADDRESS: _____

_____ **City** _____ **State** _____ **Zip** _____

Phone: () _____ - _____ **Work:** () _____ - _____

Cell: () _____ - _____ **Other:** () _____ - _____

Signature _____ **Relationship:** _____

LISTA DE CONTACTOS DE EMERGENCIA 2017-2018

La escuela tiene la autoridad de comunicarse con las siguientes personas en casos de comunicación escolar y en casos de emergencias. Estas personas también pueden recoger al estudiante de la escuela.

Nombre del Estudiante: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

Contacto Alternativo: _____ **Fecha:** _____

1.) **NOMBRE COMPLETO:** _____ **RELACION:** _____

DIRECCION: _____

_____	_____	_____
Cuidad	Estado	Código Postal
Teléfono: () _____ - _____	Trabajo: () _____ - _____	
Celular: () _____ - _____	Otro: () _____ - _____	

2.) **NOMBRE COMPLETO:** _____ **RELACION:** _____

DIRECCION: _____

_____	_____	_____
Cuidad	Estado	Código Postal
Teléfono: () _____ - _____	Trabajo: () _____ - _____	
Celular: () _____ - _____	Otro: () _____ - _____	

3.) **NOMBRE COMPLETO:** _____ **RELACION:** _____

DIRECCION: _____

_____	_____	_____
Cuidad	Estado	Código Postal
Teléfono: () _____ - _____	Trabajo: () _____ - _____	
Celular: () _____ - _____	Otro: () _____ - _____	

Firma _____ **RELACION:** _____

**Student Health Information and Emergency Authorization
Center Independent School District**

Student Name: _____ **Grade** _____
Last First Middle

If the authorized person(s) cannot be contacted and there is an emergency requiring immediate medical attention, a representative of Center Independent School District is authorized to take my child to the physician or hospital listed below:

Physician or hospital Name: _____

Phone: () _____ - _____

Address: _____

If your child has one of the following, please circle:

Allergies Epilepsy Rheumatic Fever Diabetes Hearing Problems
 Convulsions Heart Problems Speech Problems Other: _____

If your child has a serious health problem or is taking a daily medication, please list:

Problem: _____ Medication: _____
 Problem: _____ Medication: _____
 Problem: _____ Medication: _____

This form allows you to disclose whether your child has a severe food allergy that you believe should be disclosed to the District in order to enable the District to take necessary precautions for your child's safety.

"Severe allergy" means a dangerous or life-threatening reaction of the human body to a food-borne or air borne allergen introduced by inhalation, ingestion, or skin contact that requires immediate medical attention. Please list any foods or substance to which your child is allergic or severely allergic, as well as the nature of your child's allergic reaction to the food or substance.

Food/Substance:	Nature of allergic reaction:

The District will maintain the confidentiality of the information provided above and may disclose the information to teachers, school counselors, school nurses, and other appropriate school personnel only within the limitations of the Family Educational Rights and Privacy Act and District policy. [See FL]Center ISD does not assume financial responsibility for accident or illness occurring at school.

I, the undersigned, authorize the officials of Center ISD to contact directly the person(s) named below and so authorize the named physicians to render such treatment as may be considered necessary in an emergency, for the health of my child. In the event physicians, other persons named on this card, or parents cannot be contacted, the school official are authorized to take whatever action is considered necessary in their judgment, for the health of my child.

I will not hold the school district financially responsible for the emergency care and/or transportation of my child.

The information provided on this form is true and correct.

Parent/Guardian Signature

Date

**Información de Salud del Estudiante y Autorización de Emergencia
Distrito Independiente Escolar de Center**

Nombre del Estudiante: _____ Grado _____
Apellido Primer Segundo

Si no se pueden comunicar con las personas autorizadas y hay una emergencia que requiere de atención médica inmediata, un representante del Distrito Independiente Escolar de Center tiene autorización para llevar a mi hijo(a) al doctor o hospital nombrado en la parte inferior.

Nombre del Doctor o hospital: _____

Teléfono: () _____ - _____

Dirección: _____

Si su hijo(a) tiene alguna condición nombrada, por favor circúlelo:

Alergias Epilepsia Fiebre Reumática Diabetes Problemas del oír
Convulsiones Problemas del corazón Problemas del habla Otro: _____

Si su hijo(a) tiene un problema de salud serio o está tomando medicamentos diarios por favor enlístalos:

Problema: _____ Medicamento: _____
Problema: _____ Medicamento: _____
Problema: _____ Medicamento: _____

Esta forma lo permite informarnos si su hijo(a) tiene una alergia severa que usted siente que el Distrito debe saber para que el Distrito pueda tomar las precauciones necesarias para la seguridad de su hijo(a).

