



School District New Student Registration Form

Shoshone Elementary

61 East Highway 24, Shoshone, Idaho 83352

Telephone (208) 886-2381 • Fax (208) 886-2778

Dr. Rob Waite, Superintendent

Kelly Wilkins, Principal

Wendy Auker, Administrative Assistant

Entry Date: _____ State ID Number: _____ Student Number: _____

Idaho Statute requires a state certified copy of your child's birth certificate and immunization record be placed in their student cumulative file. Birth certificate must be provided within 30 days of enrollment. Immunization record must be provided and current in order to enroll in school.

Child's Legal Last Name _____ **First** _____ **Middle** _____
(as it appears on birth certificate)

(Name used if different from above) _____ **Grade** _____

Birth Date _____ **Place of Birth** _____ **Male** _____ **Female** _____

Ethnicity: (choose one) **Non-Hispanic/Latino only** _____ **Hispanic/Latino of any race** _____

Race: (circle all that apply) **White** **Black or African American** **Asian**
American Indian or Alaska Native **Native Hawaiian or Other Pacific Islander**

Physical Address _____
Street Name _____ **City/State** _____ **Zip** _____

Mailing Address (if different from above) _____
P.O. Box # _____ **City/State** _____ **Zip** _____

Home Phone _____ **Cell Phone** _____ **Email** _____

Has your child ever been enrolled in Shoshone School District? **Yes** _____ **No** _____ **When?** _____

School Last Attended _____ **Grade** _____ **Telephone** _____

School's Address _____ **City/State** _____ **Zip** _____

Has your child participated in any of the following programs in any school? If yes, please indicate most recent year in program and at what school.

Yes _____ **No** _____ **SPECIAL EDUCATION/IEP (Individual Education Program)**
If yes, what year _____ School _____

Yes _____ **No** _____ **ESL/ELL (English as a Second Language/English Language Learner)**
If yes, what year _____ School _____

Yes _____ **No** _____ **GIFTED/TALENTED**
If yes, what year _____ School _____

Yes _____ **No** _____ **SPEECH/LANGUAGE**
If yes, what year _____ School _____

Yes _____ **No** _____ **TITLE I**
If yes, what year _____ School _____

Yes _____ **No** _____ **OTHER (specify)** _____



Shoshone School District New Student Registration Form

Shoshone Elementary

61 East Highway 24, Shoshone, Idaho 83352

Telephone (208) 886-2381 • Fax (208) 886-2778

Dr. Rob Waite, Superintendent

Kelly Wilkins, Principal

Wendy Auker, Administrative Assistant

Entry Date: _____ State ID Number: _____ Student Number: _____

El Estado de Idaho requiere una copia del certificado de nacimiento y la cartilla de vacunas en sus archivos de escuela. El certificado de nacimiento debe ser presentado a la escuela dentro de 30 días del día de registro en la escuela y la cartilla de vacunas tiene que estar al corriente para poder apuntarlos en la escuela.

Apellido Legal del Estudiante _____ Primer _____ Medio _____
(tal como aparece en el acta de nacimiento)

Nombre que usa si es diferente de arriba _____ Grado _____

Fecha de Nacimiento _____ Masculino _____ Femenina _____

Escoge uno: _____ Hispánico/Latino de cualquier género humano _____ No-Hispánico/solo Latino

Favor de circular los que aplican: Caucásico Negro o Americano Africano Americano Asiático
Americano Indígena o Indígena de Alaska Hawaiano natal o indígena de otra Isla Pacifica

Domicilio de Correo _____
P.O. Box # Ciudad/Estado Código Postal

Domicilio de casa _____
Nombre de Calle Ciudad/Estado Código Postal

Teléfono de casa _____ Teléfono de celular _____

Lugar de Nacimiento _____ E-mail _____

Ha sido su hijo inscrito en el Distrito Escolar de Shoshone anteriormente? Si _____ No _____ ¿Cuándo _____

Nombre de la última escuela que asistió _____ Teléfono _____

Domicilio de la escuela _____ Ciudad/Estado _____ Código Postal _____

¿Ha participado el niño/a en alguno de los siguientes programas especiales en la escuela? Si él/ella ha participado por favor indique el programa y el año más reciente en que él/ella participó.

