



Austin Independent School District

Alternative Education Department

"See a child differently, you see a different child" - Mary Meredith

Apellido: _____

Primer Nombre: _____

ID del Estudiante: _____ Grado: _____ Sexo: Masculino Femenino

Número de Teléfono Casa: _____

Dirección de Casa: _____ Número de Apartamento: _____

Fecha de nacimiento: _____ Escuela Principal: _____

Etnicidad:

Race:

Hispano No Hispano

Indio Americano / Alaska Asiático Negro o Afroamericano

Nativo de Hawai u otra isla del Pacífico Blanco

Método de transporte:

Bus de la escuela

Bus de la ciudad/Capital Metro

Caminar

Recogida de padres

Firma de Padre: _____ Fecha: _____

Usted y su hijo / hija se reunirán con un consejero para una consulta inicial.

-----*Personal de A/SD*-----

Counseling Staff Initials: _____

Si No Estudiante recibe servicios de educación especial

Si No Estudiante recibe 504 alojamientos

Si No El estudiante está matriculado en clases de ESL / Bilingües

Si No El estudiante se identifica como Gifted and Talented (GT)

School Bus #: _____ Stop Location: _____

Pick-up Time: _____ AM Drop-off Time: _____ PM

Centro de Aprendizaje Alternativo

Programa de Educación Alternativa Disciplinaria del Austin

ISD 4900 Gonzales Street | Austin, TX 78702

alc.austinschools.org | 512-414-2554

Paquete de inscripción 2021- 2022



AUSTIN
Independent School District

"Ve a un niño de manera diferente y verás a un niño diferente."

- Mary Elizabeth

Inscripción:

**Lunes a
jueves**

Tenga en cuenta: Los estudiantes y padres que lleguen después de las 8:30 am deberán regresar al día siguiente.

La orientación del primer día para los padres / tutores de los recién llegados es aproximadamente un compromiso de 3.

Centro de Aprendizaje
Formulario de información del estudiante

¿Tiene la intención de mandar a su hijo físicamente a la escuela? Sí No

Fecha: _____ Escuela: _____
APELLIDO: _____ Primer nombre: _____
Fecha de nacimiento: _____ Numero del AISD ID: _____ Grado: _____

Grupo étnico: Hispano No hispano Raza: Indígena americano/Nativo de Alaska Negro/Afroamericano
 Nativo de Hawái/Otras islas del Pacífico Blanco otro _____
Sexo: Masculino Femenino Otro _____

Información del padre de familia o guardian legal que está inscribiendo

Padre: _____ Fecha de nacimiento (*requerida por Ley del Estado*): _____
Apellido: _____ Primer nombre: _____
Direccion: _____

¿Reside el estudiante en este domicilio? Sí No

Número(s) de teléfono: _____

Padre: _____ Fecha de nacimiento (*requerida por Ley del Estado*): _____
Apellido: _____ Primer nombre: _____
Direccion: _____

¿Reside el estudiante en este domicilio? Sí No

Número(s) de teléfono: _____

Información de los contactos de emergencia

Nombre del contacto: _____ Número de teléfono: _____

¿Lo podemos llamar en caso de emergencia? Sí No ¿Puede recoger al estudiante? Sí No

Nombre del contacto: _____ Número de teléfono: _____

¿Lo podemos llamar en caso de emergencia? Sí No ¿Puede recoger al estudiante? Sí No

Información adicional

Servicios especiales (marcar todos lo que se aplican) 504 Educación Especial Talentosos ESL/Bilingüe

Método de transporte (marque uno): Autobús de AISD Padre de familia Camina Autobús de la ciudad

(Al firmar, entiendo que toda la información anterior que he proporcionado es correcta.)

