



CENTRO DE MATRICULAS
115 South Ludlow Street
Dayton, Ohio 45402-1812
Teléfono: (937) 542-5555 • Fax (937) 542-3202
Horas: De Lunes a Viernes de 7:30 a.m. - 4:15 p.m.

Bienvenido a las Escuelas Públicas de Dayton!

Para registrar su niño(a) en las Escuelas Públicas de Dayton necesita traer los siguientes documentos:

- Certificado de Nacimiento o "prueba de edad y/o día del cumpleaños" **como está listado en la siguiente página.**
- Prueba de Vacunas (*Para matricularse en Kindergarten necesita 5 dosis de DTaP, DPT o DT, o alguna combinacion (si la cuarta dosis fue admisnitrada antes del 4th cumpleaños), 4 vacunas de Polio, 3 vacunas de Hepatitis B, 2 vacunas MM , and 2 vacunas de Varicela.*)
- Prueba del Grado Escolar tales como, papeles de retiro de la última escuela a la que atendieron, libreta de notas, certificado de que pasaron el año o un documento de la escuela que verifique el nivel de grado del estudiante (transcripciones de notas son de más ayuda para los estudiantes de secundaria)
- Válido Documento de Identidad con foto y firma del padre, madre o guardián (no debe estar vencido)
- Dos Pruebas de Dirección con el nombre del padre, madre o guardián, Principal prueba de Residencia - Contrato de Arriendo o Estado Hipotecario o Escritura Pública de la Propiedad. Segunda Prueba de Residencia- factura de servicios públicos, cheque de pago del trabajo, u otro documento legal (que no tenga más de 60 días de vigencia)
- Si es aplicable, documentos de custodia (tal como divorcio o documentos de la Corte)
- Si es aplicable nombre, dirección y teléfono de la Guardería del niño (a)

SOLAMENTE PARA ESTUDIANTES DE PRE-ESCUELA

- **Vacunas completas** (debe tener **(4) DPT's o vacunas DTaP, Polio, (1) MMR, (3) HIB tres o cuatro dosis dependiendo del tipo de vacuna, la edad cuando el niño(a) empezó la primera dosis, (3) Hep B and (1) Varicela**)
- **Examen Físico del niño(a)** (El Estado de Ohio requiere que tengamos esos exámenes en nuestros records por cada estudiante. Por favor que su niño(a) haya completado su examen. Adjunto están las formas que el Doctor debe completar y firmar)
- **Examen Dental de su niño(a)**

Su niño(a) no podrá ser matriculado, hasta que no tenga todos los documentos requeridos!

VISION

To equip our students to achieve success in a global society by implementing an effective and rigorous curriculum with fidelity.

Certificado de Nacimiento o "prueba de edad y/o día de cumpleaños"

- (a) Pasaporte o transcripción certificada del pasaporte presentado con el registro de pasaporte en el punto de entrada a los Estados Unidos mostrando el lugar y día de cumpleaños del niño (a);
- (b) Transcripción certificada del Certificado de Nacimiento;
- (c) Transcripción certificada de la partida de Bautismo o otro Registro Religioso que muestre el lugar y fecha de nacimiento del niño (a);
- (d) Transcripción certificada del Hospital que muestre el lugar y fecha del nacimiento del niño(a);
- (e) Declaración de Nacimiento.

VISION

To equip our students to achieve success in a global society by implementing an effective and rigorous curriculum with fidelity.

Grade	School	Student ID	Date
Homeroom	Counselor	School Year	Entry Code
		Staff Initials	

DAYTON PUBLIC SCHOOLS
STUDENT ENROLLMENT
CENTER
115 S. Ludlow Street
Dayton, Ohio 45402

REGISTRO DE NUEVO ESTUDIANTE



* Escribir campos requeridos

Información del Estudiante (como esta en el Certificado de Nacimiento)

* Primer Nombre	Segundo Nombre	*Apellidos
Sufijo (Jr., II, etc.)	Sobrenombre	*Fecha de Nacimiento H M
*Ciudad de Nacimiento	*Departamento de Nacimiento	*País de Nacimiento
*Idioma que habla en casa	*Idioma Nativo	Lenguaje de correspondencia