Si _____ No _____ Educación Especial/IEP (Programa de Educación Individual)
Qué año _____ Escuela _____

Si _____ No _____ ESL/ELL (Ingles como Segundo lenguaje)
Qué año _____ Escuela _____

Si _____ No _____ DOTADO/TALENTOSO
Qué año _____ Escuela _____

Si _____ No _____ HABLA/LENGUAJE
Qué año _____ Escuela _____

Si _____ No _____ TITULO 1 (Ayuda con Lectura/Cuentas)
Qué año _____ Escuela _____

Si _____ No _____ OTRO (especifique) _____

Parent/Guardian Information

2022-2023

Shoshone Elementary

Child lives with: (circle all that apply) **Father** **Mother** **Stepfather** **Stepmother** **Guardian**

Mother's Name _____ Home Phone _____

Address (if different from child's) _____ Cell Phone _____

Employer _____ Address _____

Work Phone _____ **Email Address** _____

Father's Name _____ Home Phone _____

Address (if different from child's) _____ Cell Phone _____

Employer _____ Address _____

Work Phone _____ **Email Address** _____

Guardian Name _____ Home Phone _____

Address (if different from child's) _____ Cell Phone _____

Employer _____ Address _____

Work Phone _____ **Email Address** _____

Guardian Name _____ Home Phone _____

Address (if different from child's) _____ Cell Phone _____

Employer _____ Address _____

Work Phone _____ **Email Address** _____

Emergency Information

If you cannot be reached, please list the names of two local persons (relatives, friends, neighbors) who are authorized to pick up your child in the event of illness or minor injury.

1. _____
Name Relationship

Address Telephone

2. _____
Name Relationship

Address Telephone

Parent/Guardian Signature Date

INFORMACIÓN DE PADRES O GUARDIANES

2022-2023

Shoshone Elementary

El niño vive con: (Circule) **Padre** **Madre** **Padrastró** **Madrastra** **Guardián**

Nombre de la Madre _____ Teléfono de casa _____

Domicilio si es diferente al Estudiante _____ Celular _____

Empleo _____ Domicilio _____

Teléfono de Trabajo _____ **Domicilio de Email** _____

Nombre del Padre _____ Teléfono de casa _____

Domicilio si es diferente al Estudiante _____ Celular _____

Empleo _____ Domicilio _____

Teléfono de Trabajo _____ **Domicilio de Email** _____

Nombre del Guardián _____ Teléfono de casa _____

Domicilio si es diferente del Estudiante _____ Celular _____

Empleo _____ Domicilio _____

Teléfono de Trabajo _____ **Domicilio de Email** _____

Nombre del Guardián _____ Teléfono de casa _____

Domicilio si es diferente del Estudiante _____ Celular _____

Empleo _____ Domicilio _____

Teléfono de Trabajo _____ **Domicilio de Email** _____

Informacion de Emergencia

Si no podemos ponernos en contacto con usted, ponga a otras dos personas (pariente, amigo, vecino) que podremos llamar y que tengan su permiso de venir a recoger a su hijo/a en caso de enfermedad o accidente.

1. _____
Nombre Relación

Dirección Teléfono

2. _____
Nombre Relación

Dirección Teléfono

En caso de una emergencia, como un accidente, yo entiendo que la escuela tratará de ponerse en contacto conmigo. Si no puedo ser localizado, autorizo a la escuela para llevar a mi hijo/a a la sala de emergencia más cercana.

