

Requisitos de Inscripción de Estudiantes

Para inscribir a su hijo en cualquier escuela del Distrito Escolar Colonial, será necesario que presente la siguiente información:

CERTIFICADO DE NACIMIENTO OFICIAL DEL ESTUDIANTE

- Documento Oficial del Estado - No se acepta el registro de nacimiento del hospital
- Kindergarten: El niño debe tener 5 años cumplidos antes o el 31 de agosto del año escolar al que aplica.

IDENTIFICACIÓN CON FOTO DEL PADRE/TUTOR LEGAL

- Una licencia de conducir válida o tarjeta de identificación estatal, emitida por el Departamento de Vehículos Motorizados.

DECLARACIÓN JURADA DE CUSTODIA / TUTELA / CUIDADOR FAMILIAR (SI CORRESPONDE)

- Copias originales de documentos del Tribunal de Familia
- Copia original de la carta de colocación de Servicios Sociales
- Declaración Jurada de Cuidador Familiar del Estado de Delaware completada - Contactar a: Ahtiya Waters al (302) 323-2702

COMPROBANTE DE RESIDENCIA

- Factura actual (dentro de los últimos 60 días) de electricidad, agua o alcantarillado
 - Debe listar el nombre completo y la dirección del padre/tutor.
 - Se requieren todas las páginas de la factura proporcionada.
- Contrato de arrendamiento ejecutado y firmado
- Acuerdo de liquidación
- Formulario de "Verificación de Residencia" del Distrito Escolar Colonial notariado.

COPIA DEL BOLETÍN DE CALIFICACIONES MÁS RECIENTE

- Antes de que comience el año escolar de aplicación (mediados de junio a finales de agosto) - para grados 1ro a 12vo.
- Una vez que comienza el año escolar (finales de agosto a principios de junio) - para todos los grados que aplican.

HISTORIAL MÉDICO

Examen de Salud Física

- El examen debe ser actual (realizado dentro de los dos años de ingreso).
- Realizado por un profesional médico con licencia vigente.

Exámenes Requeridos:

- El Estado de Delaware requiere un examen de detección de tuberculosis (TB) para todos los estudiantes que ingresan a la escuela pública.
- Los niños que ingresan a la escuela en kindergarten o a los 5 años o antes, deben presentar una prueba de detección de plomo.

Vacunas Requeridas::

- 5 o más dosis de la vacuna DTaP o DTP Td (a menos que la 4ta dosis se haya administrado después del 4to cumpleaños).
- 4 dosis de IPV u OPV (a menos que la 3ra dosis se haya administrado después del 4to cumpleaños).
- 3 dosis de la vacuna contra la Hepatitis B.
- 2 dosis de la vacuna contra el Sarampión, las Paperas y la Rubéola.
- 2 dosis de Varicela o un historial escrito de la enfermedad por un proveedor de atención médica con licencia.
- Los estudiantes que ingresan al 9no grado deben tener adicionalmente 1 dosis de Tdap (refuerzo para adultos) y 1 dosis de meningococo.

Estudiante: _____

Actualización del Historial de Salud del Estudiante: Esta información será compartida con personal y la administración cuando sea absolutamente necesario, y con personal médico de urgencia en caso de emergencia, a menos que usted indique lo contrario.

1. Por favor marque si el niño tiene dificultad con alguna de las siguientes. Incluya fechas e información adicional en la sección de comentarios.

- ADD/ADHD Sangrado Varicela Corazón Convulsiones Otro: _____
 Alergias Perforaciones/Tatuajes Diabetes Infecciones Habla
 Asma Problemas Óseos Emocional Riñón Cirugía
 Conducta Intestino/Vejiga Audición Discapacidad Física Visión

Comentarios: _____

2. ¿Tiene su niño alergias a medicina, látex o picadas de insectos? Sí No

¿A Qué?: _____ ¿Qué Pasa? _____

Tratamiento: _____

3. ¿Tiene su niño una alergia a la comida? Sí No

¿A Qué?: _____ ¿Qué Pasa? _____

Tratamiento: _____

Un Plan de Acción de Alergia a la Comida completado por un proveedor de salud licenciado es requerido para todos los estudiantes con alergias.