La definición de “alergia severa” es una reacción peligrosa o amenazante de vida en el cuerpo humano a un organismo de alergia de base de comida o aire introducido al cuerpo humano por inhalación ingestión, o contacto con la piel que requiere de atención médica inmediata. Por favor anote cualquier tipo de comida o sustancias a las que su hijo(a) sea alérgico o severamente alérgico y el tipo de reacción alérgica.

Comida/Substancia	Tipo de reacción alérgica

El Distrito mantendrá la confidencialidad de la información proporcionada en la parte de arriba y pueden compartir la información con maestras(os), orientadoras escolares, enfermeras de la escuela u otro personal apropiado dentro de las limitaciones del Acto de Privacidad y los Derechos Educativos de Familia. [Vea FL] **El Distrito Independiente Escolar de Center** no asume responsabilidad financiera por accidente o enfermedades que ocurren en la escuela.

Yo, la persona que firma, autorizo a los oficiales de Center ISD que se comuniquen directamente con las personas nombradas en la parte de abajo para que autorizen a los doctores nombrados para que den el tratamiento que sea considerado necesario en una emergencia, para la salud de mi hijo(a). En el evento que no se puedan comunicar con los doctores, otras personas nombradas en esta forma, o los padres, los oficiales de la escuela esta autorizados para tomar cualquier acción considerado necesario para la salud de mi hijo(a).

No mantendré al distrito escolar responsable financieramente por el cuidado de emergencia y/o la transportación de mi hijo(a). La información que proporcione en esta forma es correcta y verdadera.

Firma del Padre o Guardián

Fecha

Student Name _____ School _____

NOTICE TO PARENTS:

Acknowledgment of Electronic Distribution of Student Handbook

2017-2018 School year

The Center ISD Student Handbook and Student Code of Conduct book are available on the district web site (www.centerisd.org). Paper copies are available upon request at your child's school office.

My child and I:

_____ have access to a copy of the Center ISD Elementary Handbook and the Student code of Conduct for 2017-2018 online; or

_____ do not have access to the internet and request a paper copy of the Center ISD Elementary Handbook and Student Code of Conduct for 2017-2018.

DIRECTORY INFORMATION

Certain information about District students is considered directory information and will be released to anyone who follows the procedures for requesting the information unless the parent or guardian objects to the release of the directory information about the student. Center ISD has designated the following information as directory information: 1) student's name 2) address, 3) telephone number, 4) date and place of birth 5) grade level, 6) student recognition activities. **If you do not want Center ISD to disclose directory information from your child's education records, you must notify the District in writing within ten school days of my child's first day of instruction for this school.**

Internet Use / Publishing to the World Wide Web - Student Pictures

Yes No

My child has permission to have filtered internet access.

Allow publishing of my child's photo on the school website and local newspapers.

Allow publishing of my child's school work, honor roll & attendance listings on the school website or newspaper.

PRINT PARENT NAME

PARENT SIGNATURE

DATE

Nombre del Estudiante _____ Escuela _____

Aviso a los Padres de Familia:

Reconocimiento de la Distribución Electrónica del Manual de Estudiante

Año Escolar 2017-2018

El Manual de Estudiante y el Código de Conducta del Estudiante del distrito independiente escolar de Center están disponibles en la página de internet del distrito (www.centerisd.org). También puede pedir una copia en la oficina de la escuela de su hijo(a).

Mi hijo(a) y Yo:

_____ tenemos acceso a una copia del manual de estudiante de la escuela elementaría de Center ISD y al código de conducta del estudiante 2017-2018 por internet; o
_____ no tenemos acceso a la Internet y pedimos una copia del manual de estudiante de la escuela elementaría de Center ISD y al código de conducta del estudiante 2017-2018.