*Federal Data Reporting Requirements (Escojer solo uno)

- Hispánico/Latino No-Hispánico/Latino

*Por favor revise las opciones que aplique:

- Blanco Negro Hawaiano u Otra Isla Pacífica
 Indio Americano/Nativo Alaska Asia

*Dirección de Casa		Apartamento
*Ciudad	*Estado	*Código Postal
*Dirección para recibir correo (El mismo de arriba? <input type="checkbox"/> Si)		Apartamento
*Ciudad	*Estado	*Código Postal
	<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo	<input type="checkbox"/> Texto <input type="checkbox"/> Otro
*Teléfono del estudiante	*Tipo de teléfono del estudiante	

Información de la Previa Escuela

Nombre de la Escuela Atendida	Teléfono	Fax
Dirección		
Ciudad	Estado	Código Postal

Información de Padres/Guardián

*Título (Sr, Sra., etc)	*Primer Nombre	Segundo Nombre	*Apellidos	Sufijo
*Relación c/ estudiante	*Idioma que habla en casa	*Lenguaje Correspondencia	Direc. Correo Electrónico	
*Teléfono	*Tipo de Teléfono	Alternativo Teléfono	Alternativo Tipo Teléfono	

Información del Segundo Padre/Guardián

Título <i>(Sr., Sra., etc.)</i>	Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellidos	Sufijo
Relación	Idioma que habla en casa	Lenguaje Correspondencia		Correo Electrónico
Teléfono	Tipo de Teléfono	Alternativo Teléfono		Alternativo Tipo teléfono

Contactos de Emergencias/ Personas Autorizadas de recoger al niño(a)

Contacto Emerg?	Nombres y Apellidos	Relación c/estudiante	Teléfono & Tipo	Alternativo Telef & Tipo
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				

*Permiso

<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Doy permiso para que mi niño (a) participe en los paseos y tenga experiencia con la comunidad (incluye viajes en RTA) como parte del proceso educacional de las Escuelas Públicas de Dayton , firmando abajo como constancia.
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Doy permiso para que mi niño (a) sea fotografiado, entrevistado, y/o video grabación para nuevas historias, publicaciones del distrito, en la red/Internet de las Escuelas Públicas de Dayton durante el año escolar, firmando abajo como constancia.
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Doy permiso para que mi niño (a) sea examinado por la enfermera, cuando sea necesario. (Exámenes que incluyen: visión, audición, talla, peso, presión arterial y dental)
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Doy permiso para que mi niño (a) se le haga evaluaciones en la escuela, por el personal del distrito en lo que sea necesario durante el año escolar.
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Doy permiso para que se incluya mi nombre y el de mi niño (a) y teléfono en la lista de la clase y podrá ser dado a otros padres, cuando lo requieran. SOLO PARA ESTUDIANTES DE PRE-ESCUELA

Mi firma abajo certifica que la información dada en esta Forma de Registro del estudiante es verdadera con mi conocimiento. También sé que la información dada está sujeta a ser verificada y revisada y pueden preguntar por adicional información que confirme esta Forma de Registro. Entiendo que es mi responsabilidad como padre /guardian ,del estudiante, notificar de inmediato a las Escuelas Públicas de Dayton el cambio de dirección, custodia o algún cambio de vida. Como padre/guardián de un estudiante matriculado en Escuelas Públicas de Dayton, estoy de acuerdo de revisar el Código del Estudiante de Conducta del distrito y comprendo que mi niúo (a) es responsable por su comportamiento. El Código de Conducta sera proveida al estudiante en la escuela que fue asignado y es también accessible en la red: http://www.dps.k12.oh.us/documents/contentdocuments/doc_23_5_121.pdf

*Firma del Padre/Guardián

*Día

*Por favor escriba el nombre con letra de molde del Padre/Guardián

*Día

Gracias por escoger las Escuelas Públicas de Dayton.