La Firma de Padres

Fecha

Student Name _____ Date of Birth _____ Male Female

***Please check any health conditions “diagnosed” by a licensed physician**

ALLERGIES My child has the following **diagnosed** allergies Does not apply

Bee/Insect Sting Describe reaction: _____

Treatment/Medication: _____

Medication Allergy **List medication allergy** and describe reaction: _____

Treatment/Medication: _____

Food Allergy **List food allergy** and describe reaction: _____

Treatment/Medication: _____

Environmental Allergy List environmental allergy and describe reaction: _____

Treatment/Medication: _____

ASTHMA My child has asthma Does not apply

What triggers your child’s asthma: Smoke Exercise Illness Allergies Other: _____

Treatment/Medication: _____

ATTENTION DEFICIT DISORDER (ADD/ADHD) My child has ADD/ADHD Does not apply

Treatment/Medication: _____

EMOTIONAL/BEHAVIORAL My child has emotional/behavioral problems Does not apply

Diagnosis: _____

Treatment/Medication: _____

DIABETES My child has Type 1 Diabetes (insulin dependent) _____ Pump _____ Injections Does not apply

My child has Type 2 Diabetes (non-insulin dependent) Does not apply

EATING/DIGESTION DISORDER My child has eating/digestion disorder Does not apply

Treatment/Medication: _____

HEART DISORDER My child has a heart disorder Does not apply

Treatment/Medication: _____

HEARING My child has hearing problems Does not apply

_____ Ear Infections _____ Tubes in Ears _____ Hearing Aides

Treatment/Medication: _____

HEAD INJURY My child has had a previous head injury Does not apply

Date of injury: _____ Severity: _____

HEADACHES/MIGRAINES My child has headaches/migraines Does not apply

Frequency: _____

Treatment/Medication: _____

KIDNEY/BLADDER DISORDER My child has a kidney/bladder disorder Does not apply

Treatment/Medication: _____

MUSCLE/JOINT/BONE DISORDER My child has muscle/joint/bone disorder Does not apply

Treatment/Medication: _____

SEIZURES My child has seizures Does not apply

Date of last seizure: _____ Type: _____

Frequency: _____

Treatment/Medication: _____

TOILETING My child has toileting concerns Does not apply

Details: _____

VISION My child has vision problems _____ Contacts _____ Glasses _____ Color Blindness Does not apply

Other: _____ Date of last exam: _____

OTHER MEDICAL CONDITIONS OR LIMITING PHYSICAL DISORDERS (past surgeries, major illness)

Details: _____

MEDICATIONS

My child regularly takes medications Yes No

My child takes medications at home Yes No

Please list: _____

Students take medications at school Yes No

Please list: _____

_____ I give permission to Shoshone School District personnel to administer Tylenol or Ibuprofen if needed to my child based on the dosage directions below. *Medications are to be administered at home whenever possible.

_____ I would prefer my child not be given Tylenol or Ibuprofen at school.

_____ (1) 80 MG. Children's Strength Tylenol

_____ (1) 160 MG. Children's Strength Tylenol

_____ (1) 325 MG. Junior Strength Tylenol

_____ (1) 100 MG. Ibuprofen

In the event of an emergency, such as an accident, I understand the school will try to contact me. If I cannot be reached, I authorize the school to take my child to the nearest emergency medical facility.

Parent/Guardian Signature

Date

Historial de Salud del Estudiante

2022-2023

Shoshone Elementary

Nombre de Estudiante _____ Fecha de Nacimiento _____ Hombre Mujer

***Por favor verifique cualquier condicion de salud "diagnosticada" por un medico con licencia:**

Alergias Mi hijo/a tiene las siguientes alergias **diagnosticadas** No Aplica

Picadura de Abejas Describe la reaccion: _____

Tratamiento/ Medicación: _____

Alergia Medica Enumere la alergia a medicamentos y describa la reaccion: _____

Tratamiento/ Medicación: _____

Alergia a Comida Enumere la alergia alimentaria y describa la reaccion.: _____

Tratamiento// Medicación: _____

Alergia Ambiental Enumere la alergia ambiental y describa la reaccion.: _____

Tratamiento// Medicación: _____

Asma Mi hijo/a tiene asma No Aplica Que desencadena el asma de su hijo/a:

Humo Ejercicio Enfermedad Alergias Otra cosa: _____

Tratamiento/Medicación: _____

Trastorno Por Deficit de Atención (ADD/ADHD) Mi hijo/a tiene ADD/ADHD No Aplica

Tratamiento/Medicación: _____

Emocional/Conductual Mi hijo/a tiene problemas emocionales/de comportamiento No Aplica

Diagnostico: _____

Tratamiento/Medicación: _____

Diabetes Mi hijo/a tiene Diabetes Tipo 1 (depende de insulina) ___ Bombilla ___ Inyecciones No Aplica

Mi hijo/a tiene Diabetes Tipo 2 (no depende de insulina) No Aplica

Trastorno de Comer o Digestión Mi hijo/a tiene un trastorno de alimentacion/digestion No Aplica

Tratamiento/Medicación: _____

Desorden del Corazón Mi hijo/a tiene un trastorno cardiaco No Aplica

Tratamiento/Medicación: _____

Audición Mi hijo/a tiene problemas de Audición No Aplica

_____ Infecciones del oido _____ Tubos en oidos _____ Aparato de oidos

Tratamiento/Medicación: _____

Lesión Craneal Mi hijo/a ha tenido una lesión craneal No Aplica

Fecha de lesión: _____ Gravedad: _____

Dolores de Cabeza/Migrañas Mi hijo/a tiene dolores de cabeza/migrañas No Aplica

Frecuencia: _____

Tratamiento/Medicación: _____

Trastorno Renal/Vejiga Mi hijo/a tiene un trastorno de Rinon/Vejiga No Aplica

Tratamiento/Medicación: _____

Musculo/Articulacion/Desorden de Hueso Mi hijo/a tiene un trastorno muscular/de articulacion/hueso

No Aplica Tratamiento/Medicacion: _____

Convulsiones Mi hijo/a tiene ataques No Aplica Tipo : _____

Frecuencia: _____

Tratamiento/Medicación: _____

Inodoro Mi hijo/a tiene problemas para ir al bano No Aplica

Detalles: _____

Vision Mi hijo/a tiene problemas de Vision No Aplica

Tratamiento/Medicación: _____

OTRAS CONDICIONES MEDICAS O TRASTORNOS FISICOS LIMITANTES (cirugias pasadas, enfermedad grave)

Detalles: _____

Medicamentos Mi hijo/a regularmente toma medicamentos Si No

Mi hijo/a toma medicamento en casa Si No

Por favor diganos que medicamento toma en casa: _____

Mi hijo/a toma medicamentos en la escuela Si No

Por favor diganos que medicamento toma en la escuela: _____

_____ **Doy permiso al personal del Distrito Escolar de Shoshone a que le administre Ibruprofen/Tylenol si es necesario para mi hijo/a.** *Los medicamentos deben administrarse en casa siempre que sea posible.

_____ Preferiría que mi hijo no reciba Tylenol o Ibuprofeno en la escuela.

_____ (1) tableta 80 MG. Tylenol para niños

_____ (1) tableta 160 MG. Tylenol para juvenes

_____ (1) tableta 325 MG. Tylenol para niños

_____ (1) tableta 100 MG. Ibuprofen

Firma del Padre/Guardian

Fecha



Idaho Migrant Education Program



Parent Employment Survey

2022-2023

The information provided below is used to identify students who may qualify to receive additional educational services. A program employee may contact you for further information if needed. All information is kept confidential.

Child's Name: _____ District: _____ Date: _____

Birthdate: _____ School: _____ Grade: _____

1. In the past three years, has your family lived in another school district? This includes other school districts in Idaho, or another state or country.