INFORMACION DE DIRECTORIO

Cierta información de los estudiantes del Distrito es considerada información de directorio y puede ser compartida con cualquier persona que siga el procedimiento para pedir la información excepto si los padres o guardianes se oponen a la compartición de información del estudiante. El distrito independiente escolar de Center ha designado la siguiente información como información de directorio: 1) el nombre del estudiante 2) su dirección 3) número de teléfono 4) fecha y lugar de nacimiento 5) grado escolar, 6) actividades de reconocimiento del estudiante. **Si usted no quiere que Center ISD comparta la información de directorio proporcionada en los records educacionales de su hijo(a), usted debe avisarle por escrito al Distrito no más de 10 días después del primer día de instrucción del estudiante en esta escuela.**

Uso de la internet / Publicaciones en la Red Mundial – Fotos de los Estudiantes

Sí No

Mi hijo(a) tiene permiso de usar la Internet que ha sido filtrado.

Permito la publicación de la foto de mi hijo(a) en la red escolar y en los periódicos locales.

Permito la publicación del trabajo de mi hijo(a) y que lo nombren en las listas de honor y asistencia en la red escolar y el periódico.

NOMBRE DEL PADRE

FIRMA

FECHA

Cuestionario de Residencia para Estudiantes

Distrito Independiente Escolar de Center

Nombre del estudiante: _____ Grado: _____
Apellido Segundo Nombre Primer

El propósito de este cuestionario es presentar los objetivos del Acta McKinney-Vento (42 U. S. C. 11435). Las respuestas a estas preguntas ayudarán a determinar los servicios que el estudiante puede ser elegible a recibir. Presentando un expediente falso o falsificación de expedientes es una ofensa bajo sección 37.10, el código penal, y la inscripción del niño bajo documentos falsos sujeta a la persona responsable por la cuota y otros costos. Sec. TECNICO 25.00(3(d))

¿Es su dirección actual un arreglo de vivienda temporal? Sí No

¿Es este arreglo de vivienda temporal debido a la pérdida de su casa o de problemas económicos? Si No

Si usted contestó sí a cualquiera de las preguntas arriba, termine por favor el resto de esta forma. Si usted contestó no, usted puede parar aquí.

¿Dónde el estudiante está viviendo actualmente? (Marque una)

- En un motel En un albergue Moviéndose de lugar a lugar
 Con más de una familia en una casa o un apartamento En un lugar no diseñado para dormir
(Carro, Parque, Sitio para acampar)

Nombre de Padre(s)/ Guardian(es) Legal

Firma de Padre/Guardian

Fecha

Office use Only (Para Uso de la Oficina Solamente)

A copy of this form is to be sent to Inez Hughes at the Special Programs Office if any question is answered Yes. A copy of this form is to be included in the student's cumulative folder.

I certify that the above-named student qualifies for the Child Nutrition Program under the provisions of the McKinney-Vento Act.

McKinney-Vento Liaison Signature

Date



FAMILY SURVEY

Center Independent School District 2017-2018

Dear Parents,

Your child may be eligible for educational services through the Migrant Education Program.

For more information, call: 936-598-7291

1. Have you moved within the last 3 years? Yes _____ No _____
 2. If yes, have you moved in order to do temporary or seasonal work? Yes _____ No _____

- | | | | |
|--|---|-------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> chickens | <input type="checkbox"/> moves to work in the summer | <input type="checkbox"/> dairy work | <input type="checkbox"/> eggs |
| <input type="checkbox"/> plant nurseries | <input type="checkbox"/> picking fruits or vegetables | <input type="checkbox"/> farming | <input type="checkbox"/> fencing |
| <input type="checkbox"/> ranching | <input type="checkbox"/> meat processing | <input type="checkbox"/> canneries | <input type="checkbox"/> lumber |

If you answered "yes" to both questions above, Inez Hughes, Bilingual/ESL Coordinator may contact you to find out whether your child is eligible for additional educational services. Please provide the following information:

Name of Child _____

Date of Birth _____ Grade _____

Parent/Guardian Name _____

Telephone number _____ Best time to contact you _____

ENCUESTA FAMILIAR

Distrito Independiente Escolar de Center 2017-2018

Queridos Padres,

Su hijo/hija puede ser elegible para recibir servicios escolares proporcionados por el Programa Educativo Migrante. Para más información, llame al: 936-598-7291

1. Usted se ha movido en los últimos 3 años? Sí _____ No _____
 2. Si es si, usted se ha movido en orden de hacer trabajo temporal o estacional? Sí _____ No _____

- | | | | |
|---|--|---|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> pollos | <input type="checkbox"/> movidas para trabajar en el veranoo | <input type="checkbox"/> trabajo lácteo | <input type="checkbox"/> huevos |
| <input type="checkbox"/> viveros de plantas | <input type="checkbox"/> cosecha de frutas o verduras | <input type="checkbox"/> agricola | <input type="checkbox"/> cercas |
| <input type="checkbox"/> rancho | <input type="checkbox"/> plantas procesadoras de carne | <input type="checkbox"/> conservas | <input type="checkbox"/> maderas |

