



# DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE BELLFLOWER

## Inscripción del Estudiante

Complete estos formularios utilizando un bolígrafo con tinta negra o azul. Imprímalos en papel blanco.

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de Nac: \_\_\_\_\_

Fecha de cita (si aplica): \_\_\_\_\_ Hora de cita: \_\_\_\_\_

### Nuestra Misión

La misión del Distrito Escolar Unificado de Bellflower es proporcionar el camino para que todos los estudiantes adquieran los conocimientos y desarrollar las habilidades de excelencia académica que les capaciten para:

- \*Aprender activamente toda la vida
- \*Demostrar respeto por sí mismos y los demás en una sociedad dinámica, diversa y global
- \*Llegar a ser ciudadanos responsables, informados, productivos, independientes y contribuyentes
- \*Realizarse con éxito en el campo elegido y en la sociedad

*Estimados padres/tutores,*

*Estamos aquí para ayudarles a inscribir a su estudiante, favor de utilizar este paquete para saber cuáles son los documentos requeridos. Si necesitan ayuda adicional, comuníquese con la oficina de su escuela.*

***En las escuelas de Bellflower: norma de excelencia ¡nada menos!***

### Favor de indicar su escuela de residencia:

Los estudiantes deben matricularse en la escuela correspondiente de TK.

#### Escuelas primarias

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Baxter<br>(562) 531-1602    | <input type="checkbox"/> Foster<br>(562) 804-6518     | <input type="checkbox"/> ILC<br>(562) 804-6513      |
| <input type="checkbox"/> Jefferson<br>(562) 804-6521 | <input type="checkbox"/> Lindstrom<br>(562) 804-6525  | <input type="checkbox"/> Pyle<br>(562) 804-6528     |
| <input type="checkbox"/> Ramona<br>(562) 804-6532    | <input type="checkbox"/> Washington<br>(562) 804-6535 | <input type="checkbox"/> Williams<br>(562) 804-6540 |
| <input type="checkbox"/> Woodruff<br>(562) 804-6545  |   |   |

#### Escuelas secundarias y preparatorias

- Bellflower High School  
(562) 920-1801
- Mayfair High School  
(562) 925-9981

#### Escuelas alternativas

- Academia de educación en el hogar y estudios independientes  
(562) 804-6565
- Somerset High School (Gr. 10-12)  
(562) 804-6548
- Centro de educación alternativa de Bellflower  
(562) 356-9904

### Requisitos para la inscripción:

El niño(a) debe haber cumplido 5 años de edad antes del 1º o el mismo 1º de septiembre del presente año escolar.

Los niños que cumplan 5 años de edad entre el 2 de septiembre y el 2 de diciembre del presente año escolar son elegibles para asistir a Kindergarten Transicional (TK).

Residir dentro de los límites del Distrito escolar unificado de Bellflower u obtener la aprobación de un permiso entre distritos.

Los niños deben de estar al día con sus vacunas para asistir a cualquier escuela pública (grados TK al 12).

### Traiga consigo:

Registro de vacunas actualizado (verificado por el médico).  
Polio, DTP, MMR, Hepatitis B, Varicela y Tdap (estudiantes del 7º al 12º grado)

Prueba de nacimiento (copia original):

Certificado de nacimiento (o)

Tutor(es) asignado(s) por orden de un tribunal

(Para individuos que no son los padres o tutores legales deberán hacer una cita con la oficina de Asistencia y Bienestar llamando al (562) 866-9011 ext. 2070 para llenar un formulario tutela.)

