



FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DEL ESTUDIANTE

EL AREA SOMBREADA ES PARA USO ÚNICO DE LA OFICINA

Nº DE ID DEL ESTUDIANTE	ESCUELA	NOMBRE DEL MAESTRO/CONSEJERO	FECHA DE ADMISIÓN
GRADO	FECHA DE NACIMIENTO VERIFICADA SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	RÉCORD DE ORDEN JUDICIAL SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/>	AÑO DEL GRADO

¿Ha sido su estudiante inscrito anteriormente en el Distrito Escolar de Reynolds? Y N ¿INSCRIPCIÓN INICIAL? ¿CAMBIOS EN LA INSCRIPCIÓN?

INSTRUCCIONES: El formulario de inscripción es un récord oficial, las preguntas de este formulario le piden información importante que ayudará a que le demos servicios a su niño/a. Algunas de las preguntas se explican a continuación. Si necesita más información por favor póngase en contacto con su escuela.
Por favor rellene el formulario utilizando un bolígrafo de azul o negro, rellene todas las páginas.

INFORMACION DEL ESTUDIANTE

APELLIDO LEGAL (nombre que aparece en el Certificado de Nacimiento o en la Orden Judicial)	NOMBRE LEGAL	SEGUNDO NOMBRE	SOBRENOMBRE
NOMBRE PREFERIDO/APODO	Nº DEL SEGURO SOCIAL (OPCIONAL)	GÉNERO F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	FECHA DE NACIMIENTO
CIUDAD, ESTADO DE NACIMIENTO	PAIS DE NACIMIENTO (SI NO NACIÓ EN US)	TELÉFONO PRINCIPAL ()	¿Aparece en el listado telefónico? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

Si su país de nacimiento es fuera de US o Puerto Rico, ¿Cuándo comenzó el niño/a la escuela en US?

RAZA Y ETNIA (Por favor conteste a LAS DOS preguntas)

ETNIA/RAZA: Esta información es un requisito del Gobierno Federal y es usada únicamente con fines de análisis de datos e informativos. Si usted elige no contestar a esta pregunta el Distrito Escolar Reynolds tiene como requisito informar sobre ello a través de un *Proceso de Identificación de Testigo*. Es requisito completar la parte A y la parte B. PIT _____ Iniciales

Parte A: **ETNIA** (Elija una) NO HISPANO/LATINO HISPANO/LATINO – Originario de Cuba, México, Puerto Rico, América Central o del Sur o de otra cultura u origen hispano

Parte B: **RAZA** – Sin importar lo que seleccionó anteriormente, por favor continúe contestando lo siguiente marcando uno o más cuadros para indicar la que usted considera que es su raza.

- Nativo Indio Americano / de Alaska** – Con orígenes en alguna de las gentes nativas de América del Norte o del Sur (incluyendo América Central), y quienes mantienen Afiliación tribal o apego a dichas comunidades
- Asiática** – Con orígenes en el lejano Este, Sureste de Asia o en el subcontinente Indio, incluyendo Cambodia, China, India, Japón, Corea, Malaysia, Paquistán, las islas Filipinas, Tailandia y Vietnam
- Negro/Afroamericano** – Con orígenes en cualquiera de los grupos de raza negra de África
- Nativo Hawaiano/de otras islas del Pacífico** – Con orígenes en cualquiera de las gentes nativas de Hawái, Guam, Samoa o de otras islas del Pacífico
- Blanco** – Con orígenes en cualquiera de las gentes nativas de Europa, Medio Oriente o del norte de África

Inscripción en una tribu Federal o reconocida por el estado puede establecer elegibilidad para participar en el Programa de TITULO VII de Educación para los indios, una subvención Federal bajo la Ley de Educación para los Indios de 1988. Deberá completar un Certificado del TITULO VII de Elegibilidad del Estudiante para cada estudiante elegible. *Se ofrecerá información adicional a los estudiantes que cumplan los requisitos.*

¿Es este estudiante, o los padres, o un abuelo/a miembro de una Tribu de Indios Americanos reconocidos Federalmente en US? Sí No

Si marcó, Si Escriba el nombre de la tribu:

DIRECCIÓN	Nº DEL APARTAMENTO Y NOMBRE DEL COMPLEJO DE APARTAMENTOS (si aplica)	CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL
La dirección ha sido verificada: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Iniciales: _____	Dirección de correo diferente (número/calle y número de apartamento)	CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL
¿Es la dirección de correo la misma que la de su domicilio? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				

DISTRITO ESCOLAR AL QUE EL ESTUDIANTE IBA ANTERIORMENTE	ESCUELA A LA QUE EL ESTUDIANTE IBA ANTERIORMENTE	FECHAS DURANTE LAS QUE IBA A ESA ESCUELA Desde: _____ Hasta: _____
Dirección de la escuela a la que iba anteriormente	Ciudad	Estado

¿Ha estado su niño/a alguna vez en un programa para estudiantes Talentosos o Dotados (TAG)? Sí No ¿Año(s)? _____ ¿Dónde? _____

¿Tiene actualmente el estudiante un Plan de Educación Individualizado (IEP)? Sí No ¿Tiene el estudiante un Plan bajo la Sección 504 Plan? Sí No

De acuerdo con la ley ORS 339.250, por favor conteste a estas preguntas:

¿Han expulsado a su niño/a de la escuela alguna vez? Sí No Si ha sido expulsado, razón: _____ Fecha(s): _____
Nombre de la escuela: _____

ENCUESTA SOBRE EL IDIOMA HABLADO EN CASA

¿Hablan en casa otro idioma que no sea el inglés? Sí* No Si marco Sí*, indique que idioma(s): _____

¿Habla el estudiante otro idioma que no sea el inglés? Sí* No Si marco Sí*, indique que idioma(s): _____

*Si la respuesta a cualquiera de estas preguntas es 'Sí', la ley requiere que la escuela haga una evaluación del nivel de Inglés de su niño/a.

Título X Programa McKinney-Vento

Este programa garantiza que los estudiantes, sin importar la situación en la que vivan, tengan acceso a la educación pública, incluyendo el transporte hasta y desde la escuela. Un representante del distrito escolar se pondrá en contacto con usted si marca alguno de los cuadros a continuación.

- Por favor marque todos los cuadros que apliquen:
- Usted vive en un motel, coche o campamento hasta que pueda encontrar un lugar que pueda pagar para vivir
 - Está compartiendo hogar con otra familia por dificultades económicas
 - Su niño/a está viviendo con un pariente, amigo o alguna otra persona que no son sus padres biológicos
 - Está viviendo en un centro de acogida, alojamiento temporal o se traslada de lugar a lugar sin un hogar permanente
 - Está experimentando dificultades relacionadas con su vivienda por su situación económica y le gustaría que le contactaran sobre los servicios: En casa en la escuela

APELLIDO LEGAL	NOMBRE	GRADO
----------------	--------	-------

SE PUEDE COPIAR ESTA PÁGINA PARA OTROS ESTUDIANTES EN SU FAMILIA. POR FAVOR AÑADA EL NOMBRE Y EL GRADO DESPUES DE HACER LA COPIA.

INFORMACIÓN DE LOS PADRES/TUTORES

Por favor de la información de los dos padres, incluyendo la de los padres que no viven con el estudiante. (Esta página puede copiarse para añadir padres adicionales). Se asume que AMBOS padres/tutores tienen acceso a la información del estudiante a menos que haya un documento legal que indique lo contrario.

¿Quién tiene custodia legal del niño/a? Ambos padres La madre El padre Custodia compartida
 Los abuelos Tutor Padres de acogida Otro (por favor explíquelo)

¿Con quién vive el niño/a? Ambos padres La madre El padre Los abuelos El tutor Los padres de acogida
 Otro (por favor explíquelo)

¿Hay actualmente una orden de alejamiento de la corte relacionada con este estudiante? Sí* No

*Si hay actualmente una orden de la corte que limita el acceso parental de un padre/madre que no tiene la custodia, usted deberá entregar una copia de dicha orden antes de que la escuela pueda limitar el acceso de dicho padre/madre al estudiante. He entregado una orden actual de la corte:

Firma: _____ Fecha: _____

PRIMER PADRE/TUTOR

Orden de llamada en caso de emergencia: 1 2 3 NÚMERO DE TELEFONO EN CASO DE EMERGENCIAS ()