Please provide an Emergency Action Plan and ALL emergency medications to the nurse.

4. ¿Requiere su niño un menú individualizado y libre de alérgenos diseñado por los Servicios de Nutrición?

Nota: Las Comidas hechas en casa proveen las opciones más seguras en la escuela para estudiantes con alergias a comida.

- No. Yo tomaré toda la responsabilidad de proveer a mi niño las comidas libres de alérgenos en la escuela.
 Sí. Yo entregaré a la enfermera escolar un Plan de Acción de Alergia a la Comida completado por un proveedor de salud licenciado

5. ¿Su niño ha visitado un proveedor de salud desde que la escuela terminó en junio? Sí No

¿Para Qué? _____

6. ¿Su niño está siendo tratado o evaluado para alguna condición de salud? Sí No

Liste las condiciones: _____

7. ¿Su niño está tomando alguna medicina o en algún tratamiento? Sí No

Nombre del medicamento o tratamiento: _____

¿Necesita su niño medicamentos durante horas de escuela? **Si es así, contacte a la enfermera escolar para hacer arreglos.** Sí No

8. ¿Se le ha prescrito a su niño gafas o lentes de contacto? Sí No

Fecha del último examen: _____ Si su niño usa gafas o lentes de contacto, ¿cuándo se cambió la prescripción por última vez? _____

9. ¿Ha tenido su niño trastornos emocionales (mudanza, muerte, separación, divorcio) desde que la escuela terminó en junio? Sí No

Por favor liste: _____

Información Médica			
Médico Familiar:		Teléfono	
Dentista Familiar:		Teléfono	
Seguro Médico:		Tipo	
Número del Certificado:	Grupo No.	# de Medicaid:	

I give permission for my child to have the following over the counter medications as determined by the nurse (check all that apply):

- Acetaminophen (Tylenol®) Ibuprofen (Advil®) Anbesol® Tums®
 Caladryl® Bacitracin/Antibiotic ointment Hydrocortisone Cough Drops

Parent/Guardian Signature: _____ **Date:** _____

Procedimientos de Emergencia Escolar: Las escuelas han adoptado los siguientes procedimientos que serán utilizados para cuidar a su niño cuando él/ella se enferme o lastime en la escuela. En emergencias extremas la escuela buscará cuidado médico inmediato.

En caso de emergencia y/o necesidad de cuidado médico u hospitalario:

- La escuela llamará a casa. Si no hay respuesta,
- La escuela llamará al 1º lugar de trabajo del padre/guardián, o al 2º lugar de trabajo del padre/guardián. Si no hay respuesta,
- La escuela llamará los otros números de teléfonos listados y al médico.
- Si ninguno de estos responde, la escuela llamará una ambulancia, si es necesario, para transportar al estudiante a un centro médico local.
- Basado en el juicio médico del doctor de turno, el estudiante puede ser admitido a un centro médico local.
- La escuela continuará llamando a los padres, guardianes, y médicos hasta que uno sea contactado.
- La información en este formulario puede ser compartida con personal médico de emergencia.

Si yo no puedo ser contactado y las autoridades de la escuela han seguido los procedimientos descritos anteriormente, yo estoy de acuerdo en asumir todos los gastos de transporte y cuidado médico de este estudiante. También doy mi consentimiento a cualquier tratamiento, cirugía, procedimiento de diagnóstico o la administración de anestesia, lo cual se puede llevar a cabo basado en el juicio del médico de turno.

Firma del Padre/Guardián: _____ **Fecha:** _____

Estudiante:

INFORMACION ESPECIAL DE CUSTODIA: Si el niño vive con alguien que no sea su madre o padre natural, por favor indique:		INFORMACION ADICIONAL	
Nombre:		¿Ha sido el estudiante expulsado?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Relación:		¿Ha estado en un programa para Superdotados?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Existen Documentos de Custodia para este Estudiante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Tiene su niño (documentación requerida):	
Si así es, por favor presente una copia de los papeles para el archivo.		Un PEI (Plan de Educación Individualizada)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		Un Plan de Acomodaciones 504	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

HISTORIAL DE EDUCACION: Por favor liste la experiencia más reciente de su niño (incluyendo preescolar, si es aplicable).