Si usted contesto "si" a las dos preguntas de arriba, Inez Hughes, Coordinadora Bilingüe/ESL se pondrá en contacto con usted para decidir si su hijo/a es elegible para servicios educativos adicionales. Por favor de proporcionar la información siguiente:

Nombre del niño _____

Fecha de nacimiento _____ Grado _____

Nombre del padre o tutor _____

Numero de teléfono _____ Mejor tiempo para contactar _____

Center Independent School District

Student Residency Questionnaire

This form helps determine the services the student may be able to receive under the McKinney-Vento Act (42 U.S.C.11435). Answers to this residency form are private and will be shared with District staff only to the extent necessary to provide services. Because this information is not maintained in your child's permanent school record, it must be collected each school year. Please answer fully and honestly to assist school staff in appropriately enrolling your child.

Student Name _____ **DOB** _____ **M** **F**
School _____ **Grade** _____ **Student ID #** _____

Is your current address a temporary living arrangement? Yes No
Is your temporary living arrangement due to loss of housing or economic hardship? Yes No

If you answered "YES" to the above question, please complete the section below, sign and return this form.

If you answered "NO", please skip to section below, sign and return this form.

The student lives:

- In a shelter In a motel/hotel In a car or RV At a campsite In transitional housing
 Temporarily with another family in a house, mobile home or apartment (how long _____)
 At another location

The student sleeps in the above because of a natural disaster:

- Flood Tornado Wildfire Hurricane Name of Hurricane _____
 Other (please describe) _____
 Date the natural disaster took place _____
 Where the natural disaster took place (including the name of the County) _____

The student lives with:

- One or both parents A legal guardian Friend(s)
 An adult who is not the student's legal guardian Along with no adults

I am:

- The parent of the above named student The legal guardian of the above name student
 An adult who is not a legal guardian to the above named student A student living separate and apart

Parent/Guardian Names: _____

Telephone _____ Cell/Other _____ Email _____

Address of Temporary Residency _____

Mailing Address (if different from current residence) _____

Last School Attended when Permanently Housed _____ School Year _____

Most Recent School Attended _____ School Year _____

Student's Ethnicity Hispanic/Latino Not Hispanic/Latino

Student's Race American Indian/Alaskan Native Asian Black/African-American

Native Hawaiian/Other Pacific Islander White

Presenting a false record or falsifying records is a criminal offense punishable by up to 10 years and \$5,000. Texas Penal Code §37.10. A person who enrolls a child under false documents may be liable for the cost of tuition or other costs, which may exceed \$5,000. Texas Education Code §25.002(3)(d).

I have read and understand the information provide above. I understand that if any of the responses given on this form are found to be false, I will be subject to criminal, civil and administrative penalties. I declare under penalty of perjury under the laws of this state that the information provided here is true and correct and of my own personal knowledge.

Parent Signature _____ Print Name _____ Date _____

For District Use Only

A copy of this form is to be sent to Linda Snell, Special Programs Director, if any question is answered YES. A copy of this form is to be included in the student's cumulative folder.

I certify that the above-named student qualifies for the Child Nutrition Program under the provisions of the McKinney-Vento Act.

Signature of McKinney-Vento Liaison _____ Print Name _____ Date _____

Distrito Escolar Independiente del Center

Cuestionario de Residencia para Estudiantes

Este formulario ayuda a determinar los servicios que el estudiante puede recibir bajo la Ley McKinney-Vento (42 U.S.C.11435). Las respuestas de esta forma de residencia son privadas y serán compartidas con el personal del Distrito sólo en la medida necesaria para proporcionar servicios. Debido a que esta información no se mantiene en el expediente escolar permanente de su hijo(a), debe ser recolectada cada año escolar. Por favor, responda completamente y honestamente para ayudar al personal de la escuela a matricular adecuadamente a su hijo(a).

Nombre del Estudiante _____ **Fecha de Nacimiento** _____ M F
Escuela _____ **Grado** _____ **Numero de ID del Estudiante** _____

¿Es su dirección actual un arreglo de vivienda temporal? Sí No

¿Es este arreglo de vivienda temporal debido a la pérdida de su casa o dificultades económicas? Sí No

Si respondió "Sí" a la pregunta anterior, complete la sección siguiente, firme y de vuelta este formulario.