Madre Padre Tutor Otro (Por favor explíquelo) APELLIDO NOMBRE

DIRECCIÓN Dirección diferente marque el cuadro para recibir una copia de las calificaciones y/o correspondencia CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL
 ¿Es la misma que el estudiante? Sí No*
 *si marcó "No", complete el cuadro de Dirección diferente

EMAIL se utiliza para comunicar información importante sobre la escuela y su estudiante. NÚMERO DE TELEFONO DE CASA NÚMERO DE CELULAR/Nº DE PAGER
 DIRECCION DE EMAIL (POR FAVOR INFORME A LA ESCUELA SI SU DIRECCION DE EMAIL CAMBIA) () ()

EMPRESA OCUPACIÓN TELÉFONO DEL TRABAJO EXT. ()

¿Tiene usted trabajo migratorio o ha trabajado usted de forma migratoria (se ha trasladado y ha trabajado por temporadas en trabajos relacionados con la agricultura, la madera o la pesca) en los últimos 3 años? Sí No ¿VIVE/TRABAJA EN PROPIEDAD FEDERAL? ¿Ejército? ¿QUIERE SER VOLUNTARIO/A? Sí No

¿Habla inglés? Sí No Idioma principal que habla:

¿Quiere que le envíen material en su idioma principal, si está disponible? Sí No ¿Este padre/madre necesita un intérprete para las reuniones educativas? Sí No

SEGUNDO PADRE/TUTOR

Orden de llamada en caso de emergencia: 1 2 3 NÚMERO DE TELEFONO EN CASO DE EMERGENCIAS ()

Madre Padre Tutor Otro (Por favor explíquelo) APELLIDO NOMBRE

DIRECCIÓN Dirección diferente marque el cuadro para recibir una copia de las calificaciones y/o correspondencia CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL
 ¿Es la misma que el estudiante? Sí No*
 *si marcó "No", complete el cuadro de Dirección diferente

EMAIL se utiliza para comunicar información importante sobre la escuela y su estudiante. NÚMERO DE TELEFONO DE CASA NÚMERO DE CELULAR/Nº DE PAGER
 DIRECCION DE EMAIL (POR FAVOR INFORME A LA ESCUELA SI SU DIRECCION DE EMAIL CAMBIA) () ()

EMPRESA OCUPACIÓN TELÉFONO DEL TRABAJO EXT. ()

¿Tiene usted trabajo migratorio o ha trabajado usted de forma migratoria (se ha trasladado y ha trabajado por temporadas en trabajos relacionados con la agricultura, la madera o la pesca) en los últimos 3 años? Sí No ¿VIVE/TRABAJA EN PROPIEDAD FEDERAL? ¿Ejército? ¿QUIERE SER VOLUNTARIO/A? Sí No

¿Habla inglés? Sí No Idioma principal que habla:

¿Quiere que le envíen material en su idioma principal, si está disponible? Sí No ¿Este padre/madre necesita un intérprete para las reuniones educativas? Sí No

TERCER PADRE/TUTOR

Orden de llamada en caso de emergencia: 1 2 3 NÚMERO DE TELEFONO EN CASO DE EMERGENCIAS ()

Madre Padre Tutor Otro (Por favor explíquelo) APELLIDO NOMBRE

DIRECCIÓN Dirección diferente marque el cuadro para recibir una copia de las calificaciones y/o correspondencia CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL
 ¿Es la misma que el estudiante? Sí No*
 *si marcó "No", complete el cuadro de Dirección diferente

EMAIL se utiliza para comunicar información importante sobre la escuela y su estudiante. NÚMERO DE TELEFONO DE CASA NÚMERO DE CELULAR/Nº DE PAGER
 DIRECCION DE EMAIL (POR FAVOR INFORME A LA ESCUELA SI SU DIRECCION DE EMAIL CAMBIA) () ()

EMPRESA OCUPACIÓN TELÉFONO DEL TRABAJO EXT. ()