Identificación del padre o tutor:

Licencia de manejar o Identificación de California

(Debe tener el domicilio correcto, no se permiten las tarjetas de color café)

Recibo de servicios públicos del padre o tutor

Se requieren dos (2):

Aviso inicio de servicio (válido por 30 días)

Luz/electricidad  Servicio de agua potable/recoger basura

Gas

Declaración notariada de residencia en el Distrito

(Disponible en la oficina de la escuela)

Expediente académico/hoja de salida (si es aplicable)

### Completar y regresar:

Formulario de inscripción (páginas 2-3)

Información de Emergencia o Médica (página 4)

Recibo de Notificación Anual (página 5)

### Información adicional para los padres

*(será proporcionado en la escuela):*

**ÚNICAMENTE para TK, Ky 1º – Formularios adicionales**

Evaluación de la salud oral

Reporte de examen de Salud para entrar a la escuela

Para mas información o para bajar nuestros formularios, visite nuestra página electrónica en [www.busd.k12.ca.us](http://www.busd.k12.ca.us)



**DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE BELLFLOWER**  
**FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DEL ESTUDIANTE**

Apellido legal del alumno		Primer nombre legal del alumno		Segundo nombre legal del alumno	
Ciudad de nacimiento	Estado de nacimiento	País de nacimiento	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	Fecha de nacimiento	Grado
Domicilio particular		Apartamento #	Ciudad		Estado Zona postal
Nombre de la Madre o Tutor Apellido		Teléfono del hogar	Teléfono celular	Teléfono del trabajo	
Nombre del Padre o Tutor Apellido		Teléfono del hogar	Teléfono celular	Teléfono del trabajo	
Dirección postal (Si es diferente que el domicilio particular)	Apartamento #	Ciudad	Estado	Zona postal	Correo Electrónico (E-mail)

**¿Cuál es el origen étnico del alumno? (Favor de marcar uno):**  Hispano o latino (Una persona de cultura u origen cubano, mexicano, puertorriqueño, sur o centro americano, o de otra cultura u origen español, sin importar la raza.)  No hispano o latino

**¿Cuál es la raza del alumno? (Marcar todos los que aplican. Límite 5)**  
*La parte de la pregunta de arriba se refiere al origen étnico, no a la raza. No importa lo que usted haya seleccionado arriba, por favor continúe respondiendo a lo siguiente marcando una o más de las casillas para indicar lo que usted considere sea su raza.*

<input type="checkbox"/> Amerindio u oriundo de Alaska (100) (Personas que son nativos o descendientes de gente original de América del Norte, de Centro América, o América del Sur)	<input type="checkbox"/> Indio asiático (205)	<input type="checkbox"/> Hawaiano (301)	<input type="checkbox"/> Filipino/Filipino Americano (400)
<input type="checkbox"/> Chino (201)	<input type="checkbox"/> Laosiano (206)	<input type="checkbox"/> Nativo de Guam (302)	<input type="checkbox"/> Afroamericano Negro (600)
<input type="checkbox"/> Japonés (202)	<input type="checkbox"/> Camboyano (207)	<input type="checkbox"/> Samoano (303)	<input type="checkbox"/> Blanco (700) (Personas que son naturales o descendientes de gente original de Europa, África del Norte o del Medio Este)
<input type="checkbox"/> Coreano (203)	<input type="checkbox"/> De Hmong (208)	<input type="checkbox"/> Tahitiano (304)	Intencionalmente dejó blank
<input type="checkbox"/> Vietnamita (204)	<input type="checkbox"/> Otro procedente de Asia (299)	<input type="checkbox"/> Otro procedente de las islas del Pacífico (399)	

**Antecedentes escolares: En alguna ocasión ha ido su hijo(a) a escuelas de Bellflower?**  Sí  No Indicar las escuelas más recientemente asistidas:

Escuela(s)	Dirección/Ciudad/Estado/Zona postal	Grado(s)	Fecha que salió
Escuela(s)	Dirección/Ciudad/Estado/Zona postal	Grado(s)	Fecha que salió

Fecha/grado que el estudiante cursó primeramente en Estados Unidos: Fecha: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Fecha/grado que el estudiante cursó primeramente en California: Fecha: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

¿En alguna ocasión su hijo(a) ha sido: Suspendido?  Sí  No Expulsado?  Sí  No ¿Está su hijo(a) en libertad condicional?  Sí  No