Yes _____ (CONTINUE TO #2) No _____ (STOP HERE)

2. In the past three years, has anyone in your household had a job working with any of these products or activities (not including on your own property)?

Yes _____ (CONTINUE TO #3) No _____ (STOP HERE)

Please check all that apply below:

	<input type="checkbox"/> Any Crops Examples: corn, potatoes, beans, wheat, sugar beets, fruits, hops, alfalfa, etc. or field preparations		<input type="checkbox"/> Any Livestock Examples: cattle, pigs, sheep, chickens, dairy
	<input type="checkbox"/> Processing agricultural products Examples: (Sorting, packing, cutting, etc.) onions, potatoes, meat, fruit, trees, etc.		<input type="checkbox"/> Other agriculture Examples: Forestry, nursery plant care, fishing

3. Parents' Names: _____ Phone: _____

Address: _____ City: _____

Please list all other children in the household less than 22 years of age (include children under 5):

Name	Birthdate	School	Grade



Idaho Migrant Education Program



Encuesta de Empleo para los Padres

2022-2023

La información abajo es para identificar a estudiantes que puedan calificar para recibir servicios adicionales de educación. Es posible que un empleado del programa le contacte a usted para obtener más información. Toda la información es confidencial.

Nombre del niño: _____ Distrito: _____ Fecha: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Escuela: _____ Grado: _____

1. ¿En los últimos tres años, ha vivido su familia en otro distrito escolar? Esto incluye otros distritos escolares en Idaho, u otro estado o país.

Sí _____ (SIGA AL #2) No _____ (PARE AQUÍ)

2. En los últimos tres años, ¿hubo alguien en su hogar un trabajando con alguno de estos productos o actividades (sin incluir su propiedad)?

Si _____ (SIGA AL #3) No _____ (PARE AQUÍ)

Por favor marque todos los que apliquen abajo:

	<input type="checkbox"/> Cualquier Cultivos Ejemplos: maíz, papas, frijoles, trigo, remolacha, frutas, lúpulo, alfalfa, etc.o preparación de campo		<input type="checkbox"/> Cualquier ganado Ejemplos: vacas, cerdos, ovejas, pollos, lechería
	<input type="checkbox"/> Procesamiento de productos agrícolas. Ejemplos: (Clasificación, empaque, corte, etc.) cebollas, papas, carne, frutas, árboles, etc.		<input type="checkbox"/> Otra agricultura Ejemplos: silvicultura, cuidado de plantas de vivero, pescar

3. Nombre de los padres:

Teléfono:

Dirección:

Ciudad:

Por favor liste a todos los niños menores de 22 años en la casa:

Nombre	Fecha de Nacimiento	Escuela	Grado

Student's Name _____

Dear Parent/Guardian:

Occasionally we are forced to have an early closure of school because of unforeseen circumstances. Sudden storms closing the road, power outages, or furnace failure are some of the reasons school could be closed early.

We would like to plan ahead with you to ensure your child's safety in an emergency. Would you talk to your child about possible alternate plans? Will someone be home? Can your child get in the house? Is there a friend or relative nearby where the child can go? Should he/she remain at school until you arrive? Please consider the telephone may not be working during the storm. Also, consider that several hundred children in the school cannot use the telephone quickly. If you suspect school will be closing due to an emergency, please listen to a local radio station or watch the television for notification.

We have discussed with our child what to do in case of an emergency.

_____ is to:
Child's Name (please print)

Please choose only one option - Walk to, ride bus #, or other

1. Walk to:

_____ A. Home _____
Address Phone

_____ B. Other _____
Name Relationship
Address Phone

2. Ride bus # _____ (if running to):

_____ A. Home _____
Address Phone

_____ B. Other _____
Name Relationship
Address Phone

Comments:

Parent/Guardian Signature

Date

Nombre de Estudiante _____

Estimado Padre/Tutor:

A veces tenemos que cerrar la escuela temprano por circunstancias imprevistas. Una tormenta repentina, cierre de los caminos, falta de la luz, o falta de calefacción son varias razones en que la escuela pueda cerrar temprano.