¿Tiene usted trabajo migratorio o ha trabajado usted de forma migratoria (se ha trasladado y ha trabajado por temporadas en trabajos relacionados con la agricultura, la madera o la pesca) en los últimos 3 años? Sí No ¿VIVE/TRABAJA EN PROPIEDAD FEDERAL? ¿Ejército? ¿QUIERE SER VOLUNTARIO/A? Sí No

¿Habla inglés? Sí No Idioma principal que habla:

¿Quiere que le envíen material en su idioma principal, si está disponible? Sí No ¿Este padre/madre necesita un intérprete para las reuniones educativas? Sí No

Sólo para el uso de la oficina:	ESCUELA	NOMBRE DEL MAESTRO/CONSEJERO	Nº DE ID DEL ESTUDIANTE
---------------------------------	---------	------------------------------	-------------------------



APELLIDO LEGAL	NOMBRE	GRADO
----------------	--------	-------

HERMANOS/AS (Solo de edad escolar – que vayan a la escuela en el Distrito Escolar de Reynolds)

Apellido del hermano/a	Nombre	EDAD	GÉNERO F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Escuela	Grado
Apellido del hermano/a	Nombre	EDAD	GÉNERO F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Escuela	Grado
Apellido del hermano/a	Nombre	EDAD	GÉNERO F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Escuela	Grado

CONTACTOS DE EMERGENCIA – in caso de emergencia, los padres/guardianes serán llamados en 1^{er} lugar. Los contactos de emergencia serán llamados en el orden indicados.

¿Los contactos de emergencia tienen permiso para recoger al estudiante de la escuela? Y N Iniciales del padre/madre: _____ Fecha: _____

1^{er} Contacto	APELLIDO DEL CONTACTO	NOMBRE	Relación con el estudiante	Ciudad	Estado
LENGUAJE QUE HABLA PRINCIPALMENTE		TELÉFONO DE CASA ()	TELÉFONO DEL TRABAJO ()	TELÉFONO CELULAR/ N° DE PAGER ()	
2^o Contacto	APELLIDO DEL CONTACTO	NOMBRE	Relación con el estudiante	Ciudad	Estado
LENGUAJE QUE HABLA PRINCIPALMENTE		TELÉFONO DE CASA ()	TELÉFONO DEL TRABAJO ()	TELÉFONO CELULAR/ N° DE PAGER ()	
3^{er} Contacto	APELLIDO DEL CONTACTO	NOMBRE	Relación con el estudiante	Ciudad	Estado
LENGUAJE QUE HABLA PRINCIPALMENTE		TELÉFONO DE CASA ()	TELÉFONO DEL TRABAJO ()	TELÉFONO CELULAR/ N° DE PAGER ()	
4^o Contacto	APELLIDO DEL CONTACTO	NOMBRE	Relación con el estudiante	Ciudad	Estado
LENGUAJE QUE HABLA PRINCIPALMENTE		TELÉFONO DE CASA ()	TELÉFONO DEL TRABAJO ()	TELÉFONO CELULAR/ N° DE PAGER ()	

CONTACTO EN CASO DE UN DESASTRE NATURAL – Durante el periodo de tiempo después de haber ocurrido un desastre natural que ha producido grandes daños, deberá seleccionar un contacto que esté fuera del área ya que hay una mayor posibilidad de que se puedan hacer llamadas a personas que están fuera de la región, más que a las personas que están en el otro lado de nuestra ciudad o área metropolitana. Por esto, por favor escriba un número de teléfono de contacto de alguien que este a por lo menos 100 millas de distancia para que su niño/a pueda llamar a ese número de teléfono para poder volver a contactar con usted a través de esta tercera persona.

DN Contacto	APELLIDO DEL CONTACTO	NOMBRE	Relación con el estudiante	Ciudad	Estado
LENGUAJE QUE HABLA PRINCIPALMENTE		TELÉFONO DE CASA ()	TELÉFONO DEL TRABAJO ()	TELÉFONO CELULAR/ N° DE PAGER ()	

INFORMACIÓN MÉDICA

Los miembros del personal escolar necesitan saber si su niño/a tiene actualmente un problema de salud en curso por el cual él/ella puede necesitar ayuda durante el día escolar. Recuerde avisar a su escuela de cualquier cambio en esta información.