Letra de Molde
Por favor

Las Escuelas Públicas de Dayton AUTHORIZACIÓN MÉDICO EN CASO DE EMERGENCIA

Apellido de Estudiante _____ Nombre _____ Segundo Nombre _____ Sexo _____ Fecha de Nacimiento _____ Teléfono de Casa _____

Domicilio de Estudiante _____ Código Postal _____

Padre/Guardian _____ Empleado _____ Teléfono del Trabajo _____

Madre/Guardian _____ Empleado _____ Teléfono del Trabajo _____

PERSONAS ALTERNATIVAS PARA NOTIFICAR CUANDO NO SE PUEDE LOCALIZAR LOS PADRES

Nombre _____ Teléfono _____ Nombre _____ Teléfono _____
(2.)

COMPLETE PARTE I, II Y III. PARTE IV ES PARA NEGAR CONSENTIMIENTO

PARTE I: CONSENTIMIENTO CONCEDIDO

Uno de los Padres/Guardian _____ Teléfono _____

dooy mi permiso para:

(1).Administrar cualquier tratamiento necesitado por Dr. _____

Padre/Guardian _____ Teléfono _____ Doctor Preferido _____

Dr. _____ o en el caso de que el doctor no sea disponible, por _____

Dentista Preferida _____ Teléfono(Opcional) _____

Otro doctor o dentista licenciado; y (2). El traslado del niño a: _____

Hospital Preferido _____

o cualquier hospital razonable y accesible.

ESTE AUTORIZACION NO CUBRE LA CIRUGIA MAYOR A MENOS QUE LOS OPINIONES MEDICOS DE DOS OTROS DOCTORES O DENTISTAS LICENCIADO ESTAN DE ACUERDO EN QUE SEA NECESARIO TAL CIRUGIA. ESTAN OBTENIDOS ANTES DEL CIRUGIA ESTE HECHO. POR FAVOR ALISTA ABAJO DATOS DE SALUD Y HISTORIA MEDICA DE SU HIJO O CUALQUIER PERJUICIO FISICO QUE LOS DOCTORES DEBEN SABER. EL DISTRITO DE DAYTON ESTA TRABAJANDO EN COLABORACION CON EL CENTRO PARA COMUNIDADES SANOS PARA MEJORAR EL ACCESO A LA ATENCION DE SALUD. PARA HACER ESTE TRABAJO COMPARTIMOS INFORMACION CON OTROS PROVEEDORES LICENCIADOS DE ATENCION DE SALUD Y/O MEDICAID.

Su hijo en algun tiempo ha tenido a ____? (Favor de seleccionar (√) todos que aplican):

Problemas de Corazón _____ Tuberculosis _____ Epilepsia (Convulsiones) _____ Diabetes _____ Otro _____

Explica alergias y enfermedades causando dificultad: _____

X

Firma de Padre/Guardian _____ Domicilio _____ Fecha _____

UNA COPIA DEL CÓDIGO REVISADO DE OHIO APARECE EN LA PARTE DE ATRAS DE ESTA FORMA

PARTE II: SEGURO DE SALUD

¿Tiene usted seguro de salud para los niños de 19 años o menor?
Si No

Nombre del Seguro Medico _____

PARTE III: MEDICAMENTOS DE ESTUDIANTE

¿Su hijo toma medicamentos recetados regularmente? Si No

Si es afirmativo, por favor escriba los medicamentos: _____

¿Se tiene que tomar medicamentos durante las horas escolares?
Si No

(Si es afirmativo, por favor obtenga la Forma de Administrar Medicamentos en la escuela de su hijo.)

PARTE IV: CONSENTIMIENTO NEGADO

NO DOY MI CONSENTIMIENTO PARA E TRATAMIENTO MEDICO DE EMERGENCI. DE MI HIJO. EN EL CASO D ENFERMEDAD O DAÑO QUE REQUIER TRATAMIENTO DE EMERGENCIA, QUIER QUE LAS AUTORIDADES DE LA ESCUEL, TOMAN NINGUNA ACCION O PARA: _____

Firma de Padre/Guardian _____

Domicilio _____



PUBLIC SCHOOLS

Visit

Dayton Public Schools website at:

www.dps.k12.oh.us

Revised 8/22/13

Información Adicional

Nombre del estudiante : _____ Fecha de Nacimiento: _____

1) Está el estudiante actualmente suspendido o esperando expulsión de la última escuela asistida?