Si respondió "NO", vaya a la sección siguiente, firme y devuelva este formulario.

El Estudiante vive:

- En un albergue En un motel/hotel En un carro o RV En una tienda de campaña In transitional housing
 Temporalmente viviendo con otra familia en una casa, trailla o apartamento (por cuanto tiempo _____)
 En algún otro lugar

El Estudiante vive aquí a causa de un desastre natural:

- Flood Tornado Inciendio Huracán Nombre del Huracán _____
 Otro (por favor describa) _____
 Fecha cuando ocurrió el desastre: _____
 Donde ocurrió el desastre, (incluyendo el nombre del condado) _____

El Estudiante vive con:

- Uno o los dos padres Un tutor legal Amigo(a)
 Un Adulto (a) que no es el tutor legal del estudiante Con otros Adultos

Yo soy:

- El padre del estudiante mencionado arriba El tutor del estudiante mencionado arriba
 El adulto que no es el tutor legal del estudiante mencionado arriba Estudiante que vive separado y aparte

Nombres de Padres o Tutor _____

Numero de Teléfono _____ Celular/Otro _____ Correo Electrónico _____

Direction Temporada _____

Dirección Postal (si es diferente de la residencial) _____

La ultima escuela que asistió _____ Año Escolar _____

Escuela más recenté que atendido _____ Año Escolar _____

Etnicidad del Estudiante Hispano/Latino Not Hispano/Latino

Raza del Estudiante Indo Americano/Nativo de Alaska Asiático Negro/Africano-Americano

Nativo de Hawái/Otros Islas del Pacifico Blanco

Presentar un registro falso o falsificar registros es un delito penal punible con hasta 10 años y \$ 5,000. Código Penal de Texas §37.10. Una persona que inscribe a un niño(a) bajo documentos falsos puede ser responsable por el costo de la matrícula u otros costos, que puede exceder \$ 5,000. Código de Educación de Texas §25.002 (3) (d).

He leído y entiendo la información proporcionada arriba. Entiendo que si alguna de las respuestas dadas en este formulario son falsas, estare sujeto a penalidades criminales, civiles y administrativas. Declaro bajo pena de perjurio bajo las leyes de este estado que la información proporcionada aquí es verdadera y correcta y de mi propio conocimiento personal.

Firma del Padre/Tutor _____ Imprimir Nombre _____ Fecha _____

Sólo para uso del distrito

Una copia de este formulario debe ser enviada a Linda Snell, Directora de Programas Especiales, si alguna pregunta es contestada Sí. Una copia de este formulario debe ser incluida en la carpeta acumulativa del estudiante.
Certifico que el estudiante arriba mencionado califica para el Programa de Nutrición Infantil bajo las provisiones de la Ley McKinney-Vento.

Firma del Enlace McKinney-Vento _____ Imprimir Nombre _____ Fecha _____

Home Language Survey

Center ISD

As Required by Texas Education Agency Division of Bilingual Education
(Do not remove original form from permanent record)

Name of Child : _____ Grade: _____

Campus: (Please Circle the Appropriate Campus)

F. L. Moffett (Pre-K, K) Center Elementary (1, 2, 3) Center Intermediate (4, 5)

Center Middle School (6, 7, 8) Center High School (9, 10, 11, 12)

To Be Filled Out by Parent or Guardian:

1. What language is spoken most of the time in your home:

2. What language does your child speak most of the time?

Parent/Guardian Name

Date

Encuesta De Lenguaje Del Hogar

Nombre de Estudiante: _____ Grado: _____

Nombre de la Escuela: (Por favor marque la escuela apropiada)

F. L. Moffett (PreK, K) Center Elementary (1, 2, 3) Center Intermediate (4, 5)

Center Middle School (6, 7, 8) Center High School (9, 10, 11, 12)

Debe de Completarse Por el Padre o Guardian:

1. Cual es el idioma que mas se habla en su hogar?

2. Cual as el idioma que mas habla su niño(a)?

Firma Del Padre o Guardian

Fecha

TB Questionnaire (New to the District)

Name of Child _____ Date of Birth _____

Organization administering questionnaire _____ Date _____

Tuberculosis (TB) is a disease caused by TB germs and is usually transmitted by an adult person with active TB lung disease. It is spread to another person by coughing or sneezing TB germs into the air. These germs may be breathed in by the child.