Firma del padre de familia o tutor legal:

Fecha:

Centro de Aprendizaje
Contrato de los padres de familia

- Nuestro objetivo es que cada estudiante regrese a su escuela base en la mínima cantidad de tiempo necesario. Cuando los estudiantes se involucran en asuntos académicos y siguen las expectativas inevitablemente tendrán éxito todos los días y regresarán a su escuela base en la menor cantidad de tiempo necesario.
- Utilizamos prácticas restaurativas para ayudar a los estudiantes con la resolución de problemas y la sana toma de decisiones. Utilizamos todas las opciones para ayudar a los estudiantes a tener un día exitoso en ALC.
- En ocasiones los estudiantes podrían tomar decisiones inapropiadas que tendrán como consecuencia la suspensión de la escuela. Por tal razón, los miembros del personal tienen que tener la posibilidad de ponerse en contacto con usted en cualquier momento durante el día escolar. El personal de ALC llamará a los números que usted suministre durante el proceso de admisión. Por favor, comuníquese con la Oficina de Registro al 512-414-3692 o al 512-414-3658 si sus números telefónicos de contacto cambian.
- Se le puede pedir que venga a recoger a su hijo(a), o lo puede autorizar a viajar a casa en el autobús de la ciudad, o hacer que alguna otra persona (nombrada en el formulario de inscripción) los recoja de ser necesario.
- Se requerirá una conferencia entre el padre de familia y un administrador antes de que se les permita a los estudiantes suspendidos regresar al programa de ALC.
- Entiendo que algunos artículos no se permiten en el ALC y podrían ser confiscados. Entiendo que, aunque los artículos se depositan en un lugar seguro, algunos artículos podrían extraviarse y no responsabilizo al ALC por artículos prohibidos que se extravíen. Además, entiendo que algunos artículos no serán devueltos a los estudiantes.
- Entiendo que, los estudiantes asignados al ALC NO podrán estar en el plantel de ninguna otra escuela ni asistir a cualquier actividad relacionada con la escuela o patrocinada por la escuela en ningún momento durante su asignación al ALC. También entiendo que, si un estudiante del ALC va a cualquier otro plantel, se están exponiendo a que ser sujetos a medidas disciplinarias y a una multa por entrada ilícita.
- Los estudiantes que tengan una mala conducta persistente con múltiples suspensiones mientras estén en ALC, pueden tener consecuencias más graves hasta e incluyendo la expulsión de AISD y ser referidos al Programa de Educación Alternativa del Tribunal de Menores del Condado de Travis (JJAEP, por sus siglas en inglés).
- **Si no me pueden contactar; autorizo a mi hijo a viajar a casa en el autobús de la ciudad en caso de que se le asigne una suspensión en casa.**

Firma del padre de familia o tutor legal: _____ Fecha: _____



Formulario Médico Confidencial AE 2018-2019
Historia de salud del estudiante



ESTE FORMULARIO DEBE COMPLETARSE ANUALMENTE

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____ Núm. de ID: _____
(Apellido, primer y segundo nombre) (MM-DD-AAAA)

Núm. de teléfono: Casa: _____ Trabajo: _____ Celular: _____

Cheque todos las condiciones de salud actuales diagnosticadas por un médico:

ADD/ADHD		Alergias (p.ej comida, medicina)		Anafilaxia/Epi-Pen		Asma	
Autismo		Trastorno de la sangre		Cáncer		Parálisis cerebral	
Fibrosis quística		Diabetes Tipo 1		Diabetes Tipo 2		Síndrome de Down	
Trastorno gastrointestinal (Estómago)		Pérdida de audición / Dificultad para oír		Enfermedad cardíaca (corazón)		Hipertensión (Presión alta)	
Salud mental		Obesidad		Retraso generalizado del desarrollo		Embarazo/Crianza de hijos	
Convulsiones o ataques		Espina bífida		Tuberculosis		Padecimiento urinario o Cateterización	
Problemas de la vista		Otra					

Si usted marcó cualquiera de las casillas anteriores, sírvase explicar más: _____

¿Su hijo(a) ha estado enfermo de gravedad, hospitalizado o ha tenido un accidente serio en el último año? **SÍ** **NO**

Si responde "SÍ", sírvase explicar más: _____

Seguro Médico del Estudiante Omita esta sección si el estudiante no tiene seguro médico _____ Medicaid - Número de Medicaid: _____

Mi hijo(a) tiene seguro médico de: _____ CHIP _____ Ninguno (No tiene seguro)
_____ Seguro privado/de empleador

Compañía de Seguro: _____ Número de póliza del asegurado: _____

Número de Teléfono del asegurado: _____ Relación con el paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Número de seguro médico #: _____ Número de grupo médico: _____

Las órdenes del médico pueden ser requeridas anualmente dependiendo de necesidades de atención médica de su niño.