Si No

Razón _____

2) Ha sido el estudiante expulsado de ALGUNA escuela? Si No

Pais o Distrito _____

3) El niño(a) vive con: Madre Guardián Familiar Padre Casa Adoptiva

4) Los hermanos viven en la misma casa del estudiante? Si No

5) Está su familia temporalmente desplazada? Si No

Si es afirmativo, dónde: Albergue Familia Amigo(a)

Por cuánto tiempo? _____

6) Tiene el estudiante algún Plan de Individual Educación Especial (IEP)? Si No

7) Tiene el estudiante experiencia en Prescolar:

Casa

Niñera en casa

Guardería

Programa de Pre-Kinder

Prescolar

Head Start

8) Alguno de los padres y/o guardián trabaja para la militar?

Madre

Si

No

Padre

Si

No

Guardian

Si

No

Preguntas relacionadas a la salud:

9) Requiere su niño (a) medicamentos de emergencia por convulsión u otra?

Si No

Si es afirmativo, especifique _____

10) Necesitará su niño (a) inyecciones en la escuela? Si No

Si es afirmativo, especifique _____

11) Necesitará su niño (a) una enfermera para un tratamiento específico/cuidado (tales como alimentación en tubo, catetos etc.) Si No

Si es afirmativo, especifique _____

12) Tiene su niño (a) alergia alguna comida que le puede ser mortal? Si No

Si es afirmativo, especifique _____

Firma del Padre/Guardián: _____ Fecha: _____

PR-10 PERMISO DE LOS PADRES PARA COMPARTIR LA INFORMACION DE SALUD DEL ESTUDIANTE EN EL PROGRAMA ESCOLAR DE MEDICAID EN OHIO

Nombre del estudiante: _____

FECHA DE NACIMIENTO ___/___/___

NOMBRE DEL DISTRITO _____

El Distrito Escolar de Ohio tiene la oportunidad de recibir dinero para el Programa de Medicaid llamado Ohio Medicaid School Program (MSP). A través de este programa el Distrito Escolar puede recibir dinero para servicios identificados en IEP tales como: Lenguaje, Audiología, Terapia Física, Terapia Ocupacional, Enfermeras, Psicólogos, Consejeros y Servicios de Trabajadores Sociales. Esta información tenemos que compartirla, debido al proceso de facturación de Medicare, por los servicios mencionados. Las escuelas requieren este permiso para todos los estudiantes que reciben un servicio de especial educación inclusive para los que califiquen para Medicare. Alguna información de salud es específica para su hijo (a) mientras que otras se relacionan a todos los estudiantes dentro del Distrito.

Las escuelas pueden usar esta información de salud para ayudar a reducir los costos de educación especial que el distrito debe dar conforme a las personas con Desabilidad Educacional Act (IDEA). Esta información específica de salud, está protegida y tendrá acceso solamente por las personas autorizadas para ello y por el contrato de Medicaid con la escuela.

Su consentimiento es voluntario y tiene el derecho a retirarlo en cualquier momento que lo desee. (34 CFR parte 99 y Part300) No es necesario inscribirse en Medicaid. Si su escuela cuenta Medicaid, no se requiere incurrir en gastos por su parte, como un deducible o co-pago, cobertura de por vida disminución, aumento o suspensión de los beneficios o resultado de pago de los servicios, si una factura o una explicación de beneficios (EOB) Usted no tiene que cubrir ningún costo por servicios basados en la escuela.

Independientemente de otorgar o rechazar su consentimiento, a su niño(a), se le proporcionará una evaluación de servicios identificados por el equipo del IEP sin ningún costo para usted.

_____ Entiendo y doy permiso a la escuela de compartir la información de salud de mi niño(a) para que puedan tener acceso con el Medicaid.

_____ No doy permiso a la escuela de compartir la información de salud de mi niño (a) para que puedan tener acceso con el Medicaid.