**Encuesta del idioma del hogar: Indicar únicamente un idioma (más frecuentemente usado) por línea:**

- ¿Qué idioma o dialecto usa su hijo/hija más frecuentemente en casa? \_\_\_\_\_
- ¿Qué idioma o dialecto aprendió su hijo/hija cuando él/ella empezó a hablar? \_\_\_\_\_
- ¿Qué idioma o dialecto le habla usted más frecuentemente a su hijo/hija? \_\_\_\_\_
- ¿Qué idioma o dialecto es mayormente hablado por los adultos en casa? \_\_\_\_\_

**Servicios Especiales:**

¿Existen reportes psicológicos o confidenciales de su estudiante en su escuela anterior?  Sí  No

¿Tiene su estudiante un Plan de Modificación Sección 504?  Sí  No Si es sí, dar la fecha: \_\_\_\_\_

¿Tiene su estudiante un Plan de Educación Individualizada (IEP)?  Sí  No

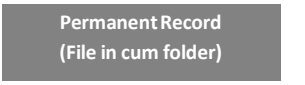
¿Qué servicios especiales ha recibido su estudiante? (Favor de marcar todas las casillas que aplican)  Ninguno  Educación física adaptiva (APE)

Recursos didácticos (RSP)  Clase diurna especial (SDC)  Habla/Lenguaje (SLP)  Otro (Especificar) \_\_\_\_\_

Otros servicios:

<input type="checkbox"/> Asesoramiento o consejería	<input type="checkbox"/> Clase de refuerzo en matemáticas	<input type="checkbox"/> Equipo del Éxito del Estudiante (SST)
<input type="checkbox"/> Aprendizaje progresivo del inglés	<input type="checkbox"/> Clase de refuerzo en lectura	<input type="checkbox"/> Junta de Revisión de Asistencia del Estudiante (SARB)
<input type="checkbox"/> Educación de alumnos talentosos (GATE)	<input type="checkbox"/> No pasó (Grado: _____)	<input type="checkbox"/> Otro (Especificar) _____
	(Año: _____)	

**Office Use Only:** CALPADS Date Checked \_\_\_\_\_ School Enter Date: \_\_\_\_\_ Teacher Name: \_\_\_\_\_  
Intitals \_\_\_\_\_ Student Perm ID#: \_\_\_\_\_ SSID \_\_\_\_\_ RM # \_\_\_\_\_



**DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE BELLFLOWER**  
**FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DEL ESTUDIANTE**

Apellido I	Primer nombre legal del alumno	Segundo nombre legal del alumno	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	Fecha de nacimiento	Grado
------------	--------------------------------	---------------------------------	---	---------------------	-------

**Residencia** – ¿Dónde vive actualmente su estudiante y/o familia (información requerida federalmente por NCLB)? Marque la casilla apropiada:

En una residencia familiar individual (casa, apartamento, condominio, casa movable)       En un motel/hotel (09)

Con otros (comparte la vivienda con otras familias/individuos por razones económicas o pérdida) (11)       Sin albergue (en carro/en campamento) (12)

En un albergue o programa de alojamiento temporal (10)

Otro (15) (Especificar) \_\_\_\_\_

**Información sobre los padres o tutores (con quien vive el estudiante) – Marque todos los que aplican:**

Padre     Madre     Padrastro     Madrastra     Tutor designado por un tribunal     Tutor autorizado por el distrito

Cuidador de menores     Padre designado     Hogar de grupo     Otro \_\_\_\_\_

¿La persona(s) (indicada) arriba es (son) tutor(es) LEGAL del estudiante?     Sí     No      ¿Alguno de los padres es miembro activo del servicio militar?     No

Si existe un acuerdo de custodia legal sobre este estudiante, la orden judicial debe estar en el expediente.       Sí; fecha en que fue activado

Favor de marcar uno:     Custodia compartida     Custodia única     Tutela     Ninguno

**Información sobre el empleador del padre o tutor:**

1.  Padre     Padrastro/Tutor      Nombre completo: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_      Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_ teléfono del celular: \_\_\_\_\_

2.  Madre     Madrastra/Tutora      Nombre completo: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_      Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_ teléfono del celular: \_\_\_\_\_

**Correspondencia doble** – El estar divorciado/separado y con custodia compartida permite que se proporcione correspondencia o información duplicada al otro padre, incluya su nombre, dirección y número de teléfono.