Adults who have active TB disease usually have many of the following symptoms: cough for more than two weeks duration, loss of appetite, weight loss of ten or more pounds over a short period of time, fever, chills and night sweats.

A person can have TB germs in his or her body but not have active TB disease (this is called latent TB infection or LTBI).

Tuberculosis is preventable and treatable. TB skin testing (often called the PPD or Mantoux test) is used to see if your child has been infected with TB germs. No vaccine is recommended for use in the United States to prevent tuberculosis. The skin test is not a vaccination against TB.

We need your help to find out if your child has been exposed to tuberculosis.

Place a mark in the appropriate box:	Yes	No	Don't Know
TB can cause fever of long duration, unexplained weight loss, a bad cough (lasting over two weeks), or coughing up blood. As far as you know: has your child been around anyone with any of these symptoms or problems? or has your child had any of these symptoms or problems? or has your child been around anyone sick with TB?			
Was your child born in Mexico or any other country in Latin America, the Caribbean, Africa, Eastern Europe or Asia?			
Has your child traveled in the past year to Mexico or any other country in Latin America, the Caribbean, Africa, Eastern Europe or Asia for longer than 3 weeks? If so, specify which country/countries? _____			
To your knowledge, has your child spent time (longer than 3 weeks) with anyone who is/has been an intravenous (IV) drug user, HIV-infected, in jail or prison or recently came to the United States from another country?			

Has your child been tested for TB? Yes___ (if yes, specify date ___/___/___) No___
 Has your child ever had a positive TB skin test? Yes___ (if yes, specify date ___/___/___) No___

For school/healthcare provider use only

PPD administered Yes___ No___

If yes,
Date administered ___/___/___ Date read ___/___/___ Result of PPD test _____ mm response

Type of service provider (i.e. school, Health Steps, other clinics) _____

PPD provider _____
signature printed name

Provider phone number _____

City _____ County _____

If positive, referral to healthcare provider Yes___ No___

If yes, name of provider _____





Kindergarten Students

F.L. Moffett Primary School

Preparing Students for Their Future

294 Stadium Drive

Center, TX 75935

Mr. Kurt Radnitzer, Principal

Linda Snell, Assistant Principal

Phone: 936-598-6266

Fax: 936-598-1545

Dear Parents,

Kindergarten students at F. L. Moffett Primary School come to the library once a week. At this time they learn about books, their authors and illustrators, and hear old and new stories. We hope you will support positive attitudes toward reading by allowing your child to check out books from the school library.

Kindergarten students are usually allowed to check out one book at a time. When they are finished with the book, they may return it and check out another. We want to make this a very pleasant experience for them as they begin to develop the lifelong habit of choosing, reading, and enjoying books, which is so important to their success in life.

Please help your child find and set aside a special place where library books can be kept, away from younger brothers and sisters and/or pets. If a child gets used to keeping books in one particular place at an early age, the necessity of searching the house for temporarily "misplaced" books can be avoided.

Thank you for supporting the library at F. L. Moffett Primary School. If you have any questions or comments, I shall be happy to hear from you.

Please feel free to visit the library at any time.

Sincerely,

Betty H. Martin
Librarian

Student name / first / last

Teacher name / room number

_____ Yes, please allow _____ to select a book for check out. I understand that I am responsible for any damages to a book or loss of a book.

Parent's Signature



Kindergarten Students

F.L. Moffett Primary School

Preparing Students for Their Future

294 Stadium Drive

Center, TX 75935

Mr. Kurt Radnitzer, Principal

Linda Snell, Assistant Principal

Phone: 936-598-6266

Fax: 936-598-1545

Estimados Padres,

Los estudiantes de Kínder en la escuela Primaria de F.L. Moffett vienen a la biblioteca una vez a la semana. En este tiempo aprenden sobre los libros, sus autores e ilustradores, y escuchan historias viejas y nuevas. Esperamos que usted apoye actitudes positivas hacia la lectura, al permitir a su hijo(a) a sacar libros de la biblioteca escolar.

Los estudiantes de Kínder generalmente se llevan un libro a la vez. Cuando hayan terminado con el libro, pueden devolverlo y llevarse otro. Queremos hacer de esto una experiencia muy agradable para ellos, ya que comienzan a desarrollar el hábito de elegir, leer, y disfrutar de libros, que es tan importante para su éxito en la vida.