Nombre de la persona o programa:	
Dirección:	
Ciudad, Estado, Código Postal:	
<input type="checkbox"/> Casa/Niñera <input type="checkbox"/> Guardería <input type="checkbox"/> Programa de Educación Temprana	
¿Recibió su niño alguno de los siguientes servicios en la escuela anterior? <input type="checkbox"/> Educación Especial <input type="checkbox"/> Título I <input type="checkbox"/> Inglés como 2º Idioma <input type="checkbox"/> Otro:	

INFORMACION DE EDAD DE LOS HERMANOS

Nombre:		Nombre:			
Edad:	Grado:	Género: <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.	Edad:	Grade:	Género: <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.
Escuela:			Escuela:		
Nombre:		Nombre:			
Edad:	Grado:	Género: <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.	Edad:	Grade:	Género: <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.
Escuela:			Escuela:		

ARREGLOS PARA LA GUARDERIA

Nombre:	
Dirección:	
Ciudad, Estado, Código Postal:	
Teléfono:	

INFORMACION DE TRANSPORTE:

Por favor marque la casilla que aplique para su niño.

Comentarios: Si la parada del autobús escolar es diferente de la dirección de su casa, por favor liste la dirección en esta columna.

A la Escuela	Mi hijo tomará el autobús a la escuela desde la casa	
	Mi hijo tomará el autobús a la escuela desde la guardería	
	Mi hijo caminará a la escuela cada día	
	Mi hijo será conducido a la escuela cada día	
De la Escuela	Mi hijo tomará el autobús desde la escuela a la casa	
	Mi hijo tomará el autobús a la guardería después de la escuela	
	Mi hijo caminará a la casa después de la escuela cada día	
	Mi hijo será recogido de la escuela cada día	

Yo certifico que soy un residente actual del Estado de Delaware y que todas las declaraciones en esta aplicación hechas por mí son verdaderas, completas y correctas según mi conocimiento y creencia, y que son hechas en buena fe. Yo entiendo y reconozco que cualquier declaración falsa u omisión de hechos materiales en el formulario de aplicación puede resultar en el rechazo del formulario de aplicación, descalificación del proceso de lotería si es aplicable, retiro u oferta de invitación, y/o terminación de la opción escolar por la agencia de educación local receptora a la cual yo apliqué.

Firma del Padre/Guardián/Pariente a Cargo	Fecha
---	-------

Información Sobre Cómo el Distrito Escolar Colonial Comparte la Información del Estudiante

El Distrito Escolar Colonial reconoce la necesidad de proteger la información y privacidad del estudiante mientras promueve actividades educacionales y extra-curriculares en medios del distrito y externos. La Ley Federal (FERPA) le permite al distrito liberar información bajo circunstancias limitadas. La información del directorio es información sobre un estudiante que generalmente no es considerada invasión de la privacidad, como el nombre, dirección, fotografías, actividades y deportes. Si usted desea que el distrito no libere esta información o incluya a su niño en artículos y fotos, por favor obtenga un formulario de consentimiento en la oficina de la escuela de su niño.



DEPARTMENT OF EDUCATION

Townsend Building
401 Federal Street Suite 2
Dover, Delaware 19901-3639
DOE WEBSITE: <http://www.doe.k12.de.us>

Susan S. Bunting, Ed.D.
Secretary of Education
Voice: (302) 735-4000
FAX: (302) 739-4654

Departamento de Educación de Delaware - Encuesta sobre el idioma que se habla en el hogar

Fecha: _____

Escuela: _____

Spanish

El Departamento de Educación de Delaware exige a las escuelas que determinen el/los idioma(s) que los estudiantes hablan en el hogar. La información proporcionada solo será utilizada para decidir si el estudiante reúne los requisitos para comenzar el proceso de adquisición del inglés como segunda lengua y no será utilizada para temas relacionados con la inmigración ni se informará a las autoridades migratorias.