Nombre completo: \_\_\_\_\_      Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zona postal: \_\_\_\_\_

**Educación de los padres:** – Marque la respuesta que describa el nivel educativo del:

<p><b>Madre/Tutora</b></p> <p><input type="checkbox"/> Graduada con título o estudios de posgraduado (5)</p> <p><input type="checkbox"/> Graduada universitaria (4) (colegio/universidad de 4 años)</p> <p><input type="checkbox"/> Algo de estudios superiores o con Título básico AA (3)</p> <p><input type="checkbox"/> Graduada de Escuela Secundaria (2)</p> <p><input type="checkbox"/> No es graduada de Escuela Secundaria (1)</p>	<p><b>Padre/Tutor</b></p> <p><input type="checkbox"/> Graduado con título o estudios de posgraduado (5)</p> <p><input type="checkbox"/> Graduado universitario (4) (colegio/universidad de 4 años)</p> <p><input type="checkbox"/> Algo de estudios superiores o tiene Título de Asociado (3)</p> <p><input type="checkbox"/> Graduado de Escuela Secundaria (2)</p> <p><input type="checkbox"/> No es graduado de Escuela Secundaria (1)</p>
--	---

**Verificación de residencia:**

A la Junta Directiva de Educación:

Yo (Nosotros), \_\_\_\_\_, padre(s) de \_\_\_\_\_, declaro(amos) bajo castigo por testimonio falso que lo anterior es verdadero y correcto. Residimos en el domicilio indicado en la página 2 del paquete de inscripción. Tengo entendido que para verificar la residencia, tres (3) o más visitas al hogar por el personal del Distrito podrían efectuarse a discreción de la escuela. Si no se puede establecer la residencia al domicilio dado y no he proporcionado los documentos requeridos, mi hijo(a) será inmediatamente dado de baja. Tengo entendido que puedo ser responsable por los costos incurridos por el Distrito para educar a mi hijo(a) si la información es falsa. Estoy de acuerdo en notificar a la escuela dentro de un período de cinco (5) días en caso de que cambie de residencia.

Firma del padre o tutor legal: \_\_\_\_\_

**No firme este formulario si cualquiera de las declaraciones indicadas no son correctas. Debe firmar en presencia del personal de la escuela.**

Nombre en letra de molde: \_\_\_\_\_      Fecha: \_\_\_\_\_

<b>Office Use Only:</b>	<b>STUDENT INFORMATION VERIFICATION:</b> <input type="checkbox"/> Immunization Record <input type="checkbox"/> Proof of Birth <input type="checkbox"/> Photo Identification	<b>PARENT INFORMATION VERIFICATION:</b> <input type="checkbox"/> Intra-District Permit (lives within PUSD boundaries) <input type="checkbox"/> Inter-District Permit (lives outside PUSD boundaries) DOR _____	<b>RESIDENCY VERIFICATION:</b> <input type="checkbox"/> Current Utility Bill <input type="checkbox"/> Shared Residency Affidavit <input type="checkbox"/> Temporary Residency Affidavit Information Verified by: _____      Date: _____ Data Entered by: _____      Date: _____ Records Requested by: _____      Date: _____
-------------------------	--	---	--

**Permanent Record**  
**(File in cum folder)**

## Bellflower Unified School District Información de Emergencia o Médica

Apellido legal del alumno		Primer nombre legal del alumno		Segundo nombre legal		<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino		Fecha de nacimiento	Grado
Domicilio particular			# Apartamento	Ciudad	State CA	Zona postal	Correo electrónico		
Apellido de la Madre		Nombre		<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre	Teléfono del hogar	Teléfono celular	Teléfono de trabajo	Correo electrónico	
Contacto permitido <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Derechos educativos: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Tiene custodia: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Vive con: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Se permite correspondencia: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Apellido del Padre		Nombre		<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre	Teléfono del hogar	Teléfono celular	Teléfono de trabajo	Correo electrónico	
Contacto permitido <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Derechos educativos: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Tiene custodia: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Vive con: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Se permite correspondencia: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Apellido del Tutor legal			Nombre			Teléfono del hogar	Teléfono celular	Teléfono de trabajo	Correo electrónico
<input type="checkbox"/> Padrastro		<input type="checkbox"/> Madrastra		<input type="checkbox"/> Tutor designado por un tribunal		<input type="checkbox"/> Tutor designado por el Distrito		<input type="checkbox"/> Cuidador	
								<input type="checkbox"/> Padre de crianza	
								<input type="checkbox"/> Hogar de grupo	