Nosotros queremos planear con anticipación para asegurar la seguridad de su hijo/a en una emergencia. Por favor, discutan con su hijo/a las posibilidades en casos de emergencia. ¿Por ejemplo, estará alguien en casa? ¿Puede entrar su hija a la casa? ¿Hay un amigo o pariente con quien su hijo puede ir? ¿Puede su hijo quedarse en la escuela hasta que llegué? Sean consientes de que en caso de una tormenta es posible que el teléfono no servirá. Además, es posible que su hijo/a no tenga la oportunidad de usar el teléfono.

Hemos discutido que hacer en caso de una emergencia.

_____ debe que (por favor indica 1° y 2° selección)
Nombre de Estudiante (letra de imprenta)

Por favor solo escoja una opción- Caminar a, subirse al bus #, o otro

1. Caminar a:

_____ A. Casa		
	Dirección	Teléfono
_____ B. Otro		
	Nombre	Relación
	Dirección	Teléfono

2. Subirse al bus # _____ (si va) a:

_____ A. Casa		
	Dirección	Teléfono
_____ B. Otro		
	Nombre	Relación
	Dirección	Teléfono

Comentarios: _____

La Firma de Padres

Fecha

Home Language and Family Mobility Survey

Student's Name: _____ Grade: _____

Gender: _____ Male _____ Female Date of Birth: _____

Home Language Survey

Our school district along with the Idaho State Department of Education and the Office for Civil Rights require that students' language(s) are identified. This survey's purpose is to determine whether they are potentially eligible for language services.

1. What language(s) are spoken in the home?

2. What language(s) does your student speak most often?

3. What language(s) did your student first learn?

4. Which language does your child speak with you?

5. Which language do you use when speaking with your child?

6. Which language do you want phone calls and letters?

7. What is your relationship to the child? Father Mother Guardian Other
Specify _____

8. Is there any additional information you would like the school to know about your child?

Family Mobility Survey

To assist us in identifying and meeting the unique needs of migrant students, please answer the following questions:

Yes No 1. Did your child participate in the Migrant Education Program in the past?

Yes No 2. Have you moved from one school district to another school district in the last three years?

Yes No 3. Was the move made to seek work in agriculture or fishing? (This includes work in the fields, orchards, feedlots, dairies, and processing such as work in Simplot, or the cheese or sugar factories)

4. If yes to question 3, what agricultural work did you do in your previous place of residence?

5. If yes to question 3, what type of work do you do now?

Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____

Encuesta Sobre el Idioma del Hogar y la Movilidad de la Familia

Nombre de Estudiante: _____ Grado: _____

Género: _____ Masculino _____ Femenino Fecha de nacimiento: _____

Encuesta Sobre el Idioma del Hogar

Nuestro Distrito escolar juntamente con el Departamento de Educación Estatal de Idaho y la Oficina de los Derechos Civiles requiere que el idioma(s) de los estudiantes este identificado. El propósito de esta encuesta tiene por objeto determinar si los estudiantes son potencialmente elegibles para servicios de idiomas.

1. ¿Qué idioma(s) se habla en el hogar?

2. ¿Qué idioma(s) habla más frecuentemente su hijo?

3. ¿Qué idioma(s) aprendió su hijo primero?

4. ¿Qué idioma habla su hijo con usted?

5. ¿Qué idioma utiliza usted cuando habla con su hijo?

6. ¿En qué idioma prefiere usted llamadas y cartas?

7. ¿Cuál es su relación con el niño? Padre Madre Guardián Otro
(especificar) _____

8. ¿Tiene alguna información adicional que usted desearía que la escuela conozca sobre su hijo?