Información sobre el estudiante

Nombre:		País de origen:	
Apellido:		Fecha de ingreso en EE. UU.:	
Fecha de nacimiento:		Fecha en la que el estudiante se inscribió por primera vez en una escuela de EE. UU.:	

Haga un círculo en los grados a los que su hijo asistió en escuelas de EE. UU.

PK K 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

¿Durante cuántos meses el estudiante ha estado inscrito en una escuela de EE. UU.? _____

1. ¿Cuál fue el primer idioma que aprendió su hijo?

Idioma: _____ | Dialecto: _____

2. ¿Cuál es el idioma que su hijo usa con mayor frecuencia en el hogar?

Idioma: _____ | Dialecto: _____

3. ¿Cuál es el idioma que usted utiliza con más frecuencia para hablar con su hijo?

Idioma: _____ | Dialecto: _____

4. ¿Qué idioma (s) aparte del inglés se hablan en su casa?

Idioma: _____ | Dialecto: _____

5. ¿Con qué idioma preferiría recibir información de la escuela?

Idioma: _____ | Dialecto: _____

Nombre del padre

Firma del padre

Fecha

LEA: Please have all families complete this home language survey at the student's initial enrollment in school. This form must be signed and dated by the parent or guardian and kept in the student's file. (If a language other than English or Non-US English is listed on questions 1-3, the LEA must continue with a records review, step 2 of the English learner identification process.)



DELAWARE DEPARTMENT OF EDUCATION
TITLE I, PART C
Agricultural Work Survey

Dear Parent/ Guardian,

Date: _____

To better serve your child, _____, our district: _____
and our school: _____ assist the Delaware Department of Education identify
students who may qualify for additional education and support services. Your responses will remain confidential and used
only for planning. Please complete and return this form to your child’s school.

1. In the past 3 years, has your family changed from: a) one school district to another; b) one state to another state or
c) another country to the U.S.?

_____ YES _____ NO

If “NO,” do not complete the remainder of this survey. If “YES,” please continue.

2. Was the reason for this change to look for or to accept a job in an agricultural or fishing activity such as those listed
below? Answer this question even if you have a different type of job now.

_____ YES _____ NO

If “YES,” please circle all that apply if you or your husband/wife, or someone in your household has worked with, on, or in a:

- Farm, Dairy, Ranch, Cannery, Chicken house, Chicken processing plant, Processing meat/fish, Cranberry bogs, Fresh/frozen juices, Fishery, Dried or dehydrated fruits/spices, Sod farms, Meat or food packing plant, Mushrooms, Planting, picking, or packing fruits, vegetables, seeds, or nuts, Plant nursery/greenhouse, Tree growing or harvesting, Food processing, Pet food processing, Cleaning, weeding or preparing land for planting

Please add any other agricultural or fishing work/activity that you or your husband/wife or someone in your household has performed:

Please list all children ages 3-21 years old in the home, including those not enrolled in school:

Table with 5 columns: First / Last name, Date of Birth, Age, Grade, School

Parent/Guardian: _____

Address: _____ Apt. No. _____ City: _____ Zip: _____

Phone: _____ Best time to be reached _____ AM / PM Alternate or cell phone number: _____

DISTRICTS: The ORIGINAL document must be submitted to the Delaware Department of Education Migrant Education Program Office
within 10 days of the student’s enrollment by State Mail Code N510 or by U.S. Postal Service to 35 Commerce Way, Suite 1, Dover, DE
19904. A COPY of this form must be retained in the student’s file to document compliance with the Title I, Part C federal program
requirements.



DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN DE
DELAWARE
TITULO I, PARTE C
Encuesta de Trabajo Agrícola

English/Spanish

Fecha: _____

Estimado Padre/Madre o Adulto responsable del estudiante,

Para ayudar mejor a su hijo/a, _____, nuestro DISTRITO: _____ y nuestra ESCUELA: _____ asisten a El Departamento de Educacion de Delaware a identificar los estudiantes que califican para ayuda academica y apoyo adicional. Su respuesta permanecera confidencial y sera usada solo para planear servicios. Favor de llenar este formulario y devolverlo a la escuela de su hijo/a.

1. ¿En los últimos 3 años, su familia se ha cambiado de: a) un *distrito escolar* a otro; b) un estado a otro; c) otro país a Estados Unidos?

_____ SÍ _____ NO

Si es "NO", no complete el resto de esta encuesta. Si es "SI", por favor continúe.

2. ¿El motivo de este cambio ha sido por **buscar o aceptar** un empleo en una actividad agrícola o de pesca, o en alguna de las actividades enlistadas abajo? Conteste aunque tenga otro tipo de trabajo actualmente.

_____ SÍ _____ NO

Si es "SI", por favor marque todo lo que corresponda si usted, su esposo/a u otro miembro del hogar ha trabajado en/con:

Granja	Rastro/ Carniceria	Cultivar Césped	Invernadero
Lechería	Procesar carne/pescado	Empacar carne/alimentos	Plantar y cultivar árboles
Rancho	Cultivo de Arandanos	Granja de Hongos	Procesar alimentos
Enlatadora	Jugo Fresco/Congelado	Plantar, pizar o empacar	Procesar limento para mascota
Gallineros	Pescado y Marisco	frutas, vegetales, semillas, o	Desyerbar o preparar el terreno
Planta de Pollo/Pollera	Frutas secas/especias	nueces	para plantar

Favor de anotar otro trabajo/actividad agrícola o de pesca que usted, su esposo/a u otro miembro del hogar haya realizado:

Anote todos los niños y jóvenes entre **3-21 años de edad** en el hogar, incluyendo los que no asisten a la escuela:

Nombre y Apellido	Fecha de Nacimiento	Edad	Grado	Escuela

Padre/Madre o Adulto responsable del estudiante: _____

Dirección: _____ Ciudad _____ Zip _____

Teléfono 1: _____ Teléfono 2 _____ Hora: _____ AM/PM

DISTRICTS: The ORIGINAL document must be submitted to the Delaware Department of Education **Migrant Education Program Office** within 10 days of the student's enrollment by **State Mail Code N510** or by U.S. Postal Service to **35 Commerce Way, Suite 1, Dover, DE 19904**. A COPY of this form must be retained in the student's file to document compliance with the Title I, Part C federal program requirements.



DISTRITO ESCOLAR COLONIAL FORMULARIO DE VERIFICACIÓN DE RESIDENCIA

Yo _____ y _____ verificamos
Nombre del Propietario/Arrendatario Nombre del Padre/Guardián/Cuidador

que _____ y _____
Padres/Guardián/Cuidador Niño/a (nombre y apellido)

Niño/a (nombre y apellido)

Niño/a (nombre y apellido)

han residido conmigo en la siguiente dirección desde: _____
Fecha

No. de Casa y/o Apartamento Calle

Ciudad/Estado Código Postal Número de Teléfono

y permanecerán en esta dirección hasta _____
Fecha

Además estamos de acuerdo en notificar a la escuela del estudiante inmediatamente si la residencia del estudiante cambia.

Ambas firmas del Propietario/Arrendatario con los padres/tutores/cuidadores deben ser verificados en presencia de un notario público.