### EN CASO DE EMERGENCIA: Nombres de personas que pueden asumir responsabilidad temporal.

Nombre	Parentesco	Teléfono de casa	Teléfono del trabajo	Otro teléfono
Nombre	Parentesco	Teléfono de casa	Teléfono del trabajo	Otro teléfono
Nombre	Parentesco	Teléfono de casa	Teléfono del trabajo	Otro teléfono
Persona de contacto fuera del estado en caso de emergencia:			Número de teléfono fuera del estado en caso de emergencia:	
Lista de persona(s) que <b>no puede(n)</b> sacar al estudiante de la escuela: ¿Tiene una orden judicial? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Nombre:	Nombre:	

¿Su estudiante va a un programa antes del horario escolar?  Sí  No Nombre del programa: \_\_\_\_\_  
 ¿Su estudiante va a un programa después del horario escolar?  Sí  No Nombre del programa: \_\_\_\_\_

Número de menores en la familia (incluya niños que no van a la escuela): \_\_\_\_\_ Dar nombres de hermanos y hermanas de edad escolar:

Nombre	FDN	Escuela	Grado	Nombre	FDN	Escuela	Grado
Nombre	FDN	Escuela	Grado	Nombre	FDN	Escuela	Grado
Nombre	FDN	Escuela	Grado	Nombre	FDN	Escuela	Grado

Favor de marcar la casilla apropiada, si cualquiera de las siguientes aplica al estudiante y dar una breve explicación en el espacio incluido abajo. Indicar todas las condiciones de salud, incluyendo esas de años anteriores. Favor de notificar a la oficina de la escuela si hay algún cambio en la condición de la salud o del medicamento de su estudiante.

- |                                   |  |   |  |  |   |
|-----------------------------------|--|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> ADD/ADHD | <input type="checkbox"/> Problemas de sangre | <input type="checkbox"/> Lentes/o de contacto   | <input type="checkbox"/> Fiebres altas       | <input type="checkbox"/> Serio accidente       | <input type="checkbox"/> Desconoce problemas de salud |
| <input type="checkbox"/> Alergias | <input type="checkbox"/> Diabetes            | <input type="checkbox"/> Problemas del oído     | <input type="checkbox"/> Migrañas o jaquecas | <input type="checkbox"/> Cirugía u operación   | <input type="checkbox"/> Otros problemas de salud     |
| <input type="checkbox"/> Asma     | <input type="checkbox"/> Discapacidades      | <input type="checkbox"/> Afecciones del corazón | <input type="checkbox"/> Convulsiones        | <input type="checkbox"/> Problemas de la vista |   |

Explicación: \_\_\_\_\_

Relevant historia médica:

TODOS LOS MEDICAMENTOS QUE SE ADMINISTREN EN LA ESCUELA (con o sin receta) REQUIEREN UNA NOTA DEL MÉDICO. LOS INHALADORES REQUIEREN NOTA MÉDICA (Hay formularios disponibles en la oficina de la escuela)

<b>Información médica - (Marque todos los que aplican)</b>	
¿En este momento está su estudiante tomando algún medicamento en casa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Dar nombre y dosis: _____
¿En este momento su estudiante necesita algún medicamento en la escuela?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Dar nombre y dosis: _____
¿Ha tenido su estudiante una reacción alérgica a lo siguiente?: <input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Nueces <input type="checkbox"/> Picadura de insectos	<input type="checkbox"/> Explicar: _____
Inyección de <i>Epinephrine</i> (Epipen)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Incluir cualquier otra restricción que tenga su estudiante: _____	

