

# **DISTRITO ESCOLAR DE RIVER ROUGE**

## **REQUISITOS PARA INSCRIPCIÓN EN EL DISTRITO**

1. FORMAS DE REGISTRO DEL DISTRITO
2. TARJETA DE EMERGENCIA
3. FORMAS DE SOLICITUD DE REGISTROS
4. FORMAS DE VERIFICACIÓN DE EXPULSIÓN
5. FORMAS DE LIBERACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE SALUD
6. ENCUESTA DE LENGUAJE DOMÉSTICO
7. CONSENTIMIENTO PARA CLASES VIRTUAL
8. ENCUESTA PARA EL HOGAR / FORMAS DE ALMUERZO  
(solo se necesita 1 solicitud por familia)
9. FORMAS DE CONEXIÓN DE PADRES (Opcional: solo se necesita 1 solicitud por familia)
10. POLÍTICA DE UNIFORME
11. FORMAS DE EDUCACIÓN ESPECIAL / FORMAS DE LIBERACIÓN (si corresponde)

### **Se requiere que el padre / tutor traiga los siguientes documentos para la inscripción:**

- **CERTIFICADO DE NACIMIENTO** (Original con sello)
- **IMAGEN DE I.D.** (requerido para la prueba de paternidad)
- **REGISTROS DE INMUNIZACIÓN**
- **TRANSCRIPCIONES** (grados 9-12) / **CALIFICACIONES DE ESCUELA** (grados K-8)
- **PRUEBA DE RESIDENCIA - ACTUAL** [Factura de servicios públicos, recibo de alquiler, contrato de arrendamiento, documentos de hipoteca o correo de EE. UU. (DEBE contener su nombre y dirección)]
- **FÍSICO** (vigente en el último año y debe estar firmado por el médico)
- **I.E.P., M.E.T. & R.E.E.D.** Informes de educación especial (si corresponde)  
**[Educación especial. Las inscripciones NO se pueden completar sin estos documentos]**

**Página Dejada en  
Blanco  
Intencionalmente**



River Rouge School District
Registration Form

OFFICE USE ONLY
Student #
Entry Date
Birth Cert: Yes No
YOG
Immunization Records:
UIC Number

La fecha de hoy: Entrando Grado:

Escuela de Elección / Fuera de Estudiante del Distrito?
¿Este estudiante es su hijo/a adoptivo?

Información del Estudiante

Nombre del estudiante: Último Primero Medio

Otros apellidos estudiante puede utilizar:

Sexo: Masculino Mujer Doble: # 1 # 2
Cumpleaños: Mes / Día / Año Lugar de nacimiento: Estado De La Ciudad

Raza: (debe elegir una)
Hispano o Latino No Hispano o Latino
Raza: (elija uno o más, independientemente del grupo étnico)
indio o de Alaska Indígena de América (1)
Blanco / Caucásico (2)
Negro o afroamericano (4)
Asiático (5)
Nativo de Hawai u otras islas del Pacífico (8)

¿Tiene el estudiante hablar con fluidez Inglés? Sí No Si no, ¿qué language?

¿Qué idioma es hablado por la Sociedad Dominante / Tutores s? Inglés Español Otro

¿Qué idioma se habla en casa? Inglés Español Otro

\*Si su hijo nació fuera de los U.S. y sus territorios, introduzca la primera fecha en una escuela de Estados Unidos:

Mes / Día / Año

Dirección / Teléfono / Residencia Información

Dirección: Número / nombre de calle Ciudad Cremallera

¿Es esta una dirección temporal? Sí No

Número Telefónico: Número de teléfono celular:
Listed: Sí No

Consentimiento para divulgar información: TODOS los datos y fotos Datos solo
Fotos solo NO datos o imágenes

Información Transporte

Bus #: Recogida Stop: Hora de salida:

Contactos que residen en el hogar con Estudiantes

Nombre del Padre (Guardian / O tros):