Firma del Propietario/Arrendatario Fecha Firma del Padre/Guardián/Cuidador Fecha

NOTARIO PÚBLICO

Jurado y firmado delante de mi este _____ día de _____, _____

Notario Público

Mi comisión expira: _____

***ADJUNTE UNA COPIA DE UNA CUENTA RECIENTE DE ELECTRICIDAD, AGUA, ACUEDUCTO O EL CONTRATO DE ARRENDAMIENTO O DE DOMICILIO FIRMADO
ESTA PRUEBA ESTÁ SUJETA A VERIFICACIÓN, INCLUYENDO VISITAS A LA CASA.**



FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE INFORMACIÓN DE JÓVENES CONECTADOS CON EL SERVICIO MILITAR 2025 – 2026

A partir del año escolar 2016 – 2017, todas las escuelas públicas de Delaware están obligadas a identificar todos los años a los estudiantes inscriptos que son “jóvenes conectados con el servicio militar” según el **Código Administrativo de DE**, Título 14, 932, 14 **Del.C.** Capítulo 1, §122 (b)(28), 10 U.S.C. §101(d) (2014), y la ley reautorizada Every Student Succeeds (2015), 20 U.S.C. 6301 et seq. para poder brindar a su estudiante recursos y servicios adicionales si es necesario.

Lea las siguientes afirmaciones y marque la casilla correspondiente a continuación.

- Este formulario debe completarlo todos los años un padre, madre, padrastro o madrastra.
- Si su estudiante no es un “joven conectado con el servicio militar”, marque la tercera casilla, “No corresponde”.

MARQUE UNA DE LAS SIGUIENTES:

“**Servicio activo**” **FEDERAL** – Soy padre, madre, padrastro o madrastra y soy miembro en “**servicio activo**” de las Fuerzas Armadas (Ejército de Estados Unidos, Marina de Guerra de Estados Unidos, Fuerza Aérea de Estados Unidos, Cuerpo de Infantes de Marina de Estados Unidos o Guardia Costera de Estados Unidos) según 10 U.S.C. §101(d) (2014), y la ley reautorizada Every Student Succeeds (2015), 20 U.S.C. 6301 et seq.

“**Servicio activo / Jubilado/a reciente / Reserva / Se identifica como veterano/a con discapacidad / Fallecido/a en acción**” **ESTATALES** según el **Código Administrativo de DE**, Título 14, 932, 14 **Del.C.** Capítulo 1, §122 (b)(28), 10 U.S.C. §101(d) (2014).

- Soy padre, madre, padrastro o madrastra y miembro en servicio activo de la Guardia Nacional, la Oficina Nacional de Administración Oceánica y Atmosférica o Servicio de Salud Pública de Estados Unidos.
- Soy padre, madre, padrastro o madrastra o hay otro pariente directo como un hermano/a u otro **que resida en el mismo hogar** que presta servicios en el componente de reserva, se identifica como veterano/a con discapacidad, falleció en acción o se jubiló recientemente (dentro de los 18 meses antes del 30 de septiembre del año escolar actual) de una organización de las fuerzas armadas de Estados Unidos. Tales organizaciones son: Ejército de Estados Unidos, Fuerza Aérea de Estados Unidos, Cuerpo de Infantes de Marina de Estados Unidos, Marina de Guerra de Estados Unidos, Guardia Nacional, Guardia Costera de Estados Unidos, Oficina Nacional de Administración Oceánica y Atmosférica o Servicio de Salud Pública de Estados Unidos.
- Hay un pariente directo, que incluye hermanos/as o cualquier persona **que resida en el mismo hogar** que es miembro en servicio activo del Ejército de Estados Unidos, Fuerza Aérea de Estados Unidos, Cuerpo de Infantes de Marina de Estados Unidos, Marina de Guerra de Estados Unidos, Guardia Nacional, Guardia Costera de Estados Unidos, Oficina Nacional de Administración Oceánica y Atmosférica o Servicio de Salud Pública de Estados Unidos.

NO CORRESPONDE

Nombre del/la estudiante: _____

Grado: _____

Nombre de la escuela: _____

Nombre del maestro/a principal: _____

Devuelva este formulario al maestro/a principal de su estudiante antes del lunes 22 de septiembre de 2025.