Nombre impreso del padre/guardián _____

Firma del padre/guardian _____

Fecha ___/___/___

Por favor contacte a Susan Bollin al 419-346-9651 o susan@weswurd.com si tiene preguntas o siente que han incurrido en un costo personal por estos servicios.

Spanish | Apéndice A: Encuesta de uso del lenguaje

Padres y tutores: Sólo complete esta página de la encuesta. El reverso de este formulario lo completará la escuela. Se requiere una encuesta de uso del idioma completa para todos los alumnos al momento de la inscripción en las escuelas de Ohio. Esta información servirá para que el personal de la escuela sepa si necesitan verificar el dominio de inglés de su hijo/a. Las respuestas a estas preguntas aseguran que su hijo/a reciba los servicios educativos necesarios para tener éxito en la escuela. La información no se usa para identificar condición de inmigración.

Nombre del alumno: <i>(nombre y apellido)</i> _____		Fecha de nacimiento del alumno: <i>(mm/dd/aaaa)</i> _____	
Preferencias de comunicación Indique su preferencia de idioma para que podamos proveer un intérprete o documentos traducidos sin costo cuando los necesite. Todos los padres tienen derecho a obtener información sobre la educación de sus hijos en un idioma que entiendan.	1. ¿En qué idioma(s) preferiría su familia comunicarse con la escuela? _____		
	2. ¿Qué idioma aprendió primero su hijo/a? _____ 3. ¿Qué idioma usa más su hijo en casa? _____ 4. ¿Qué idiomas se usan en su casa? _____		
Antecedentes del idioma La información sobre los antecedentes del idioma de su hijo/a nos ayuda a identificar a los alumnos que cumplen las condiciones para recibir apoyo para desarrollar las habilidades lingüísticas necesarias para tener éxito en la escuela. Puede ser necesario realizar pruebas para determinar si se necesitan apoyos para aprender el idioma.	5. ¿En qué país nació su hijo/a? _____ 6. ¿Ha recibido su hijo/a educación formal fuera de los Estados Unidos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, ¿cuántos años/meses? _____ En caso afirmativo, ¿cuál fue el idioma de instrucción? _____		
	7. ¿Ha asistido su hijo a la escuela en los Estados Unidos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, ¿cuándo asistió su hijo por primera vez a la escuela en los Estados Unidos? _____ / _____ / _____ Mes Día Año		
Educación previa Las respuestas sobre el país de nacimiento de su hijo/a y la educación anterior nos brindan información sobre los conocimientos y habilidades que su hijo está trayendo a la escuela y pueden permitir que la escuela reciba fondos adicionales para apoyar a su hijo/a.			
Información adicional Comparta información adicional para ayudarnos a comprender las experiencias de idioma y los antecedentes educativos de su hijo/a.			
Nombre del padre/tutor: _____		Apellido del padre/tutor: _____	
Firma del padre/tutor: _____		Fecha de hoy: <i>(mm/dd/aaaa)</i> _____	

Gracias por brindar la información precedente. Comuníquese con su escuela u oficina del distrito si tiene preguntas sobre este formulario o sobre los servicios disponibles en la escuela de su hijo/a. Se puede encontrar información traducida sobre las obligaciones de derechos civiles de las escuelas con los estudiantes de inglés como segundo idioma y padres con dominio limitado del inglés en este enlace: <https://www2.ed.gov/about/offices/list/ocr/ellresources.html>



(Appendix A, continued)

*****COMPLETED BY SCHOOL EMPLOYEE*****

1. **Check.** Confirm the following statements related to the administration of Ohio's language usage survey:

- The district or school presented the language usage survey, to the extent practicable, in a language and form that the parent or guardian understood.
- The district or school informed the parent(s) or guardian(s) of the form's purpose. The language usage survey only is used to understand students' linguistic experiences and educational background.
- The district or school reports information from the language usage survey in the appropriate Educational Management Information System (EMIS) records.
- For students enrolling from other U.S. schools and districts, school officials request previous language survey data and refer to the information when identifying English learners.
- Results of the language usage survey are kept with the student's cumulative records and follow the student if he/she transfers to another district or school.