Celular / Trabajo Número de Teléfono: Relación con el estudiante:

Nombre del Padre (Tutor / Otro):

Celular / Trabajo Número de Teléfono: Relación con el estudiante:

Padre / Tutor Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Padres Nivel Educativo (Indique Nivel por número): \_\_\_\_\_ Hombre \_\_\_\_\_ Female

1 - Diploma Universitario

2 - Master

3 - Doctorado

4 - Escuela Primaria

5 - Escuela Media

6 - Escuela Secundaria

7 - Otros

Relación con el estudiante:  Auto  Ambos Padres  Padre / Madrastra  Madre / Padrastro

Padre Sólo  Madre Sólo  Tutor Legal  Corte Colocado

Relativa  Foster Inicio  Divorciado, Custodia Compartida

¿Padre o tutor activo en el ejército? Que rama? \_\_\_\_\_  No

Una re interesado Parent Connect?  Sí  No (En caso afirmativo, completar y devolver en forma de paquetes)

### Contactos de Emergencia

Emergencia Persona de Contacto: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa # ( ) \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Emergencia Persona de Contacto: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Teléfono # de casa # ( ) \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

### Inscripción Anterior

Nombre de l'ast estudiante school asistió: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono #( ) \_\_\_\_\_ Fax #( ) \_\_\_\_\_

¿Se ha suspendido el estudiante de la escuela?  Sí  No Expulsado de la escuela?  Sí  No

En caso afirmativo, indique el motivo de la suspensión y / o expulsión \_\_\_\_\_

Número de días suspendido \_\_\_\_\_ Ates de Expulsión \_\_\_\_\_

### Información sobre la Salud

Cualquier condiciones conocidas de la salud: \_\_\_\_\_

Tratamiento:  Medication/casa  Medication/escuela  Inhalador w/estudiante  inhalador/oficina  Otros \_\_\_\_\_

### Educación Especial

**\* Estudiantes de Educación Especial se necesitan un IEP, MET y todos las formas de evaluación al momento de inscripción:**

Fue su hijo elegible para la Educación Especial?  Sí  No

Servicios Especiales a su estudiante recibió en la escuela anterior: (Por favor marque todo lo que corresponda)

Discurso  Rm recursos.  Trabajador Social  Ed especial. / Apoyo a maestros

Título 1  Recuperación de Lectura  Otro \_\_\_\_\_

¿Cómo se enteró acerca del River Rouge Escuelas? \_\_\_\_\_

Yo afirmo que como padre/tutor legal, toda la información proporcionada es verdadera y exacta y que mi hijo y yo resido en la dirección indicada. Entiendo que cualquier información falsa proporcionada por mí, puede ser objeto de sanciones penales por perjurio.

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre / Tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Distrito Escolar Rouge River**  
*Tarjeta de Procedimiento de Emergencia*  
**POR FAVOR IMPRIMIR**

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono de la casa: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Enfermedades crónicas: \_\_\_\_\_ Alergias: \_\_\_\_\_

Contacto de Emergencia #1: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Contacto de Emergencia # 2: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Contacto de Emergencia # 3: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Médico de Familia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Yo doy permiso al Distrito Escolar Rouge River para asegurar el tratamiento médico quirúrgico y / o emergencia de emergencia para el niño menor de edad nombrado arriba mientras que en la atención. El tratamiento médico no es de emergencia o cirugía electiva no está incluido en esta autorización.

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre / Tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha Firmado

**Distrito Escolar Rouge River**  
*Viaje de estudios y lanzamiento del Formulario de Información*

Mi hijo, \_\_\_\_\_, Tiene permiso para ir en las excursiones programadas con su / su clase y / o en la escuela, durante este año escolar.

Yo entiendo que él / ella va a viajar en la escuela distrito aprobado transporte y t sombrero de la escuela ejercerá todas las precauciones razonables. Entiendo que mi hijo sólo se dará a conocer a la persona (s) a continuación y que debe presentar una identificación con fotografía antes de la liberación del niño.