DEPARTMENT OF EDUCATION

Townsend Building
401 Federal Street Suite 2
Dover, Delaware 19901-3639
DOE WEBSITE: <http://www.doe.k12.de.us>

Susan S. Bunting, Ed.D.
Secretary of Education
Voice: (302) 735-4000
FAX: (302) 739-4654

Departamento de Educación de Delaware - Encuesta sobre el idioma que se habla en el hogar

Fecha: _____

Escuela: _____

Spanish

El Departamento de Educación de Delaware exige a las escuelas que determinen el/los idioma(s) que los estudiantes hablan en el hogar. La información proporcionada solo será utilizada para decidir si el estudiante reúne los requisitos para comenzar el proceso de adquisición del inglés como segunda lengua y no será utilizada para temas relacionados con la inmigración ni se informará a las autoridades migratorias.

Información sobre el estudiante

Nombre:		País de origen:	
Apellido:		Fecha de ingreso en EE. UU.:	
Fecha de nacimiento:		Fecha en la que el estudiante se inscribió por primera vez en una escuela de EE. UU.:	

Haga un círculo en los grados a los que su hijo asistió en escuelas de EE. UU.

PK K 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

¿Durante cuántos meses el estudiante ha estado inscripto en una escuela de EE. UU? _____

1. ¿Cuál fue el primer idioma que aprendió su hijo?

Idioma: _____ | Dialecto: _____

2. ¿Cuál es el idioma que su hijo usa con mayor frecuencia en el hogar?

Idioma: _____ | Dialecto: _____

3. ¿Cuál es el idioma que usted utiliza con más frecuencia para hablar con su hijo?

Idioma: _____ | Dialecto: _____

4. ¿Qué idioma (s) aparte del inglés se hablan en su casa?

Idioma: _____ | Dialecto: _____

5. ¿Con qué idioma preferiría recibir información de la escuela?

Idioma: _____ | Dialecto: _____

Nombre del padre

Firma del padre

Fecha

LEA : Please have all families complete this home language survey at the student's initial enrollment in school. This form must be signed and dated by the parent or guardian and kept in the student's file. (If a language other than English or Non-US English is listed on questions 1-3, the LEA must continue with a records review, step 2 of the English learner identification process.)



Delaware McKinney-Vento Student Residency Questionnaire

This **Student Residency Questionnaire** is intended to address the McKinney-Vento Act. Your answers will help the school personnel determine residency documents necessary for enrollment of this student. Information provided on this form is confidential.

Name of Student: _____ D.O.B.: _____ Grade: _____ Male Female

Name of Current School: _____ Name of Last School: _____

Is your current address a **temporary** living arrangement? Yes No

If you answered 'YES', please complete all questions on this form.

If you answered 'No', you may stop here. You do not need to complete this form.

1. Do you live in any of these following situations?

Sharing the housing of other persons due to: (check one)

Loss of housing, economic hardship or a similar reason (example: evicted, lost job, etc.)

Explain: _____

Long-term, cooperative living arrangement to save money or a similar reason

Other (please specify): _____

In a motel, hotel, campground or similar setting due to: (check one)

Lack of alternative adequate accommodations,

Explain: _____

A convenient living arrangement or waiting for apartment or house to be ready

Other (please specify): _____

In an emergency or transitional shelter such as a domestic violence shelter or a homeless shelter or transitional housing or other shelter

Have a primary nighttime residence that is a place not designed for or ordinarily used as a regular sleeping accommodation for humans

In a car, park, public space, abandoned building, substandard housing, bus or train station, or similar setting

None of the above

2. How long do you anticipate living at this location? _____

3. The student lives with:

Parent(s) or legal guardians(s)

Relative(s), friend(s), or other adults(s) who are not the parent or the legal guardian

Alone with no adults

4. Please list the name and ages of any children living with you that you have guardianship of:

A. _____ C. _____

B. _____ D. _____

I am the parent/legal guardian of _____, who is of school age and who is seeking enrollment in the school district.

I understand that presenting a false record of falsifying records is an offense under Federal and state laws and enrollment of the child under false documents subjects the person to liability for tuition and other costs.

Printed Name: _____

Signature: _____ Date: _____ Email: _____

Address: _____

Phone Number with Area Code: _____ Emergency contact Phone Number with Area Code: _____