¿En este momento tiene seguro de salud?  Sí  No ¿En este momento tiene Medi-Cal?  Sí  No

Nombre del médico:	Teléfono:	Extensión:	Hospital:
Compañía de seguros (si es aplicable):	Teléfono:	Extensión:	Número de identificación:

Yo, el padre o tutor suscrito, doy mi consentimiento para que el estudiante nombrado arriba sea entregado a mí o a mi esposa o al amigo(a) o pariente que he designado y/o que sea transportado por una ambulancia al hospital más cercano en caso de emergencia. Tengo entendido que el distrito escolar unificado de Bellflower no proporciona a los estudiantes cobertura por accidentes médicos o dentales por lesiones o enfermedades ocurridas en la escuela. Tengo entendido que yo podría voluntariamente adquirir un plan de seguro estudiantil por accidentes. Asimismo, yo reconozco que soy responsable por gastos médicos, dentales, de ambulancia u otros gastos por el cuidado de la salud o transporte de mi estudiante, los cuales podrían ocurrir como resultado de tal enfermedad o lesión.

Firma del padre o tutor legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



# DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE BELLFLOWER

## Recibo de la Notificación/Hoja de Firmas del Padre

Apellido legal del alumno	Primer nombre legal del alumno	Segundo nombre legal	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	Fecha de nacimiento	Grado
---------------------------	--------------------------------	----------------------	---	---------------------	-------

Estimados padres o tutores,  
Las Notificaciones Anuales para los Padres de Familia del distrito escolar unificado de Bellflower se encuentran ahora a su disposición en el sitio electrónico del distrito en [www.busd.k12.ca.us](http://www.busd.k12.ca.us). Si desean obtener una copia de las Notificaciones Anuales, éstas también están disponibles en la oficina de su escuela. Por favor sírvanse leer esta información con su hijo(a) y firmar en donde sea indicado. **Regresen este formulario a la escuela de su hijo(a).**

### Permiso de los padres para grabar en vídeo o fotografiar a estudiantes:

Iniciales del Padre \_\_\_\_\_

Por la presente **concedo** permiso  Por la presente **niego** mi permiso para que mi estudiante sea filmado, grabado en vídeo y/o fotografiado para fines informativos y educativos del Distrito escolar unificado de Bellflower. Tengo entendido que la fotografía u otras imágenes visuales del estudiante nombrado arriba podrán ser reproducidas en periódicos, películas, en el sitio electrónico del Distrito o de la escuela, o en videocintas para fines públicos relacionadas con esta petición. Las videocintas y/o fotografías podrán ser utilizadas para los siguientes propósitos y no están limitadas a lecciones para estudiantes, talleres de capacitación para maestros, para programas de televisoras de la comunidad local o de cable, para presentaciones a grupos de padres o a la comunidad, en folletos escolares y del Distrito, en boletines y otras publicaciones escolares incluyendo en el sitio electrónico de la escuela y del Distrito, la televisión, el periódico o revistas que acompañan un reporte sobre la escuela, el Distrito o sus empleados.

Como condición a la participación voluntaria, estoy de acuerdo en renunciar a todo tipo de demandas en contra del Distrito escolar unificado de Bellflower y de asegurar y mantener al Distrito, a su Junta Directiva, sus funcionarios, agentes y empleados salvo de causarles perjuicio de cualquiera y toda responsabilidad o reclamación, de demandas, pérdidas, derechos de acción, acciones judiciales o de juicios de cualquier índole resultantes del uso de la fotografía, videocinta, y/o película del estudiante nombrado arriba. Esta renuncia no será aplicable a actos exclusivos de negligencia de parte del Distrito.

### Contrato del uso apropiado de la red e Internet:

Iniciales del Padre \_\_\_\_\_

**Estudiante:** He leído, comprendo y obraré en conformidad al contrato sobre el uso apropiado de la red e Internet y reportaré inmediatamente a los oficiales de la escuela cualquier infracción a este contrato que pudiera llegar a ser de mi conocimiento. Además comprendo que cualquier infracción de los reglamentos mencionados arriba será falta de ética y pudiera considerarse un delito penal. Si llegara yo a cometer alguna infracción, mi privilegio de acceso pudiera ser revocado, se pudieran tomar acciones disciplinarias por parte de la escuela, y/o se pudieran tomar medidas legales.