2. **Note.** Record additional information to assist the review of the language usage survey.

3. **Record.** Indicate responses from the language usage survey in the table below. Refer to the Language Usage Survey Annotations on page 2 for item-specific guidance.

<p>Student's native language See Language Usage Survey Question 2. Report for <u>all</u> students in EMIS.</p>	_____
<p>Student's home language See Language Usage Survey Question 3. Report <u>only</u> for English learners in EMIS.</p>	_____
<p>Potential English learner See Language Usage Survey Questions 2-4.</p>	<input type="checkbox"/> Yes. Assess the student's English proficiency. <input type="checkbox"/> No. Do not assess the student's English proficiency.
<p>Immigrant student status See Language Usage Survey Questions 5-7. Report for <u>all</u> students in EMIS.</p>	<input type="checkbox"/> Yes, the student is an immigrant child. <input type="checkbox"/> No, the child is not an immigrant child.

4. **Validate.** Complete the information below.

Signature of validating school employee

Date (mm/dd/yyyy)

Printed name of validating school employee

Name of school or school district

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DE LOS PADRES PARA LAS ESCUELAS PÚBLICAS DE DAYTON

LEA CUIDADOSAMENTE, complete y firme este formulario para su hijo. Escriba claramente en letra de imprenta, complete cada sección y revise ANTES de firmar y fechar el formulario.

Nombre del estudiante (en letra de imprenta): _____ Grado _____ Escuela _____ ID del estudiante _____
(Apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre)

1. Permiso para contactar usando el correo electrónico

Doy mi consentimiento (o no doy mi consentimiento) para que los miembros del personal de la escuela se pongan en contacto conmigo por correo electrónico. Entiendo que mi dirección de correo electrónico permanecerá confidencial y no será dada o usada para ningún otro propósito que no sea la información del distrito y/o de la escuela. Las Escuelas Públicas de Dayton alientan a los padres/tutores a participar en todas las formas de comunicación que mejoren el potencial de éxito del estudiante en la escuela. Al firmar este documento con su consentimiento, los miembros del personal de las Escuelas Públicas de Dayton pueden utilizar la dirección de correo electrónico que usted proporcionó en el formulario de inscripción.

Doy mi consentimiento No doy mi consentimiento N/C- No tengo una dirección de correo electrónico en este momento

2. Permiso para exhibir fotografías, imágenes de audio, video o electrónicas, obras de arte e historias

Doy consentimiento (o no doy consentimiento) para fotografías, audio, video o imágenes electrónicas de mi hijo, materiales escritos originales, obras de arte u otros trabajos creados por mi hijo durante el curso de la instrucción; para ser usados por el Distrito escolar fuera del entorno escolar para exhibición, exhibición pública, publicación, materiales publicitarios, publicidad, historias de medios de comunicación, video, audio u otros medios electrónicos como el sitio web del distrito y/o páginas de medios sociales, televisión, CD-ROM o DVD. Entiendo que el nombre completo de mi hijo también puede ser usado en dicha exhibición. También se entiende que todos los estudiantes pueden ser fotografiados o grabados en video en eventos que están abiertos al público/comunidad o a los padres, o eventos que se llevan a cabo fuera de la propiedad de la escuela, tales como presentaciones, excursiones, conciertos, picnics, eventos deportivos, etc. Las Escuelas Públicas de Dayton no tienen ningún control ni responsabilidad por la toma de fotografías o la grabación de imágenes de video en estos eventos.

NOTA: Este formulario no afectará las opciones de los padres en cuanto a las opciones del anuario fotográfico de la escuela.

Doy mi consentimiento No doy mi consentimiento

3. Permiso para participar en excursiones

Doy mi consentimiento (o no doy mi consentimiento) para que mi hijo participe en excursiones y experiencias comunitarias (incluyendo viajes de RTA) como parte necesaria del proceso educativo de las Escuelas Públicas de Dayton, como se indica con mi firma a continuación.