Por favor ayude a su hijo(a) a encontrar y reservar un lugar especial donde los libros de la biblioteca se pueden mantener, lejos de sus hermanos(as) menores y / o mascotas. Si un niño se acostumbra a llevar los libros a un lugar seguro, especialmente a una edad temprana, la necesidad de buscar libros “perdidos” puede ser evitada.

Gracias por apoyar la biblioteca de la escuela primaria de F. L. Moffett. Si usted tiene alguna pregunta o comentario, estaré feliz de escucharlo. Por favor, no dude en visitar la biblioteca en cualquier momento.

Sinceramente,

Betty H. Martin

Bibliotecaria

Nombre del Estudiante/ Primer/ Apellido

Nombre de Maestra/ Numero de Salón

_____ Entiendo que yo soy responsable de los libros de la biblioteca que sean perdidos o dañados.

Firma de Padres



Pre-Kindergarten 3&4 Students

F.L. Moffett Primary School

Preparing Students for Their Future

294 Stadium Drive

Center, TX 75935

Mr. Kurt Radnitzer, Principal

Linda Snell, Assistant Principal

Phone: 936-598-6266

Fax: 936-598-1545

Dear Parents,

Your PreK-3 and PreK-4 student at F. L. Moffett Primary School may check out books in the library. We hope that you support positive attitudes toward reading by allowing your child to check out books from the school library. When they are finished with the book, they may return it and check out another. We want to make this a very pleasant experience for them as they begin to develop the lifelong habit of choosing, reading, and enjoying books, which is so important to their success in life.

Please help your child find and set aside a special place where library books can be kept, away from younger brothers and sisters and/or pets. If a child gets used to keeping books in one particular safe place at an early age, the necessity of searching for “misplaced” books can be avoided.

Thank you for supporting the library at F. L. Moffett Primary School.

If you have any questions or comments, I shall be happy to hear from you. Please feel free to visit the library at any time.

Sincerely,

Betty H. Martin
Librarian

Student's name / first / last

Teacher's name / room number

_____ I understand that I am responsible for any library books that are lost or damaged.

Parent's Signature



Pre-Kindergarten 3&4 Students

F.L. Moffett Primary School

Preparing Students for Their Future

294 Stadium Drive

Center, TX 75935

Mr. Kurt Radnitzer, Principal

Linda Snell, Assistant Principal

Phone: 936-598-6266

Fax: 936-598-1545

Estimados padres de familia,

Su estudiante de Pre K 3 y Pre K 4 en la escuela primaria de FL Moffett estará usando libros prestados de la biblioteca. Esperamos que usted apoye la actitud positiva hacia la lectura, permitiendo que su hijo(a) use libros de la biblioteca escolar. Cuando hayan terminado con el libro, pueden devolverlo y llevarse otro. Queremos hacer de esto una experiencia muy agradable para ellos, ya que comenzaran a desarrollar el hábito de elegir, leer y disfrutar de los libros, lo cual es muy importante para su éxito en la vida.

Por favor ayude a su hijo a encontrar y reservar un lugar especial donde los libros de la biblioteca se puede mantener, lejos de sus hermanos o hermanas menores y / o mascotas. Si un niño se acostumbra a llevar los libros a un lugar seguro a una edad temprana, la necesidad de buscar los libros “perdidos” se puede evitar.

Gracias por apoyar a la biblioteca de la escuela primaria de F.L. Moffett.

Si usted tiene alguna pregunta o comentario, estaré encantada de saber de usted. Por favor, no dude en visitar la biblioteca en cualquier momento.

Atentamente,

Betty H. Martin
Bibliotecaria

Nombre del Estudiante / primer / apellido

Nombre de la maestra / número de salón

_____ Entiendo que soy responsable de los libros de la biblioteca que sean perdidos o dañados.

Firma de los Padres

**Texas Education Agency
Texas Public School Student/Staff Ethnicity and Race Data Questionnaire**

The United States Department of Education (USDE) requires all state and local education institutions to collect data on ethnicity and race for students and staff. This information is used for state and federal accountability reporting as well as for reporting to the Office of Civil Rights (OCR) and the Equal Employment Opportunity Commission (EEOC).

School district staff and parents or guardians of students enrolling in school are requested to provide this information. If you decline to provide this information, please be aware that the USDE requires school districts to use observer identification as a last resort for collecting the data for federal reporting.