Firma del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Padre o tutor:** Como padre o tutor de este estudiante, he leído este contrato y comprendo que la red electrónica de comunicación del Distrito escolar unificado de Bellflower está diseñada únicamente con fines educativos. Comprendo que es imposible restringir el acceso a todo tipo de material controversial, y que no haré que el Distrito sea responsable de materiales adquiridos en Internet. Estoy de acuerdo en reportar al director/a cualquier uso inapropiado del sistema de información.

Firma del padre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### Información de directorio:

Inicial del Padre \_\_\_\_\_

De acuerdo con las regulaciones estatales y federales, la regulación 5125.5 del Distrito escolar unificado de Bellflower – La información de directorio, dispone de que se dé a conocer “información de directorio” apropiadamente designada a una persona, agencia u organización que muestre una necesidad o interés legítimo en esta información sin que se tenga el consentimiento de los padres, a menos que con anticipación, usted haya notificado al Distrito de lo contrario, según los reglamentos del Distrito. El Distrito define al directorio de información como uno o más de los siguientes datos:

- Nombre del estudiante
- Dirección del estudiante
- Número telefónico del estudiante
- La dirección electrónica del estudiante
- Fecha y lugar de nacimiento
- Área principal de sus estudios
- Participación en actividades oficialmente reconocidas
- Peso y estatura de los miembros de equipos de atletismo
- Fechas de asistencia
- Diplomas y premios recibidos
- Última escuela a la que asistió

El propósito principal del directorio de información es el de permitirle al Distrito que incluya este tipo de información en ciertas publicaciones. Estas publicaciones incluyen:

- Anuario, incluyendo fotografía
- Cuadro de honor y otras listas de reconocimiento
- Programas de graduación
- Hojas de actividades deportivas, como en el caso del deporte de lucha, mostrando el peso y la estatura de los miembros del equipo
- Un programa de teatro, mostrando el papel de su estudiante en una producción dramática

La información de directorio también puede mostrarse a organizaciones externas incluyendo, pero no limitándose a compañías que fabrican anillos de graduación o publican anuarios. Dos leyes federales requieren que los distritos que reciben ayuda bajo del Decreto de 1965 de la Educación Primaria y Secundaria de proveer a **reclutadores militares**, por requerimiento, con tres categorías diferentes de información de directorio – nombres, direcciones y números telefónicos – a menos que los padres de familia hayan notificado al Distrito que ellos no desean que se dé a conocer la información de sus hijo(a) sin su previo consentimiento por escrito.

Si usted **no** desea que el Distrito dé a conocer información de directorio de los expedientes de educación de su hijo(a) sin su consentimiento previo por escrito, usted debe notificarlo a su escuela, por escrito, dentro de un plazo de **cinco** días después de haber recibido esta notificación o al momento de la inscripción.

### Sistema Blackboard

El distrito escolar unificado de Bellflower utiliza el sistema *Blackboard* para enviar mensajes a los padres sobre temas como faltas, recordatorios escolares o del distrito, balances de la cuenta de almuerzos, mensajes del maestro/a, e información de emergencia. Número de teléfono de contacto: \_\_\_\_\_

Si, este es un número de celular, comprendo que pudieran surgir cargos por llamadas o mensajes de texto. Número de teléfono celular: \_\_\_\_\_

Idioma de preferencia:  Inglés  Español

Correo electrónico (email): \_\_\_\_\_

### Notificaciones Anuales

He leído y comprendo las Notificaciones Anuales del Distrito escolar unificado de Bellflower. Mi firma de abajo sirve como acuse de recibo a esta carta y que he sido informado de mis derechos como lo requiere el Código de Educación. Esto no indica que se ha dado o restringido el consentimiento a participar en cualquier programa a menos que haya sido especificado.

Nombre del padre o tutor (letra de molde)

Firma del padre o tutor

Fecha