Encuesta de Movilidad de la Familia

Para ayudarnos a identificar y cumplir las necesidades especiales de los estudiantes migrantes, por favor conteste las siguientes preguntas:

Sí
No

1. ¿Participo su hijo/a anteriormente en el Programa de Educación Migrante?

Sí
No

2. ¿Se ha mudado de un distrito escolar a otro distrito escolar en los últimos tres años?

Sí
No

3. ¿Fue la mudanza para buscar trabajo en la agricultura o pesca? (esto incluye el trabajo en los campos, las huertas, los forrajes, las lecherías, y el proceso tal como trabajo en Simplot, y las fábricas de azúcar y queso)

Si contesto sí a la pregunta 3, ¿qué trabajo agrícola hizo usted en su domicilio anterior?

Si contesto sí a la pregunta 3, ¿qué tipo de trabajo hace usted ahora?

Firma de Padre/Tutor

Fecha

Student Name _____

In order to better serve your child, Shoshone School district is helping the State of Idaho identify students who may qualify to receive additional educational services. The information provided below will be kept confidential. Please answer the following (optional) questions.

1. Presently, are you and/or your family in any of the following situations?

a. *Sharing the home of others due to loss of housing or economic hardship*

____ Yes ____ No

b. *Living in a car, park, campground, public space, abandoned building, substandard housing or similar*

____ Yes ____ No

c. *Temporarily living in a motel or hotel due to loss of housing, economic hardship or similar reason*

____ Yes ____ No

d. *Moving from place to place due to loss of housing or economic hardship*

____ Yes ____ No

e. *Living in a house or vehicle of any kind (including camper) without running water, electricity, or heat*

____ Yes ____ No

Thank you for completing this questionnaire.

Parent/Guardian Signature

Date

Nombre de Estudiante _____

Con el fin de servir mejor a su hijo/a, el distrito escolar Shoshone está ayudando al estado de Idaho identificar a los estudiantes que pueden calificar para recibir servicios educativos adicionales. La siguiente información se mantendrá confidencial. Por favor, conteste las siguientes preguntas (opcional).

1. *Marque una de las siguientes opciones, si usted o su familia viven en una de las siguientes situaciones?*

a. *Comparten una residencia con otros debido a la pérdida de casa o a dificultades económicas*

_____ Si _____ No

b. *Viven en un automóvil, un parque, un campamento, un espacio público, un edificio abandonado, una infravivienda u otra tipo de vivienda similar*

_____ Si _____ No

c. *Viven en un motel u hotel debido a la pérdida de vivienda o a dificultades económicas u otras razones similares*

_____ Si _____ No

d. *Se mudan de un lugar a otro debido a la pérdida de vivienda o a dificultades económicas*

_____ Si _____ No

e. *Viven en una casa, un carro u otro vehículo (camper incluido) sin tener agua, electricidad o calefacción*

_____ Si _____ No

Gracias por completar este cuestionario

Firma de Padre or Guardian

Fecha

Student Name _____

IMPORTANT NOTICE TO PARENTS

Even with the greatest precautions and the closest supervision, accidents can and do happen at school. They are a fact of life and a part of the growing-up process our children go through.

Parents need to be aware of this and be prepared for possible medical expenses that may arise should their child be injured at school.

Shoshone School District does not provide medical insurance to automatically pay for medical expenses when students are injured at school. This is the responsibility of the parents or legal guardians. The district carries only legal liability insurance.

Student medical insurance is available to families for individual purchase. Brochures outlining the coverage and premiums are handed out at the beginning of the school year, and are available at the school office.

Parent/Guardian Signature

Date

Nombre del niño: _____

NOTICIAS IMPORTANTE AL PADRE

Aun con las más grandes precauciones y la supervisión más cercana, los accidentes pueden pasar en la escuela. Es una verdad de la vida y parte del proceso del crecimiento que nuestros hijos tienen que soportar.