Procedimientos

especiales requieren órdenes médicas actualizadas cada año. Sírvase contactar a la enfermera de la escuela.

Medicinas:

Padres de estudiantes que tienen medicamento **en la escuela** deben hacer cita con la enfermera escolar para llenar los formularios necesarios para controlar su condición

Medicinas tomadas en la escuela (favor de hacer una lista): _____

Medicinas tomadas en la casa (favor de hacer una lista): _____

Doctor/Clinica del estudiante _____

Servicio de Salud Estudiantil- Consentimiento para el tratamiento:

Entiendo que *Dell Children's Medical Center/AISD School Health Team* ("Equipo de salud") presta servicios de salud escolar con ayuda del personal de AISD. Yo doy permiso para que el Equipo de salud u otro empleado o personal de AISD, bajo la dirección del Equipo de salud, preste al estudiante los servicios descritos, según los necesite, estando en la escuela. Entiendo que, los servicios proporcionados al estudiante pueden incorporar el uso de telemedicina /tele enfermería.

Entiendo que, si el estudiante sufre una lesión o enfermedad grave, se me avisará a mí y al doctor _____ aquí citado y/o se contactará a Servicios Médicos de Emergencia (EMS) si es necesario. Entiendo y acepto que ni *Dell Children's Medical Center*, ni *AISD* o su personal serán responsables de gastos incurridos si el estudiante necesita cuidado médico de emergencia.

Entiendo y acepto que el Equipo de salud puede compartir la información de salud del estudiante con el personal de AISD, en acuerdo con el reglamento de AISD, con el fin de atender debidamente las necesidades de cuidado de salud del estudiante.

Firma de padre/madre/custodio legal _____ Fecha _____

Contrato de conducta en el autobús

Los conductores de autobús, estudiantes, padres de familia y personal escolar comparten por igual la responsabilidad de la seguridad en el autobús, de seguir todas las reglas del autobús, y de que los estudiantes se comporten de manera responsable a bordo del autobús. **El transporte en el autobús escolar es un privilegio.** Si un niño se porta mal se puede revocar este privilegio. Este contrato de conducta en el autobús está diseñado para garantizar la seguridad de los estudiantes. Tenga en cuenta que todos los autobuses del ALC se monitorizan con una cámara de seguridad.

Escriba sus iniciales abajo indicando que ha leído y está de acuerdo con la información.

_____ **Estoy de acuerdo en viajar de manera segura en el autobús.**

Me mantendré sentado (con la espalda tocando el respaldo del asiento y mirando hacia el frente).

No se permiten armas, alcohol ni drogas, incluyendo productos con tabaco, en el autobús.

Hablaré en voz baja; especialmente en las paradas de autobús.

Le diré mi nombre al conductor del autobús cuando me lo pida.

No tiraré basura en el autobús.

No entraré ni saldré del autobús hasta que este se haya detenido por completo.

_____ **Estoy de acuerdo en obedecer todas las reglas del autobús.**

Mantendré las manos y los pies en mi propio espacio.

Respetaré la propiedad del autobús.

No desearé ni tiraré objetos adentro o afuera del autobús.

Respetaré la propiedad personal en las paradas del autobús y dentro del autobús.

Solo subiré y bajaré del autobús en la parada que designaron mis padres o tutor durante mi inscripción en el ALC.

_____ **Estoy de acuerdo en tratar con respeto al conductor del autobús y a todos los pasajeros.**

Obedeceré todas las instrucciones y directrices del conductor del autobús.

Les hablaré con amabilidad a los demás.

No agrediré a nadie física ni verbalmente.

No usaré obscenidades.

No tendré conversaciones inapropiadas.

No usaré signos, señales ni tendré conversaciones de "pandillas".

_____ **He leído el Manual del ALC para padres de familia y estudiantes y conozco las reglas y expectativas de los autobuses del AISD.**

Entiendo que viajar en el autobús escolar es un privilegio, y que si no me comporto bien podría perderlo.