Doy mi consentimiento No doy mi consentimiento

4. Permiso para ser visto por la enfermera

Doy mi consentimiento (o no doy mi consentimiento) para que mi hijo sea examinado por la enfermera del programa (Los exámenes incluyen: visión, dental, audición, altura, peso y presión sanguínea).

Doy mi consentimiento No doy mi consentimiento

5. Permiso para ser evaluado

Doy mi consentimiento (o no doy mi consentimiento) para que mi hijo reciba evaluaciones educativas por parte del personal del distrito escolar según sea necesario durante el año escolar.

Doy mi consentimiento No doy mi consentimiento

6. Permiso para ser incluido en la lista SOLO PRESCOLAR

Doy mi consentimiento (o no doy mi consentimiento) para incluir mi nombre y el nombre y el número de teléfono de mi hijo en una lista de clase que estará disponible a petición de un padre o madre en la clase.

Doy mi consentimiento No doy mi consentimiento

7. Información del directorio

De conformidad con la *Ley Federal de Derechos Educativos y Privacidad de 1974 (FERPA)*, en su forma enmendada, las Escuelas Públicas de Dayton ("Escuela") mantienen los registros educativos de los estudiantes como confidenciales y, salvo en un número limitado de circunstancias especiales enumeradas en esa ley, no se divulgarán a un tercero sin el consentimiento previo por escrito del padre o madre/estudiante. Sin embargo, la ley permite a las escuelas divulgar la "información del directorio" de los estudiantes sin obtener el consentimiento previo del padre o madre/estudiante. Si usted no desea que se divulguen ciertos tipos de información del directorio sin su consentimiento previo, puede optar por "excluirse" de esta excepción de la FERPA firmando el siguiente Formulario. La información del directorio de un estudiante que ha optado por no divulgar la información del directorio, de acuerdo con esta política/procedimiento para optar por no hacerlo, permanecerá marcada hasta que el estudiante solicite que se retire la marca completando y presentando una revocación de la opción de no divulgación a la Escuela.

A: Escuelas Públicas de Dayton

- Solicito que se retenga la siguiente información de identificación personal identificada como información del directorio en virtud de la FERPA.
- Entiendo que al presentar este Formulario, la información verificada no puede ser divulgada a terceros sin mi consentimiento por escrito o a menos que la Escuela esté obligada por ley o permitida bajo la FERPA a divulgar dicha información sin mi consentimiento previo por escrito; y que la información del directorio verificada no será divulgada de otra manera desde el momento en que la Escuela reciba mi Formulario hasta que mi solicitud de exclusión sea rescindida.
- Entiendo que no puedo optar por no utilizar mi número de identificación de estudiante porque es necesario para la identificación de la Escuela.
- Entiendo que si se divulga la información del directorio antes de que la Escuela reciba mi solicitud de exclusión voluntaria, la Escuela no podrá detener la divulgación de mi información del directorio.
- Entiendo que puedo solicitar y cuestionar la forma en que se utiliza mi información de directorio poniéndome en contacto con la Escuela.

MARQUE AQUÍ PARA OPTAR POR NO COMPARTIR TODA LA INFORMACIÓN DEL DIRECTORIO IDENTIFICADA A CONTINUACIÓN

o

MARQUE LAS CASILLAS INDIVIDUALES QUE FIGURAN A CONTINUACIÓN PARA OPTAR POR NO COMPARTIR LA INFORMACIÓN

___ Nombre	___ institución más reciente a la que asistió
___ Lista(s) de teléfonos	___ Peso / Altura
___ Fotografía	___ Estado de matriculación (<i>por ejemplo</i> , a tiempo completo, a tiempo parcial)
___ Fecha de nacimiento	___ Posición de clase (<i>por ejemplo</i> , segundo año)
___ Lugar de nacimiento	___ Agencia o institución educativa más reciente a la que asistió
___ Dirección permanente o domicilio	___ Participación en actividades y deportes reconocidos oficialmente
___ Dirección de correo electrónico	___ Grado(s) recibido(s)
___ Fecha de asistencia	___ Premios y honores recibidos

Firma

Fecha

Si es menor de 18 años, un padre o madre o tutor debe firmar para que el estudiante no participe.