NOMBRE DEL DOCTOR	TELÉFONO ()	NOMBRE DEL DENTISTA	TELÉFONO ()
NOMBRE DEL SEGURO MÉDICO	N° DEL SEGURO MÉDICO/MEDICAID	HOSPITAL DE PREFERENCIA	

¿Tiene su estudiante seguro médico/accidente? Y N Si marco "No", el Distrito Escolar de Reynolds ofrece una opción de seguro médico y de accidentes de bajo precio.

Por favor marque si tiene actualmente algún problema en curso: Asma Enfermedad de corazón Alergias graves Trastorno de convulsiones
Diabetes: Tipo I Tipo II Otro

*En caso de enfermedad grave, accidente u otra emergencia en la que esté involucrado el estudiante, la escuela enviará al estudiante al hospital de preferencia especificado anteriormente o si no hay hospital de preferencia al más cercano a la escuela.

Por favor escriba cualquier alergia (incluyendo a la picadura de abejas) y/u otro problema de salud que pueda afectar a su estudiante en la escuela:	¿ES UNA AMENAZA PARA SU VIDA?	
	SI	NO
1.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tenga en cuenta: Cualquier alergia u otro problema de salud que necesite una intervención en la escuela **requiere** que los padres completen los formularios apropiados sobre la información de la medicación.

necesito el formulario sobre la información de la medicación: Sí No

Sólo para el uso de la oficina:	ESCUELA	NOMBRE DEL MAESTRO/CONSEJERO	N° DE ID DEL ESTUDIANTE
---------------------------------	---------	------------------------------	-------------------------



APELLIDO LEGAL	NOMBRE	GRADO
----------------	--------	-------

PLAN DE CIERRE POR EMERGENCIA

Le recogerán los padres/amigo/vecino/pariente/cuidado de niños
 El autobús escolar le llevará a casa/casa de un vecino/cuidado de niños
 Caminará/irá en bicicleta/manejará a casa/casa de un vecino/cuidado de niños

Firma del padre/madre: _____ Fecha: _____

PREFERENCIA PARA LA COMUNICACIÓN

E-mail Mensaje de texto Teléfono Todas

INFORMACIÓN ANTES Y DESPUES DE LA ESCUELA – (Sólo para la escuela primaria)

Cuidador	NOMBRE DEL CUIDADOR	Relación con el estudiante	TELEFONO DEL TRABAJO ()
Dirección	Ciudad, Estado	Teléfono de casa ()	Teléfono celular/Pager ()

TRANSPORTE

Transporte por la mañana:	<input type="checkbox"/> Autobús	Camina <input type="checkbox"/>	Le recogen <input type="checkbox"/>	camioneta de la guardería <input type="checkbox"/>
Transporte por la tarde:	<input type="checkbox"/> Autobús	Camina <input type="checkbox"/>	Le recogen <input type="checkbox"/>	camioneta de la guardería <input type="checkbox"/>
AM nº del Autobús:	AM Lugar:	PM nº del Autobús:	PM Lugar:	

MENSAJERO FAMILIAR – Aplica solo si hay más de un miembro de la familia que va a la misma escuela (SOLO PARA LA ESCUELA PRIMARIA)

¿Quiere que identifiquemos a este estudiante como "Mensajero familiar" para que lleve a casa los paquetes de información escolar? Sí No

INFORMACIÓN SOBRE EL VEHÍCULO – (Sólo para los estudiantes de PREPARATORIA/HIGH SCHOOL)

Año	Marca	Modelo	Color	Número de Licencia	Número del permiso de estacionamiento (solo para uso de la oficina)
-----	-------	--------	-------	--------------------	---

PERMISOS/AUTORIZACIONES**Información dirigida**

La información que aparece en este formulario puede ser utilizada por el Distrito para hacer su trabajo a la hora de controlar y reforzar la asistencia a la escuela. La siguiente información se llama "información dirigida". Las escuelas pueden publicar los siguientes datos por motivos escolares sin la autorización de los padres: Nombre del estudiante, fecha y lugar de nacimiento, área principal de estudios, participación en actividades y deportes reconocidos oficialmente, peso y altura de los miembros de los equipos deportivos, fechas de asistencia, titulaciones y premios recibidos y la escuela anterior más reciente a la que el estudiante ha ido.