1. \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

El Distrito Escolar Rouge River es el permiso ing solicitud de foto / imagen de su hijo y / o los datos que se publicará en el distrito y / o escuela 's web, material promocional, artículos, o en cualquier otro medio, sin compensación alguna para los padres (s) / tutor (s).

Por favor, c diabllos una de las siguientes opciones:

**TODOS** los datos y fotos       Datos SOLAMENTE       Fotos SOLAMENTE       **NO** datos o imágenes

Al firmar abajo, doy Distrito Escolar Rouge River los derechos indicados anteriormente.

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre / Tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha Firmado

**Página Dejada en  
Blanco  
Intencionalmente**

## Distrito Escolar de la Ciudad de River Rouge

### SOLICITUD de REGISTRO [Record Request]

1460 W. Coolidge Hwy.  
River Rouge, MI 48218  
Telefono – 313-297-9600

FECHA: \_\_\_\_\_

ÚLTIMA ESCUELA QUE ASISTIÓ: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

CUIDAD/ESTADO/CÓDIGO POSTAL: \_\_\_\_\_

NUMERO DE TELÉFONO: \_\_\_\_\_ NUMERO DE FAX: \_\_\_\_\_

Confirmado con el derecho público 93-380, la seccion 438 de la Le de Derechos Educativos de la Familia y prívace: por favor proporcione toda los registros relativos a:

\_\_\_\_\_  
Nombre de los estudiantes (letra de imprenta)                      Grado                      Fecha de nacimiento

**Atencion: el estudiante mencionado se ha inscrito en nuestro Distrito escolar a través de la “Escuela de Eleccion [School of Choice]”.**

#### El expediente se adentara a la escuela marcados cabajo:

\_\_\_ Ann Visger K-5 Preparatory Academy  
12111 W. Jefferson Ave.  
River Rouge, MI 48218  
Fax: 313-297-5694

\_\_\_ River Rouge High School (9-12)  
1460 W. Coolidge Hwy.  
River Rouge, MI 48218  
Fax: 313-297-7322

\_\_\_ Clarence B. Sabbath Middle School (6-8)  
340 Frazier Street  
River Rouge, MI 48218  
Fax: 313-297-5695

\_\_\_ RR STEM Academy at Dunn (K-8)  
163 Burke  
River Rouge, MI 48218  
Fax: 313-297-0541

Signature of Authorized Official: \_\_\_\_\_

**For Office Use Only:**

**Date Request Sent:** \_\_\_\_\_ **Time Faxed:** \_\_\_\_\_ **Mail:** \_\_\_\_\_ **Date Received:** \_\_\_\_\_

**Página Dejada en  
Blanco  
Intencionalmente**



**Distrito Escolar de la Ciudad de River Rouge**  
**Departamento de Programas Especiales y Servicios para Estudiantes**

1460 W. Coolidge Hwy.  
River Rouge, MI 48218  
Phone – 313-297-9600  
Fax – 313-842-8790

**VERIFICACIÓN DE LA EXPULSIÓN DEL ESTUDIANTE**

Comenzando Enero 1, 1985 la ley estatal require que los padres o tutores que se matriculan a sus hijos en un distrito escolar deben certificar que la persona inscrita no ha sido expulsado de cualquier distrito escolar.

Si un individuo ha sido expulsado, se requeriria una revisión por el director de los servicios especiales.

Fecha: \_\_\_\_\_

Certifico que mi hijo, \_\_\_\_\_, **no ha sido expulsado** de cualquier distrito escolar.

Mi hijo, \_\_\_\_\_, **fue expulsado** del distrito escolar \_\_\_\_\_

La razón de la expulsión era:

- \_\_\_\_\_ Académico
- \_\_\_\_\_ Incendio Provocado
- \_\_\_\_\_ Violacion
- \_\_\_\_\_ Armas
- \_\_\_\_\_ Otro (explique abajo)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Padre /Tutor

**Página Dejada en  
Blanco  
Intencionalmente**

# DISTRITO ESCOLAR DE RIVER ROUGE

Consentimiento para la divulgación de información de inmunización a los departamentos de salud locales y estatales

Las vacunas son una parte importante para mantener a nuestros niños saludables. Las escuelas y los departamentos de salud estatales y locales deben monitorear los niveles de inmunización para garantizar que todas las comunidades estén protegidas de enfermedades potencialmente mortales y, si es necesario, responder con prontitud a una amenaza emergente para la salud pública. Es importante que las amenazas de enfermedades se minimicen mediante el monitoreo de los estudiantes que están siendo inmunizados.

El intercambio de vacunas e información de identificación personal, incluido el nombre de los estudiantes, la fecha de nacimiento, el sexo y la dirección con los departamentos de salud locales y estatales ayudará a mantener a su hijo a salvo de enfermedades prevenibles por vacunación. La Ley de Privacidad y Derechos Educativos de la Familia (FERPA), 20 U.S.C. § 1232g, requiere el consentimiento por escrito de los padres antes de que la información de identificación personal de los registros educativos de su hijo se divulgue al departamento de salud. Si su hijo tiene 18 años o más, él o ella es un "estudiante elegible" y debe dar su consentimiento para la divulgación de información de sus registros de educación.

Puede retirar su consentimiento para compartir esta información por escrito en cualquier momento.

---

Autorizo a RIVER ROUGE SCHOOL DISTRICT a liberar mi registro de vacunación del niño al Departamento de Salud y Servicios Humanos de Michigan y al Departamento de Salud Local. Entiendo que esta información se utilizará para mejorar la calidad y la puntualidad de los servicios de inmunización y para ayudar a las escuelas a cumplir con la Ley de Michigan. Esto incluye cualquier información de inmunización e información personal de identificación limitada de la escuela.

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_ / \_\_ / \_\_

Firma del padre / tutor  
o estudiante elegible: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_ / \_\_ / \_\_

Nombre del padre / tutor impreso: \_\_\_\_\_

**Página Dejada en  
Blanco  
Intencionalmente**

# ENCUESTA SOBRE EL IDIOMA DEL HOGAR APROBADA POR LA JUNTA ESTATAL DE EDUCACIÓN\*

El **distrito escolar de River Rouge** está recolectando información sobre los antecedentes lingüísticos de cada estudiante. Esta información será utilizada por el distrito para determinar la cantidad de niños a quienes se les debe proporcionar instrucción bilingüe de acuerdo con las Secciones 380.1151-380.1158 del Código Escolar de 1976, la Ley de Educación Bilingüe de Michigan. ¿Podría ayudarnos a proporcionar la siguiente información?

Muchas gracias por su cooperación. showcase

Nombre de Estudiante: \_\_\_\_\_

Grado : \_\_\_\_\_ Edad : \_\_\_\_\_

Edificio Escolar: \_\_\_\_\_

1. ¿El idioma nativo de su hijo es un idioma diferente al inglés?

Sí

No                      ¿Cuál es ese idioma? \_\_\_\_\_

2. ¿El idioma principal(1) utilizado en el hogar o el entorno de su hijo es un idioma distinto al inglés?

Sí

No                      ¿Cuál es ese idioma? \_\_\_\_\_

3. ¿Dónde nació el estudiante? \_\_\_\_\_

4. Si nació fuera de los Estados Unidos, ¿Cuándo entró el estudiante en una escuela de los Estados Unidos? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre o Tutor

\_\_\_\_\_  
Dirección

\_\_\_\_\_  
Fecha

1 "Idioma principal" significa "lenguaje dominante utilizado por la persona para comunicarse."

\* La traducción de este formulario de encuesta en español, árabe, francés, italiano y ojubwa está disponible en la oficina de Field Service.

**Página Dejada en  
Blanco  
Intencionalmente**

# Escuelas de River Rouge

## Consentimiento de los padres para la inscripción en Cursos virtuales

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_

Entiendo el compromiso y la responsabilidad requerida de los cursos en línea.

Además, entiendo que las Escuelas de River Rouge proporcionarán lo siguiente para ayudar a asegurar la finalización exitosa y ayudar a promover la progresión de grado.

- Todos los cursos tomados y aprobados generarán crédito para el diploma de la escuela secundaria o la progresión de grado.
- Algunos cursos tomados en línea provendrán de un catálogo aprobado por la junta o un catálogo de cursos virtuales en todo el estado. Algunos de estos cursos pueden requerir una interacción semanal de dos maestros con mentores.
- El distrito creará un Plan de Desarrollo Educativo que se mantendrá archivado para los estudiantes que toman más de dos clases en computadora por semestre.
- Algunos cursos virtuales se tomarán usando un programa de software en el lugar donde el maestro está en la sala de monitoreo de los estudiantes. Se requiere asistencia diaria.

Al firmar esta forma, doy mi permiso para permitir que mi hijo se inscriba en cursos en computadora a través de las Escuelas de River Rouge cuando sea apropiado.

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre / Tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Página Dejada en  
Blanco  
Intencionalmente**



River Rouge Schools  
 ATTN: Mary Kirkpatrick  
 1460 W. Coolidge Hwy  
 River Rouge, MI 48218  
 Phone: 313-297 9606  
 Email: mary.kirkpatrick@aramark.com

## Application for Title 1 and 31A Educational Benefits Household Information Survey

*SCHOOL USE ONLY*  
 Approved for:  
 1  2

River Rouge Schools is participating in the Community Eligibility Option (CEO) provision under the National School Lunch Program. Under CEO, all children in the school will receive a breakfast/lunch at no charge regardless of completion of this form. However, to determine eligibility for various additional state and federal program benefits that your child(ren) may qualify for, please complete, sign and return this application to the Enrollment office, located at River Rouge High School.

**If any member** of your household receives Food Assistance Program (FAP), Family Independence Program(FIP), or FDPIR, provide the name and case number for the person who receives benefits. Bridge Card Numbers and Medicaid Numbers are NOT ACCEPTABLE case numbers.

Name: \_\_\_\_\_ Case Number: \_\_\_\_\_

**INSTRUCTIONS:** Complete survey and return to your child's school or mail to the address listed above.

**These sections must be completed by the head of household or designee.**

**1. SIZE OF FAMILY** - Indicate the total number of individuals living in your household, including all adults and children \_\_\_\_\_

**2. STUDENT INFORMATION** – Complete for each student Pre-K through 12th Grade

Last Name	First Name	Birth Date MM-DD-YYYY	School	Identify H if Homeless M if Migrant R if Runaway F if Foster
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				

**If you need additional lines, attach a second sheet to this survey or attach a copy of this survey clearly marked as a Page 2.**

**3. TOTAL MONTHLY HOUSEHOLD INCOME** – Report income for all members of household excluding Foster Children. If you have reported a case number above, you do not need to fill in this section. Simply sign and date form.

Type of Income	Income	Circle if No Income
1. Gross Monthly Earnings: Wages, Salary, Commissions	\$	None
2. Monthly Welfare Payments, Child Support, Alimony	\$	None
3. Monthly Payments from Pensions, Retirement, Social Security	\$	None
4. Monthly Dividends or Interest on Savings	\$	None
5. Monthly Worker's Compensation, Unemployment, Strike Benefits	\$	None
6. Other Monthly Income (SSI, VA, Disability, Farm, other)	\$	None
<b>Total Monthly Household Income (Add lines 1-6)</b>		\$

**4. SIGNATURE** - If Income Section is completed, the adult signing the form must also list the last four (4) digits of his or her Social Security Number or check the "I do not have a Social Security Number" box below.

I certify (promise) that all information on this application is true and that all income is reported. I understand that the sponsor will be eligible for certain federal and/or state funds based on the information I give. I understand that sponsor officials may verify (check) the information. I understand that if I purposely give false information, my child may lose benefits and I may be prosecuted.

Sign Here: X \_\_\_\_\_ Print Name: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**Last Four (4) Digits of Adult Social Security Number:** XXX-XX-\_\_\_\_\_  I do not have a Social Security Number

Address \_\_\_\_\_ City \_\_\_\_\_ Zip Code \_\_\_\_\_

Home Phone _____	Work Phone _____	Email Address _____
------------------	------------------	---------------------

By providing your email address, you may be contacted via email by the district.

**Página Dejada en  
Blanco  
Intencionalmente**

# Padres Conectados



## Información del Padre

Nombre del Padre/Guardián: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_

Número de Celular: \_\_\_\_\_

Nombre del Padre/Guardián: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_

Número de Celular: \_\_\_\_\_

Estudiantes Asistiendo Escuelas de River Rouge:

Nombre de Estudiante	Escuela que Asiste	Grado

\_\_\_\_\_ E leído y estoy de acuerdo con la Póliza de Padres Conectados.

\_\_\_\_\_  
(Firma del Padre)

Fecha: \_\_\_\_\_

(Volitar)

# Distrito Escolar de River Rouge

## Polica de Privacidad

El Distrito Escolar de la Ciudad de River Rouge no intimida información personal y es cometido a proteger toda información. Esta declaración explica nuestras políticas y las practicas con respecto al uso y la revelación de la información personal reunidas por usted pro este sitio Web. Tenemos cuidado cómo utilizamos o revelamos información personal, nosotros revisaremos y actualizaremos la Política de Intimidad como sea necesitado. Sometiendo información personal, consiente en, el uso y la revelación de esa información como explicada abajo.

1. **Información personal.** Tiene control sobre su información personal. En general, puede visitar nuestro sitio Web sin proporcionamos información personal. Sin embargo, nosotros debemos tener su información para que usted pueda conseguir acceso a ciertos programas por este sitio Web. Esta información solicitada puede incluir los datos de matrícula como su nombre, la dirección, número de teléfono y correo electrónico. Por favor no someta Información Personal si es menor de 18 años de la edad.
2. **Lazos externos.** El Distrito Escolar de River Rouge acogerá ParentConnect y sistemas de Teleparent pr un lazo externo con Wayne RESA. El Distrito Escolar de River Rouge no es responsable de las políticas de intimidad ni prácticas en el contenido de tales lazos externos. Estos lazos externos le son proporcionados solo para su conveniencia y usted conseguirá acceso a en su propio riesgo.

### TERIMOS DE USO

1. **La aceptación de Términos del Uso.** Utilizando el sitio Web, concuerda en aceptar y conformarse con los términos y condiciones del uso como indicado abajo ("Términos del Uso"), que el Distrito Escolar de River Rouge puede actualizar en tiempo sin nota. Por favor note que el Distrito Escolar de River Rouge puede, en su única discreción, termina su acceso a este sitio Web en tiempo sin aviso.
2. **El Derecho Limitado de Utilizar.** Este sitio Web es poseído y es operado por el Distrito Escolar de River Rouge. Al menos que de otro modo especificado, todos los materiales en este sitio Web sean de la propiedad del Distrito Escolar de River Rouge. Ninguno material publicado por el Distrito Escolar de River Rouge en este sitio Web, en el total ni en parte, puede ser copiado, reproducido, modificado, reeditado, cargado, anunciado, transmitido, distribuido en cualquier forma o por cualquier medio sin permiso escrito previo del Distrito Escolar de River Rouge.
3. **El Nombre de Usuario y Las Contraseñas y Actividades del Distrito.** Conseguir acceso a cierto contenido en nuestros sitios Web puede ser permitido por el uso de un nombre de usuario y una contraseña. Conseguido acceso a utilizar nuestros sitios Web protegido y asegurado, concuerda en mantener la confidencialidad del nombre de usuario y la contraseña que usted seleccionó para conseguir acceso a tales sitios. Es únicamente responsable de mantener la confidencialidad de cualquier nombre de usuario y contraseña que usted escoge o ha sido escogido por su administrador Web en su beneficio, para conseguir acceso a nuestros sitios web así como cualquier actividad que ocurre bajo su nombre de usuario/contraseña. Usted no maltratará ni compartirá su nombre de usuario ni la contraseña. En este contexto, estos sistemas son para el uso autorizado a hacer actividades distrito-relacionados. Cualquier persona que utiliza estos sistemas por los presentes consentimientos a la vigilancia del distrito. Las infracciones son motivos para la disciplina o la referencia al personal de la ley.
4. **Vigilancia.** Aunque el Distrito Escolar de River Rouge no sea obligado a hacer así, tendrá el derecho de revisar sus comunicaciones en este sitio Web para determinar si usted se conforma con nuestros Términos del Uso.
5. **Comunicaciones.** Menos cualquier revelación por usted para propósitos técnicos de apoyo, o como especificado en nuestra Declaración de Intimidad, todas las comunicaciones de usted a este sitio Web serán consideradas no confidencial y no propietario. Es únicamente responsable del contenido de sus comunicaciones y su legalidad bajo todos las leyes y regulaciones. Concuerda en no utilizar este sitio Web para distribuir, el lazo a ni solicitar contenido que es difamatorio, acoso ilegal, difamatorio, perjudicial a menores, amenazar, obsceno, falso, descaminar, o infringir el intelectual de un terceros o derechos de intimidad.

# La Política Uniforme del Distrito Escolar de River Rouge

**Los estudiantes que sean matriculados en grados K-8 deben llevar puesto el uniforme y seguir pautas.** Los estudiantes de la preparatoria/ padres deberían ponerse en contacto con la Principal si tienen cualquier pregunta. Las pautas siguientes fueron diseñadas para:

- Promover la seguridad escolar.
- Desminuir acoso, intimidación, novatadas, travesuras, y bromas pesadas.
- Desminuir distracciones e interrupciones, que están basadas en aspecto personal, conducta, cepillar, higiene, y atuendo que podría interferir con la educación de otros estudiantes.
- Prevenir la ropa, la joyería y el aspecto general que constituyen una salud o el riesgo de seguridad a los estudiantes o son provocativos o indecentes.
- Criar una actitud de respeto para autoridades, mejorar la moral y preparar a estudiantes para entrar en el personal que a menudo tiene reglas en cuanto a vestido, conducta y aspecto.

Los administradores escolares pueden declarar días de espíritu y permitir que estudiantes lleven puesta plalleras o sudaderas de otro tipo o días de gala, como cuando los cuadros escolares son programados. Otras preguntas sobre uniformes deberían ser mandadas a los administradores escolares. Los administradores escolares tomarán la decisión final en cuanto a la propiedad de ropa.

## Pautas para Uniformes

La ropa transparente, la indumentaria ceñida inadecuada, atuendo que expone la sección de en medio, o la ropa o la indumentaria que es considerada insegura, peligrosa, o un peligro para la salud es prohibida – aun si esto por otra parte sigue el código de vestido de uniforme de estudiante. La ropa debe encontrar todas las pautas unifórmales sin tener en cuenta la información de etiqueta.

## Color del Uniforme

Los colores del uniforme son como sigue: blusas blancas, azules claras o azul marino, camisas, cuellos de cisne y suéteres; y pantalones azul marino o negros, pantalones cortos, faldas, y saltadores.

## Código de Vestido Uniformal

El Distrito Escolar de River Rouge tiene un Código de Vestido Uniformal obligatorio para estudiantes en grados K-8. Las pautas que deberían ser usadas seleccionando el atuendo para su niño/as son como sigue:

Niñas		Niños	
Saltador/Vestido/ (Longitud a la rodilla)	Falda Azul marino o Negro	Pantalones Negros/Azul Marino	Pantalones Cortos (Longitud a la rodilla)
Pantalones cortos/ Capris (Longitud a la rodilla)	Azules marino o Negros	Camisas de botones o estilo polo Blanca, Azul Claro, azul Marino	Manga larga/cuello alto Blanca, Azul Claro, Azul Marino
Blusas de botones Blanca, Azul Claro Estilo blusa Polo	Cuello Alto Blanca Azul Marino	Zapatos Oscuros - dedo del pie Cerrado y Talón (Negro, café, o azul marino)	
Zapatos Oscuros - dedo del pie Cerrado y Talón (Negro, café, o azul marino)			

**Página Dejada en  
Blanco  
Intencionalmente**

# HEALTH APPRAISAL

**Dear Parent or Guardian:** The following information is requested so that the school can work with the parent to meet the physical, intellectual and emotional needs of the child. Fill out the information requested in Section I. Section III may be certified by the transcription of information from the certificate of immunization. The remaining sections are to be completed by a doctor, nurse and dentist. **(BE SURE TO BRING YOUR CHILD'S IMMUNIZATION RECORDS TO THE EXAMINATION.)**

## PERSONAL

CHILD'S NAME (Last, First, Middle)	DATE OF BIRTH (mm/dd/yy) / /
ADDRESS (Number & Street) (City) (ZIP Code) MI	TODAY'S DATE (mm/dd/yy) / /
PARENT/GUARDIAN (Last, First, Middle)	HOME TELEPHONE NUMBER ( )
ADDRESS (Number & Street) (City) (ZIP Code) MI	WORK TELEPHONE NUMBER ( )

## SECTION I - HEALTH HISTORY

Yes	No	Resolved	# Is your child having any of the problems listed below?	Birth History:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 Allergies or Reactions (for example, food, medication or other)	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2 Hay Fever, Asthma, or Wheezing	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3 Exzema or Frequent Skin Rashes	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4 Convulsions/Seizures	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5 Heart Trouble	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6 Diabetes	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7 Frequent Colds, Sore Throats, Earaches (4 or more per year)	Are there any current or past diagnosis(es) <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8 Trouble with Passing Urine or Bowel Movements	If yes, please describe:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9 Shortness of Breath	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10 Speech Problems	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11 Menstrual Problems	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12 Dental Problems: Date of Last Exam / /	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Other (please describe): _____	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Does your child take any medication(s) regularly?	If yes, list medications:
Reason for Medication				
_____/_____/_____ <i>Parent/Guardian Signature</i> Date				Was the health history reviewed by a health professional? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <i>Examiner's Initials:</i> _____

## SECTION II - PHYSICAL EXAMINATION, INSPECTION, TESTS AND MEASUREMENTS

Required for Child Care and Head Start / Early Head Start

### Tests and Measurements

No	Yes	Was child tested for:	Test results:	Normal	Referred	Under Care	No	Yes	Was child tested for:	Test results:	Normal	Referred	Under Care
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	VISION Date: ____/____/____	Visual Acuity Muscle Imbalance Other: _____				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HEIGHT & WEIGHT Other: _____	Height Weight Other: _____			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HEARING Date: ____/____/____	Audiometer Other: _____				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HEMOGLOBIN / HEMATOCRIT BLOOD PRESSURE	→ Reading: _____			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	URINALYSIS Date: ____/____/____	Sugar Albumin Microscopic				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TUBERCULIN Date: ____/____/____	Type: _____ Neg.: <input type="checkbox"/> Pos.: <input type="checkbox"/> _____ mm			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	BLOOD LEAD LEVEL Date: ____/____/____	Level _____ ug/dl				<b>NOTE:</b> Blood lead level required for all children enrolled in Medicaid must be tested at one and two years of age, or once between three and six years of age if not previously tested. All children under age six living in high-risk areas should be tested at the same intervals as listed above.						

### Examinations and/or Inspections

Essential Findings Deviating from Normal:
Exam Date: ____/____/____