Los padres necesitan ser conscientes de esto y estar preparados para posibles gastos médicos que pueden ocurrir si su hijo/a se lastima en la escuela.

El distrito escolar no provee seguridad médica automáticamente para pagar los gastos cuando los estudiantes se lastiman en la escuela. Esto es la responsabilidad de los padres o guardianes legales. El distrito solamente lleva seguridad de responsabilidad legal.

El distrito si provee la oportunidad para comprar seguridad para los estudiantes. Folletos con esquema de cobertura y las primas son distribuidos al principio del año escolar y disponibles en la oficina.

La Firma de Padres

Fecha

Page left blank intentionally



Shoshone School District
Request for Student Records



The student(s) listed below recently enrolled in our school. Please forward his/her *cumulative file, resource file and psychological testing* if applicable to:

Shoshone Elementary

Kelly Wilkins, Principal

61 East Highway 24, Shoshone, Idaho 83352
(office) 208-886-2381 (fax) 208-886-2778

_____	_____	_____
Child's Name	Grade	Date of Birth
_____	_____	_____
Child's Name	Grade	Date of Birth
_____	_____	_____
Child's Name	Grade	Date of Birth

If applies, please also forward the following information:

Idaho State Student ID #
IRI Testing
LEP Folder
WIDA Testing
ISAT Scores

Previous School

Address

City State Zip Code

Date of last enrollment

Has your child/children participated in any of the following programs?

_____	Resource	Child's Name _____
_____	Speech/Language	Child's Name _____
_____	Title I (Chapter I)	Child's Name _____
_____	ESL/ELL	Child's Name _____
_____	Migrant	Child's Name _____
_____	Gifted and Talented	Child's Name _____
_____	Other	Child's Name _____

Comments: _____

Schools or school systems are not required to have parental or student approval to release records to other school systems. Please refer to General Education Provision Act – Action 513 of Public Law 90-247 as amended added by section 513 of Public Law 93-380, amended by section 2 of Public Law 13-568.

Date

Signature of Parent/Guardian

Signature of Shoshone School District Official



Shoshone School District
Request for Student Records

The student(s) listed below recently enrolled in our school. Please forward his/her *cumulative file resource file and psychological testing* if applicable to:

Shoshone Elementary

Kelly Wilkins, Principal

61 East Highway 24, Shoshone, Idaho 83352
 (office) 208-886-2381 (fax) 208-886-2778

_____	_____	_____
Nombre del Alumno	Grado	Fecha de Nacimiento
_____	_____	_____
Nombre del Alumno	Grado	Fecha de Nacimiento
_____	_____	_____
Nombre del Alumno	Grado	Fecha de Nacimiento

If applicable, please forward the following information:

Idaho State Student ID #
ISAT Scores
IRI Testing
WIDA Testing
LEP Folder

Ultima Escuela que Asistió

Dirección

Ciudad Estado Código Postal

Ultima día que Asistió

¿Ha participado su hijo / hijos en cualquiera de los siguientes programas?

_____	Recurso	Nombre del Alumno	_____
_____	Lenguaje	Nombre del Alumno	_____
_____	Titulo 1(Capitulo 1)	Nombre del Alumno	_____
_____	ESL/ELL	Nombre del Alumno	_____
_____	Dotado/Talentosos	Nombre del Alumno	_____
_____	Otro	Nombre del Alumno	_____

Comentario: _____

Escuelas y sistemas de escuelas no requieren el permiso de padres o alumnos para solicitar información de otras escuelas. Por favor remitir a General Education Provision Act-Action 513 de la Ley Publica 90-247 como emendado por sección 513 de la Ley Publica, 93-380, y emendado por sección 2 de la :Ley Publica 13-568

_____	_____
Fecha	Firma de Padres /Guardianes
_____	_____
	Firma de Distrito Escolar de Shoshone