Nota: Entiendo que, si pierdo mi privilegio de viajar en el autobús escolar, seré responsable de buscar mi propio transporte para ir y venir a la escuela. **NOTA:** No se les permite a los estudiantes manejar sus propios vehículos para ir o venir del ALC.

Nombre del estudiante: _____ Fecha: _____

Firma del estudiante: _____ Firma del padre de familia: _____



CUESTIONARIO SOBRE DOMICILIO

Esta forma ayudara a determinar los servicios que el estudiante puede recibir conforme a la Ley McKinney-Vento (42 U.S.C. 11435). Las respuestas a este formulario son privadas, y se compartirán con el personal del Distrito sólo en la medida necesaria para proveer servicios. Debido a que esta información no se mantiene en el expediente permanente de la escuela de su hijo, debemos obtener la información cada año escolar. Por favor devuelva el formulario a la oficina principal de la escuela de su hijo

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____ M F Otro: _____

Escuela: _____ Grado: _____ # ID del estudiante: _____

Padre/Guardián Nombre(s): _____

Teléfono: _____ Mejor número alternativo para contactarlo : _____ Correo electrónico: _____

Domicilio actual: _____
(Dirección, Apt#, ciudad & código postal)

Última escuela a la que asistió teniendo vivienda permanente: _____ Año escolar: _____

¿El estudiante está bajo la curaduría del estado (cuidado de crianza temporal o "foster care") Si No Si sí, por favor adjunte una copia de la forma 2085-E al cuestionario.

1 Situación de la vivienda actual del estudiante (marque uno):

Temporalmente con otra familia o miembros de la familia debido a la pérdida de la vivienda por dificultad económica

Temporalmente en un automóvil, vehiculo recreativo o campamento

Temporalmente en un hotel/motel _____
Nombre del hotel/motel

Temporalmente en vivienda transicional _____
Nombre del programa de vivienda transicional

Temporalmente en un albergue _____
Nombre del albergue

Otro _____
Ubicación donde el estudiante esta viviendo debido a la pérdida de vivienda por dificultad económica

Ninguno de los anteriores aplica a mi estudiante—Si marcó esta casilla, firme abajo y regrese el formulario. Si la situación de vivienda cambia, por favor vuelva a llenar un formulario nuevo en la escuela de su hijo(a).

2 Razón por la situación actual de vivienda (marque cuanto aplique):

Desalojo Incendio/inundación

Pérdida de empleo Violencia doméstica

Pérdida de ingresos Desastre natural: _____
Nombre del desastre

Huir de casa (menores) Otro: _____

3 El estudiante comenzó a vivir en el domicilio actual: _____
(Mes/Día/Año)

La residencia actual cuenta con agua potable y electricidad: Si No

4 El estudiante vive con:

Uno o ambos padres Un pariente

Guardián legal Un adulto que no es padre(s) ni el guardián legal

Amigo(a) Solo, sin ningún adulto

5 Yo soy:

El padre/guardián legal/padre de crianza del estudiante nombrado arriba

Un estudiante que no vive con un padre(s) o guardián(es)

Un adulto que no es el guardián legal del estudiante nombrado arriba

Escriba los nombres de todos los hermanos que viven con el estudiante nombrado arriba. Llene un cuestionario aparte para CADA estudiante que esta inscrito en una escuela del distrito escolar de Austin

Nombre	Edad	Grado	Escuela	¿Vive con el estudiante nombrado arriba?
				Si No
				Si No
				Si No
				Si No
				Si No

Reportar información falsa o falsificar documentos es un delito criminal, castigable hasta con 10 años y \$5,000. Código Penal de Texas § 37.10. Una persona que inscriba a un niño con documentos falsos puede ser responsable por el costo de la matrícula y otros gastos, los gastos pueden exceder \$5,000. Código de Educación de Texas § 25.002(3)(d).

He leído e entendido la información proporcionada arriba. Entiendo que si alguna de las respuestas en este formulario resultan ser falsas, estaré sujeto a sanciones penales, civiles y administrativas. Declaro, bajo pena de perjurio, en conformidad con las leyes de este estado, que la información anterior es verdadera y de mi propio conocimiento personal.

Firma _____ Nombre en letras de molde _____ Fecha _____

Attention School Personnel: Please email form to your designated Project HELP liaison or fax to (512) 414-0761