Dentro de 30 días desde la inscripción, un padre puede solicitar, por escrito a la escuela que la información dirigida no sea publicada mientras el estudiante está inscrito en la escuela.

Información y foto

NO quiero que la información de mi niño/a o su foto sea usada en: (marque todas las que apliquen) Medios de comunicación Anuario escolar
 Página de Internet de la escuela Directorio escolar

Internet

Mi estudiante tiene permiso para usar el internet: (El uso del internet por parte del estudiante está bajo el reglamento de Comunicaciones Tecnológicas y Electrónicas, que está indicado en el Manual de los derechos y responsabilidades de los padres y alumnos) Sí No INICIALES DE LOS PADRES: _____

Transporte en caso de emergencia médica

Autorizo al personal de la escuela a que hagan los arreglos para el transporte en ambulancia, si es necesario, y doy mi permiso para que el personal de emergencia y el hospital de mi elección, atiendan a mi niño/a, bajo la supervisión del doctor encargado de su cuidado, en una situación de emergencia cuando yo no esté localizable: Sí No

Firma del padre: _____

Hospital preferido: _____ Fecha: _____

Reclutamiento Militar/Universitario – (solo para estudiantes de la Escuela Preparatoria/High School)

La ley de "No Child Left Behind" (Que ningún niño quede atrás) del 2001 requiere que los distritos escolares ofrezcan, cuando se solicita, los nombres, direcciones y el número de teléfono de los estudiantes Junior y Senior a los reclutadores militares y universitarios, colleges y universidades. Si usted no quiere que el distrito escolar les de la información sobre su estudiante ya sea a los reclutadores militares, a los colleges o universidades, usted tiene la oportunidad de "ELEGIR NO QUERE COMPARTIR LA INFORMACIÓN DE SU ESTUDIANTE".

NO quiero que mi nombre de mi niño/a, dirección y número de teléfono sea dado a: Reclutadores militares Reclutadores de los Colleges

Nota sobre la no discriminación

El Distrito Escolar Reynolds reconoce la diversidad y el valor de todos los individuos y grupos en nuestra sociedad. La política de la Junta Escolar del Distrito de Reynolds es que todos los programas, actividades educativas y el empleo estarán libres de acoso y discriminación por raza, color, religión, género, identidad de género, orientación sexual, nación de origen, discapacidad, estado civil o parental o edad.

Historial de los estudiantes

Ley de Notificación anual a los padres de los derechos educativos y de privacidad. Derechos de los padres: 1. Puede inspeccionar y revisar el historial educativo del estudiante. 2. Puede solicitar una enmienda para corregir información incorrecta o engañosa. 3. Puede consentir la divulgación de la información del historial excepto donde la ley permite la divulgación sin la autorización de los padres. 4. Puede poner una queja con el Departamento de Educación de los Estados Unidos referente al incumplimiento de los requisitos de esta ley por parte del Distrito. 5. Puede obtener en la escuela una copia de la Política del Distrito sobre el historial de los estudiantes. (Política de la Junta de Reynolds JO/IGBAB – Historiales Educativos/Historial de estudiantes con discapacidades pueden encontrarse en la página de internet del distrito.)

Transferencia/retención de los historiales – Grados K-12

Historial de transferencia – Los historiales de los estudiantes serán transferidos dentro de los 10 días del recibo de una petición y notificación de inscripción en una nueva escuela. Retención de historial – Los historiales de los estudiantes serán retenidos el tiempo mínimo establecido por el Estado de Oregon. El distrito retendrá los historiales de terapia física y de patología del habla hasta que el estudiante cumpla 21 años o 5 años después de la última sesión, lo que sea más largo. El distrito retendrá todos los otros informes de educación especial por un mínimo de 5 años después del año escolar en el cual fueron creados los informes. El distrito puede destruir estos informes después de estos periodos de tiempo a menos que el padre o un adulto los solicite.

Firma del padre/madre: _____ Fecha: _____

Firma del padre/madre: _____ Fecha: _____

Sólo para el uso de la oficina:	ESCUELA	NOMBRE DEL MAESTRO/CONSEJERO	Nº DE ID DEL ESTUDIANTE
---------------------------------	---------	------------------------------	-------------------------