Please answer both parts of the following questions on the student's or staff member's ethnicity and race. *United States Federal Register (71 FR 44866)*

Part 1. Ethnicity: Is the person Hispanic/Latino? (Choose only one)

- Hispanic/Latino** - A person of Cuban, Mexican, Puerto Rican, South or Central American, or other Spanish culture or origin, regardless of race.
- Not Hispanic/Latino**

Part 2. Race: What is the person's race? (Choose one or more)

- American Indian or Alaska Native** - A person having origins in any of the original peoples of North and South America (including Central America), and who maintains a tribal affiliation or community attachment.
- Asian** - A person having origins in any of the original peoples of the Far East, Southeast Asia, or the Indian subcontinent including, for example, Cambodia, China, India, Japan, Korea, Malaysia, Pakistan, the Philippine Islands, Thailand, and Vietnam.
- Black or African American** - A person having origins in any of the black racial groups of Africa.
- Native Hawaiian or Other Pacific Islander** - A person having origins in any of the original peoples of Hawaii, Guam, Samoa, or other Pacific Islands.
- White** - A person having origins in any of the original peoples of Europe, the Middle East, or North Africa.

Student/Staff Name (please print)

(Parent/Guardian)/(Staff) Signature

Date

Student/Staff Identification Number

This space reserved for Local school observer – upon completion and entering data in student software system, file this form in student's permanent folder.	
Ethnicity – choose only one: _____ Hispanic / Latino _____ Not Hispanic/Latino	Race – choose one or more: _____ American Indian or Alaska Native _____ Asian _____ Black or African American _____ Native Hawaiian or Other Pacific Islander _____ White
Observer signature:	Campus and Date:

Agencia de Educación de Texas

Cuestionario de Información de Datos Raciales y de Etnicidad de Estudiantes/Miembros de Personal de las Escuelas Públicas de Texas

El Departamento de Educación de Estados Unidos (USDE) requiere que todas las instituciones estatales y locales de educación, recopilen datos sobre etnicidad y raza de los estudiantes y de miembros de personal. Esta información es utilizada para los reportes estatales y federales así como para reportar a la Oficina de Derechos Civiles (OCR) y a la Comisión de Igualdad en el Empleo (EEOC).

Al personal del distrito escolar y los padres o representante legal de estudiantes que deseen matricularse en la escuela, se le requiere proporcionar esta información. Si usted rehúsa proporcionarla, es importante que sepa que el USDE requiere que los distritos escolares usen la observación para identificación como último recurso para obtener estos datos utilizados para reportes federales.

Favor de contestar ambas partes de las siguientes preguntas sobre la etnicidad y raza del estudiante así como del miembro de personal. Registro Federal de Estados Unidos (71 FR 44866).

Parte 1. Etnicidad: ¿Es la persona Hispana/Latina? (Escoja solo una respuesta)

- Hispano/Latino** – Una persona de origen cubano, mexicano, puertorriqueño, centro o sudamericano o de otra cultura u origen español, sin importar la raza.
- No Hispano/Latino**

Parte 2. Raza. ¿Cuál es la raza de la persona? (Escoja uno o más de uno)

- Indio Americano o Nativo de Alaska** – Una persona con orígenes o de personas originarias de Norte y Sudamérica (incluyendo America Central), y que mantiene lazos o apego comunitario con una afiliación de alguna tribu.
- Asiático** – Una persona con orígenes o de personas originarias del Lejano Este, Sureste de Asia o el subcontinente indio, incluyendo, por ejemplo a Cambodia, China, India, Japón, Corea, Malasia, Pakistán, las Islas Filipinas, Tailandia y Vietnam.
- Negro o África-Americano** – Una persona con orígenes de cualquier grupo racial negro de África.
- Nativo de Hawai u otras islas del pacífico** – Una persona con orígenes o de personas originarias de Hawai, Guam, Samoa u otras Islas del Pacífico.
- Blanco** – Una persona con orígenes de personas originarias de Europa, el Medio Este o el Norte de África.

Nombre del Estudiante/Miembro de Personal
(por favor use letra de imprenta)

Firma (Padre/Representante legal)
/(Miembro de personal)

Número de Identificación del
Estudiante/Miembro del personal

Fecha

This space reserved for Local school observer – upon completion and entering data in student software system, file this form in student's permanent folder.

Ethnicity – choose only one:
____ Hispanic / Latino
____ Not Hispanic/Latino

Race – choose one or more:
____ American Indian or Alaska Native
____ Asian
____ Black or African American
____ Native Hawaiian or Other Pacific Islander
____ White

Observer signature:

Campus and Date: