

Northshore School District #417
NORTHSHORE MIDDLE SCHOOL (NMS)
12101 NE 160th Street, Bothell, WA 98011
Ph: (425) 408-6718 | Fax: (425) 408-6702
NMS Registrar: rmullinnix@nsd.org

**THE FOLLOWING DOCUMENTS ARE REQUIRED
AT TIME OF ENROLLMENT**

- ☐ District Enrollment Form
- ☐ Request Transfer of Records
- ☐ Copy of Birth Certificate or Passport
- ☐ Proof of Residence (copy of utility bill or lease/mortgage indicating address & guardian name)

Northshore School District required health forms:

- ☐ Health Registration Form
 - ☐ Signed Certificate of Immunization Status & immunization report from physician's office
 - ☐ Immunization Record Sharing
 - ☐ If applicable, Authorization for Medication form
- ☐ 7th and 8th grade students: Provide one of the following from prior school:
Withdraw Slip (if transferring after school year started)
Academic History (if transferring at beginning of school year)
- ☐ Permission to Withhold Student Directory Information (not available for 2018-19 yet)
- ☐ Student Housing Questionnaire (only if applicable)

If your student is a current Special Education student:

- ☐ Completed Special Education Move-In packet
 - ☐ IEP/504 records from prior school (if immediately available)
- ☐ Legal custody restrictions - copy of the current court order or Parenting Plan is required.

NMS Office Use Only

4/18 rm

New Student Packet:

- ☐ Bus Pass
- ☐ Planner
- ☐ Schedule
- ☐ School Map

New Parent Packet:

- ☐ ParentVue ☐ TouchBase ☐ Bus Schedule ☐ Bell Schedule
- ☐ NSD Calendars (sheet/wall) ☐ Attendance Card ☐ School Map
- ☐ PE Uniform Info ☐ Athletics Info ☐ Forms Envelope

- ☐ File/RN Labels ☐ Email Office ☐ W/D cc:Counselor
- ☐ Rec Req Sent ☐ Rec Req Rcvd ☐ OOD State tests > District
- ☐ 504 cc:Counselor ☐ IEP cc: SP ☐ ELL: Copy to EE / ☐ Email to EE/JC
- ☐ Do Not Count (if applicable)

School _____ Service Area _____ Waiver District _____ Class of _____
 Admit Reason _____ Enter Date _____ Bus # to School _____ Bus # from School _____
 Diploma Type _____ Records Requested _____ Records Received _____

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DEL DISTRITO ESCOLAR DE NORTHSHORE

(Rev. 5/10/2017)

DATOS ESTADÍSTICOS BÁSICOS DEL ESTUDIANTE

Grado Escolar _____

Apellido(s) legal _____ Primer nombre legal _____

El apellido por el que lo conocen es _____ Lo apodan de cariño _____

Segundo nombre _____ Fecha de nacimiento _____ Sexo ☐ M ☐ F

Teléfono de su casa (_____) _____ ¿Sin listar? ☐ Sí ☐ No

Celular del estudiante (_____) _____ Correo electrónico del estudiante _____

Domicilio de su hogar _____ Apt # _____

Ciudad _____ Condado _____ Código postal _____

Dirección para correos (si es diferente) _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Parte 1 ¿Es su hijo Hispano o de origen Latinoamericano? (Debe marcar al menos una de las siguientes opciones)

- | | | | |
|--|---|--|--|
| ☐ No Hispano/Latino | ☐ Español | ☐ Centroamericano | ☐ Otro Hispano/Latino |
| ☐ Cubano | ☐ Puertorriqueño | ☐ Latinoamericano | |
| ☐ Dominicano | ☐ Mexicano/Mexicoamericano/Chicano | ☐ Sudamericano | |

Parte 2 ¿Qué raza(s) considera que es su hijo? (Debe marcar al menos una de las siguientes opciones)

- | | | | |
|--|---|---|--|
| ☐ Africoamericano/Negro | ☐ Blanco | | |
| ☐ Indioasiático | ☐ Hmong | ☐ Laosiano | ☐ Taiwanés |
| ☐ Camboyano | ☐ Indonesio | ☐ Malasio | ☐ Tailandés |
| ☐ Chino | ☐ Japonés | ☐ Paquistaní | ☐ Vietnamita |
| ☐ Filipino | ☐ Coreano | ☐ Singapurense | ☐ Otro asiático |
| ☐ Oriundo de Hawái | ☐ Guamanian o Chamorro | ☐ Melanesio | ☐ Samoano |
| ☐ Oriundo de Fiji | ☐ Oriundo de Isla Mariana | ☐ Micronesio | ☐ Tongan |
| | ☐ Otro oriundo de la Polinesia | | |
| ☐ Oriundo de Alaska | ☐ Lummi | ☐ Quinault | ☐ Stillaguamish |
| ☐ Chehalis | ☐ Makah | ☐ Samish | ☐ Suquamish |
| ☐ Colville | ☐ Muckleshoot | ☐ Sauk-Suiattle | ☐ Swinomish |
| ☐ Cowlitz | ☐ Nisqually | ☐ Shoalwater | ☐ Tulalip |
| ☐ Hoh | ☐ Nooksack | ☐ Skokomish | ☐ Skagit de arriba |
| ☐ Jamestown | ☐ Port Gamble S'Klallam | ☐ Snoqualmie | ☐ Yakama |
| ☐ Kalispel | ☐ Puyallup | ☐ Spokane | ☐ Otro indígena de Washington |
| ☐ Elwha de abajo | ☐ Quileute | ☐ Oriundo de Isla Squaxin | |
| ☐ Indígena Americano: Tribu(s) _____ (opcional) | | ☐ Oriundo de Alaska: Villa(s) _____ (opcional) | |

PROGRAMAS ESPECIALES (Marque todos los programas o servicios en que el estudiante ha participado) ☐ Ninguna aplica

- | | | |
|---|--|---|
| ☐ Educación Especial / IEP / OT / PT / Terapia del habla | ☐ ESL / ELL | ☐ Dotados/ Altamente Capaces |
| ☐ Apoyo a lectura o matemáticas (LAP / LASER / Title I) | ☐ Head Start | ☐ Educación Indígena Americana |
| ☐ International Baccalaureate (Bachillerato Internacional) | ☐ Escuela de Verano | ☐ Otra: _____ |



FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DEL ESTUDIANTE – RAZAS Y ETNIAS

CATEGORIAS DE RAZAS Y ETNIAS DEL ESTADO DE WASHINGTON: Por favor complete la Sección I y II

Parte I: HISPANO O LATINO ¿es su estudiante de origen latino? ☐ si ☐ no (si su respuesta es sí, marque todo lo que aplique)

- | | | | | | | |
|---|--|--------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|---|------------------------------------|
| ☐ Argentino | ☐ Chileno | ☐ Cubano | ☐ Guyanés | ☐ Mestizo | ☐ Paraguayos | ☐ Español |
| ☐ Boliviano | ☐ Colombiano | ☐ Dominicano | ☐ Hondureño | ☐ Indígena | ☐ Peruano | ☐ Surinamés |
| ☐ Brasileño | ☐ Costarricense | ☐ Ecuatoriano | ☐ Jamaquino | ☐ Nicaragüense | ☐ Puertorriqueño | ☐ Uruguayo |
| ☐ México-Americano | ☐ Guatemalteco | ☐ Mexicano | ☐ Panameño | ☐ Salvadoreño | ☐ Venezolano | |
- ☐ **Hispano o Latino** Anote: _____

Por favor observe que estas categorías son establecidas por el Estado de Washington y el distrito de Northshore tiene la obligación de recolectar esta información de cada alumno según las leyes estatales y federales que aplican. Si no se autoidentifica, la escuela lo contactará pidiendo que lo haga para recolectar esta información en cumplimiento de las leyes estatales y federales.

Parte II: ¿De qué razas se considera su estudiante? Puede marcar las categorías o anotarlas (marque todo lo que aplique)

INDÍGENAS AMERICANOS O NATIVOS DE ALASKA de las Tribus del Estado de Washington

- | | |
|---|---|
| ☐ Tribu Chinook | ☐ Tribu Quileute de la Reservación Quileute |
| ☐ Tribus confederadas y Bandas de la Nación Yakima | ☐ Nación indígena Quinault |
| ☐ Tribus confederadas de la Reservación de Chehalis | ☐ Nación indígena Samish |
| ☐ Tribus confederadas de la Reservación Colville | ☐ Tribu indígena Sauk-Suiattle de Washington |
| ☐ Tribu indígena Cowitz | ☐ Tribu indígena de la Bahía de Shoalwater de la Reservación de la Bahía de Shoalwater |
| ☐ Tribu Duwamish | ☐ Tribu indígena de Skokomish |
| ☐ Tribu indígena Hoh | ☐ Tribu Snohomish |
| ☐ Tribu Jamestown S'Klallam | ☐ Tribu indígena Snoqualmie |
| ☐ Comunidad indígena Kalispel de la Reservación Kalispel | ☐ Tribu Snoqualmoo |
| ☐ Nación indígena de Kikiallus | ☐ Tribu Spokane de la Reservación de Spokane |
| ☐ Comunidad tribal de Lower Elwha | ☐ Tribu de la isla de Squaxin de la Reservación de la Isla Squaxin |
| ☐ Tribu Lummi de la Reservación Lummi | ☐ Tribu Steilacoom |
| ☐ Tribu indígena Makah de la Reservación indígena Makah | ☐ Tribu Stillaguamish de los indígenas de Washington |
| ☐ Banda Marietta de la Tribu Nooksack | ☐ Tribu Suquamish de la Reservación del Puerto Madison |
| ☐ Tribu indígena de Muckleshoot | ☐ Comunidad tribal indígena Swinomish |
| ☐ Tribu indígena de Nisqually | ☐ Tribus Tulalip de Washington |
| ☐ Tribu indígena de Nooksack de Washington | ☐ Nativo de Alaska Anote: _____ |
| ☐ Tribu S'Klallam de Puerto Gamble | |
| ☐ Tribu Puyallup de la Reservación Puyallup | ☐ Indígena Americano Anote: _____ |

ASIÁTICOS

- | | |
|---|-------------------------------------|
| ☐ Asiático Hindú | ☐ Malasio |
| ☐ Bangladés | ☐ Mien |
| ☐ Butanés | ☐ Mongol |
| ☐ Birmano | ☐ Nepalí |
| ☐ Camboyano | ☐ Okinawanse |
| ☐ Cham | ☐ Paquistaní |
| ☐ Chino | ☐ Punjabi |
| ☐ Filipino | ☐ Malayo |
| ☐ Hmong | ☐ Cingalés |
| ☐ Indonés | ☐ Taiwanés |
| ☐ Japonés | ☐ Tailandés |
| ☐ Coreano | ☐ Tibetano |
| ☐ Lao | ☐ Vietnamita |
- ☐ Asiático Anote: _____

NATIVOS HAWAIANOS u otros ISLEÑOS DEL PACÍFICO

- | | |
|--|---|
| ☐ Caolinense | ☐ Palauan |
| ☐ Chamorro o Guameño | ☐ Papú |
| ☐ Chuukese | ☐ Oriundo de Pohnpei |
| ☐ Oriundo de Fiji | ☐ Samoyano |
| ☐ Gilbertense | ☐ Oriundo de la Isla Salomón |
| ☐ Oriundo de Kosrae | ☐ Tahitiano |
| ☐ Maori | ☐ Oriundo de Tokelau |
| ☐ Oriundo de Marshall | ☐ Oriundo de Tonga |
| ☐ Nativo Hawaiano | ☐ Oriundo de Tuvalu |
| ☐ Ni-Vanuatu | ☐ Oriundo de Yap |

☐ De las Islas del Pacífico Anote: _____



FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DEL ESTUDIANTE – RAZAS Y ETNIAS

CATEGORIAS DE RAZAS Y ETNIAS DEL ESTADO DE WASHINGTON: (continuación) marque todas las que apliquen

NEGROS o AFROAMERICANOS

☐ Negro/ Afromericano

☐ Afroamericano

☐ Afrocanadiense

Caribeño

☐ Anguillano

☐ Antiguanos

☐ Bahameño

☐ Barbadosense

☐ Oriundo de Barthelemy

☐ Isleño de Virgenes

☐ Británicas

☐ De las Islas Caimán

☐ Cuba-Dominicano

☐ Dominicano

☐ Antillano Holandés

☐ Granadense

☐ Guadalupano

☐ Haitiano

☐ Jamaiquino

☐ Martinico

☐ Montserratense

☐ Puertorriqueño

☐ Caribeño Anote: _____

☐ Negro Anote: _____

Centro Africano

☐ Angoleño

☐ Camerunés

☐ Centrafricano

☐ Chadiano

☐ Congolés (Rep. Del Congo)

☐ Congolés (Rep. Dem.)

☐ Guineo-ecuadoriano

☐ Gabonés

☐ Oriundo de Sao Tomean

☐ Oriundo de Principe

☐ Centro Africano Anote: _____

Sud Africano

☐ Bostuano

☐ Lesotense

☐ Namibio

☐ Sudafricano

☐ Suazi

☐ Sud Africano Anote: _____

Afro Oriental

☐ Burundés

☐ Comorense

☐ Yibutiano

☐ Eritreo

☐ Etiope

☐ Keniano

☐ Magalasy

☐ Malgache

☐ Mauritano

☐ Mayotte (Mahora)

☐ Mozambiqueño

☐ Oriundo de Réunion

☐ Ruandés

☐ Oriundo de Seychelles

☐ Somalí

☐ Sudsudanés

☐ Ugandés

☐ Tanzano

☐ Zambiano

☐ Zimbabuense

☐ Afro oriental Anote: _____

Latinoamericano

☐ Argentino

☐ Beliceño

☐ Boliviano

☐ Brasileño

☐ Chileno

☐ Colombiano

☐ Costarricense

☐ Ecuatoriano

☐ Salvadoreño

☐ De las Islas Malvinas

☐ Guyanés Francés

☐ Guatemalteco

☐ Guyanés

☐ Hondureño

☐ Mexicano

☐ Nicaragüense

☐ Panameño

☐ Paraguayo

☐ Peruano

☐ De Islas Georgia Sur e
Islas Sandwich Sur

☐ Surinamés

☐ Uruguayo

☐ Venezolano

☐ Latino (Afro) anote: _____

Afro Occidental

☐ Beninés

☐ Guineano

☐ Burkinés

☐ Caboverdiano

☐ Marfileño

☐ Gambiano

☐ Ghanés

☐ Liberiano

☐ Maliense

☐ Mauritano

☐ Nigeriano (Niger)

☐ Nigeriano (Nigeria)

☐ Oriundo de Sta. Elena

☐ Senegalés

☐ Sierraleonés

☐ Togolés

☐ Afro occidental Anote: _____

BLANCO

☐ Blanco

Europeo Oriental

☐ Bosnio

☐ Herzegovino

☐ Rumano

☐ Ruso

☐ Ucraniano

☐ Europeo Oriental Anote: _____

☐ Blanco Anote: _____

☐ Oriundo de Algeria

☐ Berber

☐ Árabe

☐ Asirio

☐ Bahreini

☐ Beduino

☐ Chaldeano

De Oriente Medio o Nord África

☐ Oriundo de Copt

☐ De Druze

☐ Egipcio

☐ Emirati

☐ Iraní

☐ Iraquí

☐ Israelita

☐ De Oriente Medio

☐ Anote: _____

☐ Jordano

☐ Kurdo de Kuwait

☐ Libanés

☐ Libio

☐ Marroquí

☐ Omani

☐ Palestino

☐ De Nord África Anote: _____

☐ Anote: _____

☐ De Qatar

☐ árabe saudita

☐ Sirio

☐ Tunecino

☐ Yemení

Por ley, el estudiante (o en representación del mismo por sus padres o tutor) no requieren identificar su raza y/o etnia en los formularios escolares. Sin embargo, si el estudiante (o en representación del mismo por sus padres o tutor) no completa la pregunta de dos partes de raza y etnia, por ley, el personal escolar deberá usar una "identificación a criterio por observación" para seleccionar la raza y etnia del estudiante.

INFORMACIÓN DE PADRES/TUTORES (*Primero anote los padres/tutores con que el estudiante vive, luego por orden de contactos*)

Restricciones por custodia (*si aplica*) ☐ Sí ☐ No

¿La documentación legal está en los expedientes escolares? ☐ Sí ☐ No

Primer padre/madre/tutor

Sr./Sra./Srita./_____ Apellido(s) _____ Primer nombre _____

Parentesco con el estudiante _____ ¿Vive con el estudiante? ☐ Sí ☐ No ¿Tiene custodia? ☐ Sí ☐ No

Domicilio(*anote si es diferente al del estudiante*) _____

¿Poner como contacto de emergencia? ☐ Sí ☐ No Idioma principal _____

Correo electrónico _____ Empleador _____ Teléfono empresa (____) _____

Teléfono principal de contacto #(____) _____ Casa ☐ Celular ☐ ¿Sin listar? ☐ Sí ☐ No

2do teléfono de contacto #(____) _____ Casa ☐ Celular ☐ ¿Sin listar? ☐ Sí ☐ No

Derechos de educación: ☐ Sí ☐ No

¿Se le permite contactar al estudiante? ☐ Sí ☐ No

Segundo padre/madre/tutor

Sr./Sra./Srita./_____ Apellido(s) _____ Primer nombre _____

Parentesco con el estudiante _____ ¿Vive con el estudiante? ☐ Sí ☐ No ¿Tiene custodia? ☐ Sí ☐ No

Domicilio(*anote si es diferente al del estudiante*) _____

¿Poner como contacto de emergencia? ☐ Sí ☐ No Idioma principal _____

Correo electrónico _____ Empleador _____ Teléfono empresa (____) _____

Teléfono principal de contacto #(____) _____ Casa ☐ Celular ☐ ¿Sin listar? ☐ Sí ☐ No

2do teléfono de contacto #(____) _____ Casa ☐ Celular ☐ ¿Sin listar? ☐ Sí ☐ No

¿Recibir correspondencia? ☐ Sí ☐ No

Derechos de educación: ☐ Sí ☐ No

¿Se le permite contactar al estudiante? ☐ Sí ☐ No

Tercer padre/madre/tutor

Sr./Sra./Srita./_____ Apellido(s) _____ Primer nombre _____

Parentesco con el estudiante _____ ¿Vive con el estudiante? ☐ Sí ☐ No ¿Tiene custodia? ☐ Sí ☐ No

Domicilio(*anote si es diferente al del estudiante*) _____

¿Poner como contacto de emergencia? ☐ Sí ☐ No Idioma principal _____

Correo electrónico _____ Empleador _____ Teléfono empresa (____) _____

Teléfono principal de contacto #(____) _____ Casa ☐ Celular ☐ ¿Sin listar? ☐ Sí ☐ No

2do teléfono de contacto #(____) _____ Casa ☐ Celular ☐ ¿Sin listar? ☐ Sí ☐ No

¿Recibir correspondencia? ☐ Sí ☐ No

Derechos de educación: ☐ Sí ☐ No

¿Se le permite contactar al estudiante? ☐ Sí ☐ No

Cuarto padre/madre/tutor

Sr./Sra./Srita./_____ Apellido(s) _____ Primer nombre _____

Parentesco con el estudiante _____ ¿Vive con el estudiante? ☐ Sí ☐ No ¿Tiene custodia? ☐ Sí ☐ No

Domicilio(*anote si es diferente al del estudiante*) _____

¿Poner como contacto de emergencia? ☐ Sí ☐ No Idioma principal _____

Correo electrónico _____ Empleador _____ Teléfono empresa (____) _____

Teléfono principal de contacto #(____) _____ Casa ☐ Celular ☐ ¿Sin listar? ☐ Sí ☐ No

2do teléfono de contacto #(____) _____ Casa ☐ Celular ☐ ¿Sin listar? ☐ Sí ☐ No

¿Recibir correspondencia? ☐ Sí ☐ No

Derechos de educación: ☐ Sí ☐ No

¿Se le permite contactar al estudiante? ☐ Sí ☐ No

PROVEEDOR DE GUARDERÍA: ☐ Antes de la escuela ☐ Antes y después de la escuela ☐ Después de la escuela

Nombre del proveedor (Apellido, nombre) _____

Domicilio _____

Teléfono de guardería (____) _____ Celular (____) _____ Biper (____) _____

Comentarios _____

OTROS CONTACTOS DE EMERGENCIA (Anote al menos un contacto de emergencia local. Puede ser diferente de los contactos de emergencia de la página anterior)

Primer contacto de emergencia -Debe ser local

Apellido _____ Nombre _____

Parentesco con el estudiante _____ Idioma principal _____

Domicilio _____

Teléfono principal de contacto #(____) _____ Casa ☐ Celular ☐ ¿Sin listar? ☐ Sí ☐ No E-mail _____

2do teléfono de contacto #(____) _____ Casa ☐ Celular ☐ ¿Sin listar? ☐ Sí ☐ No

Segundo contacto de emergencia

Apellido _____ Nombre _____

Parentesco con el estudiante _____ Idioma principal _____

Domicilio _____

Teléfono principal de contacto #(____) _____ Casa ☐ Celular ☐ ¿Sin listar? ☐ Sí ☐ No E-mail _____

2do teléfono de contacto #(____) _____ Casa ☐ Celular ☐ ¿Sin listar? ☐ Sí ☐ No

INFORMACIÓN DE HERMANO(A)S DEL ESTUDIANTE (Use una hoja separada para agregar más hermanos/hermanas)

Nombre

Parentesco

Edad

Sexo

Escuela a que asisten

Nombre	Parentesco	Edad	Sexo	Escuela a que asisten
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

INFORMACIÓN MÉDICA Y DE SALUD

En caso de emergencias, se marcará el 911 para evaluar a su hijo. Se avisará a los padres/tutores lo más pronto posible

Mi hijo tiene una condición de salud que pone su vida en riesgo y requiere medicamento o tratamiento en la escuela

☐ Sí ☐ No

Capítulo 28A.210 RCW: Indica que se requiere tener órdenes/instrucciones listas antes de empezar la escuela

INFORMACIÓN ESCOLAR PREVIA (Anote primero la escuela más reciente a que asistió. Todos los datos se deben completar)

#1 Nombre de Escuela _____ Fecha de ingreso (mm/dd/aa) _____

Distrito _____ Fecha de baja (mm/dd/aa) _____

Dirección _____ Grados escolares que cursó _____

Ciudad _____

Estado _____ Código postal _____

#1 Nombre de Escuela _____ Fecha de ingreso (mm/dd/aa) _____

Distrito _____ Fecha de baja (mm/dd/aa) _____

Dirección _____ Grados escolares que cursó _____

Ciudad _____

Estado _____ Código postal _____



Oficina del Superintendente de Instrucción Pública (OSPI, por sus siglas en inglés)
Encuesta de Idiomas en el Hogar

La Encuesta de idiomas en el Hogar se entrega a *todos* los alumnos que se inscriben en una escuela de Washington.

Nombre del alumno:		Grado:	Fecha:
Nombre del padre, madre o tutor legal _____ Firma del padre, madre o tutor legal _____			
Derecho a los servicios de traducción o interpretación Indique el idioma de su preferencia para que podamos brindarle un intérprete o documentos traducidos, sin cargo alguno, cuando los necesite.	Todos los padres tienen el derecho de recibir información sobre la educación de su hijo en un idioma que entiendan. 1. ¿En qué idioma prefiere su familia comunicarse con la escuela? _____		
Requisitos para recibir apoyo en capacitación de idiomas La información sobre el idioma del alumno nos ayuda a identificar a los alumnos que reúnen los requisitos para recibir apoyo para formar las habilidades de idioma necesarias para tener éxito en la escuela. Es posible que sea necesario hacer una evaluación para determinar si se requiere ayuda con el idioma.	2. ¿Qué idioma aprendió su hijo primero? _____ 3. ¿Qué idioma utiliza más su hijo en casa? _____ 4. ¿Cuál es el idioma principal que se utiliza en casa, independientemente del idioma que habla su hijo? _____ 5. ¿Ha recibido su hijo apoyo en capacitación del idioma inglés en una escuela anterior? Sí___ No___ No sé___		
Educación previa Sus respuestas sobre el país de nacimiento de su hijo y su educación previa: • Bríndenos información sobre el conocimiento y las aptitudes que su hijo trae a la escuela. • Esto puede ayudar a que el distrito escolar reciba fondos federales adicionales para brindarle apoyo a su hijo. <i>Este formulario no se utiliza para identificar la situación migratoria de los alumnos.</i>	6. ¿En qué país nació su hijo? _____ 7. ¿Alguna vez ha recibido su hijo educación formal fuera de Estados Unidos? (Kindergarten – 12.º grado) ___Sí ___No Si la respuesta es Sí: Número de meses: _____ Idioma de formación: _____ 8. ¿Cuándo asistió su hijo por primera vez a la escuela en Estados Unidos? (Kindergarten – 12.º grado) _____ Mes Día Año		

Parent/Guardian Signature Required

_____	_____
Parent / Guardian Signature	Today's Date

Northshore School District #417
NORTHSHORE MIDDLE SCHOOL (NMS)
12101 NE 160th Street, Bothell, WA 98011
Ph: (425) 408-6718 | Fax: (425) 408-6702
NMS Registrar: rmullinnix@nsd.org

☐ 1st Request:

☐ 2nd Request:

REQUEST TRANSFER OF RECORDS
PARENTS PLEASE COMPLETE TOP SECTION ONLY

TO: REGISTRAR @ Fax / Email: _____

Former School Name

City

State

ENROLLED AT NORTHSHORE MIDDLE SCHOOL: _____

Student: _____ Birth Date: _____ Grade: _____ Class of: _____

FORMER SCHOOL OFFICE USE ONLY (Parents, please do not complete bottom sections)

WA STATE HISTORY VERIFICATION – GRADUATION REQUIREMENT:

WA State requires each student complete one semester of state based history, prior to graduation. Please indicate below if the student has successfully completed one semester of Washington State or equivalent state history: ☐ NO ☐ YES 7th Grade ☐ YES 8th Grade

Course Title: _____ Completion Date: _____

This student (check one) ☐ does / ☐ does NOT have additional Special Education records. Please forward to NMS.

This student (check one) ☐ was / ☐ was NOT an ESL/ELL student.

Please mail 1) this form, and 2) official school records, including the following, to NMS:

- | | |
|---|--|
| ☒ All State Assessment Scores | ☒ Standardized Test Information |
| ☒ Attendance Record | ☒ Student Learning Plan/Accelerated Learning Plan |
| ☒ Career Development Portfolio | ☒ 504 Plan |
| ☒ Discipline Record | ☒ Unpaid Fines/Fees |
| ☒ Immunizations/Screening Records | ☒ Withdrawal Form and Grades |
| ☒ Special Programs Placement** | ☒ Transcript of Grades and Credits <i>including official Transcript for any course carrying high school credit</i> |

***Special programs include International Baccalaureate, English Language Learners, Honors/Challenge, etc.*

According to Section 7.0 and 7.2 of the Family Educational Rights and Privacy Act of 1974, P.L. 93-380, parent signature is not required to transfer student records to other school districts upon official requests from the receiving school.

School Official: Rebecca Mullinnix Title: Registrar Date: _____



Certificado de Estado de Vacunación

Para asistir a la guardería, el preescolar y los grados escolares K - 12

Encuentre instrucciones al reverso para imprimir y llenar esta forma a mano con letra de molde o imprimirla con todos los datos desde Sistema Informático de Vacunación del estado de Washington.

Apellido/s del niño/a: Primer nombre: Inicial del otro nombre: Fecha de nacimiento (mes/día/año): Sexo:

Le doy permiso a la escuela de compartir la información en el registro de vacunación de mi hijo/a con el Sistema Informático de Vacunación del estado para ayudar a la escuela a mantener el registro de vacunación de mi hijo/a vigente.

Firma requerida del padre, madre o tutor legal Fecha Firma requerida del padre, madre o tutor legal Fecha

Certifico que la información en esta forma es correcta y verificable.

	Fecha mes/día/año	Fecha mes/día/año	Fecha mes/día/año	Fecha mes/día/año	Fecha mes/día/año
◆ Requisito para guardería, preescolar y escuela					
● Requisito único para guardería y preescolar					
Vacunas requeridas para la entrada a guardería, preescolar o escuela					
◆ DTaP / DT (Difteria, Tétanos, Tos ferina)					
◆ Tdap (Tétanos, Difteria, Tos ferina)					
◆ Td (Tétanos, Difteria)					
◆ Hepatitis B □ 2-dosis entre las edades de 11-15 años					
● Hib (Haemophilus influenzae tipo b)					
◆ IPV / OPV (Polio)					
◆ MMR (Sarampión, Paperas, Rubéola)					
● PCV / PPSV (Neumocócica)					
◆ Varicela □ Inmunidad verificada por el Sistema					
Vacunas recomendadas pero no requeridas para la entrada a guardería, preescolar o escuela					
Gripe (Influenza)					
Hepatitis A					
HPV (Virus del Papiloma Humano o VPH)					
MCV / MPSV (Meningocócica)					
MenB (Meningocócica)					
Rotavirus					

Office Use Only:

Reviewed by: Date:

Signed Cert. of Exemption on file? ☐ Yes ☐ No

Documentation of Disease Immunity Healthcare provider use only

If the child named in this form has a history of Varicella (Chickenpox) or can show immunity by blood test (titer) it MUST be verified by a healthcare provider.

I certify that the child named on this form has:

- ☐ a verified history of Varicella (Chickenpox),
☐ laboratory evidence of immunity (titer) to Diseases marked below. Lab report(s) for titers MUST also be attached.

- | | | |
|--------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------|
| ☐ Diphtheria | ☐ Mumps | ☐ Other: |
| ☐ Hepatitis A | ☐ Polio | |
| ☐ Hepatitis B | ☐ Rubella | |
| ☐ Hib | ☐ Tetanus | |
| ☐ Measles | ☐ Varicella | |

Licensed healthcare provider signature
Date (MD, DO, ND, PA, ARNP)

Printed Name

Instrucciones para completar esta forma: Imprima desde el Sistema Informático de Vacunación o llénela a mano.

Para imprimir con todos los datos: pregunte en la oficina de su proveedor médico si ellos ingresan los antecedentes de vacunación en el Sistema Informático de Vacunación (base de datos estatal). Si le dicen que sí, pídales imprimir el Certificado de Estado de Vacunación desde el Sistema y así la información de su hijo/a será llenada automáticamente con todos los datos. Usted también puede imprimirlo desde la comodidad de su hogar, solo necesita visitar <https://wa.myr.net> y abrir una cuenta en MyIR. Si su médico no usa el Sistema, comuníquese con el Departamento de Salud del estado por email: waisrecords@doh.wa.gov o teléfono: 1-866-397-0337, para recibir una copia del Certificado de su hijo/a.

Para llenar esta forma a mano:

#1 En la primera página de esta forma, proporcione los datos de su hijo/a: nombre, fecha de nacimiento y sexo. Firme su nombre en la parte indicada.

#2 Información sobre vacunas: bajo cada una de las columnas, proporcione las fechas en que las vacunas fueron administradas de la siguiente forma: mes/día/año. Si su hijo/a recibió una vacuna en forma combinada (una inyección que protege contra varias enfermedades), use las guías de referencia de abajo para proporcionar la información correcta. Por ejemplo: escriba Pediarix bajo Difteria, Tétanos, Tos ferina como DTaP, Hepatitis B como Hep B, y Polio como IPV.

#3 Inmunidad a la varicela a causa de la enfermedad: si su hijo/a tuvo varicela y desarrolló inmunidad a la enfermedad sin haber recibido la vacuna, un proveedor médico debe dar testimonio o verificar dicha inmunidad para cumplir con el requisito escolar.

- ☐ Si su proveedor médico puede verificar que su hijo/a tuvo varicela, pídales que firme y marque el cuadrado en la sección titulada "Documentation of Disease Immunity".
- ☐ Si el personal escolar tiene acceso al Sistema y puede ver la sección que indica que su hijo/a tuvo inmunidad a la varicela, ellos pueden marcar el cuadrado bajo esa sección.

#4 Documentación de inmunidad a diferentes enfermedades: Si se puede verificar por medio de un estudio de sangre que su hijo/a es inmune a varias enfermedades aunque no haya sido vacunado, pídales a su proveedor médico que marque los cuadros correspondientes a esas enfermedades en la sección titulada "Documentation of Disease Immunity", firme y ponga la fecha en la forma. Junto con esta forma usted debe proporcionar copias de los estudios de sangre que muestran que su hijo/a tiene inmunidad.

Guía de referencia para abreviaciones de vacunas en orden alfabético

Abreviaciones	Nombre completo de la vacuna	Abreviaciones	Nombre completo de la vacuna	Abreviaciones	Nombre completo de la vacuna	Abreviaciones	Nombre completo de la vacuna	Abreviaciones	Nombre completo de la vacuna
DT	Difteria, Tétanos	Hep A	Hepatitis A	MCV / MCV4	Meningocócica conjugada	OPV	Vacuna oral contra la polio	Tdap	Difteria, Tétanos, Tos ferina
DTaP	Difteria, Tétanos, Tos ferina	Hep B	Hepatitis B	MenB	Meningocócica B	PCV / PCV7 / PCV13	Neumocócica conjugada	VAR / VZV	Varicela
DTp	Difteria, Tétanos, Tos ferina	Hib	<i>Haemophilus influenzae</i> tipo b	MPSV / MPSV4	Meningocócica polisacárida	PPSV / PPV23	Neumocócica polisacárida		
Gripe (IV)	Influenza	HPV (2vHPV / 4vHPV / 9vHPV)	Virus del papiloma humano (VPH)	MMR	Sarampión, Paperas, Rubéola	Rota (RV1 / RV5)	Rotavirus		
HBIG	Inmunoglobulina de Hepatitis B	IPV	Vacuna inactivada contra la polio	MMRV	Sarampión, Paperas, Rubéola, Varicela	Td	Tétanos, Difteria		

Guía de referencia para marcas comerciales de vacunas en orden alfabético

Marca comercial	Vacuna	Marca comercial	Vacuna	Marca comercial	Vacuna	Marca comercial	Vacuna	Marca comercial	Vacuna
ActHIB®	Hib	Fluarix®	Influenza	Hiavax®	Hep A	Menveo®	Meningocócica	Rotarix®	Rotavirus (RV1)
Adacel®	Tdap	Flucelvax®	Influenza	Hibervax®	Hib	Pediarix®	DTaP + Hep B + IPV	RotaTeg®	Rotavirus (RV5)
Afluria®	Influenza	Flulaval®	Influenza	HibTITER®	Hib	PedvaxHIB®	Hib	Tenivac®	Td
Bexsero®	MenB	FluMist®	Influenza	Ipoc®	IPV	Pentacel®	DTaP + Hib + IPV	Trumenb®	MenB
Boostrix®	Tdap	Fluvirin®	Influenza	Infanrix®	DTaP	Pneumovax®	PPSV	Twintrix®	Hep A + Hep B
Cervarix®	2vHPV	Fluzone®	Influenza	Kinrix®	DTaP + IPV	Prevna®	PCV	Vaqta®	Hep A
Daptacel®	DTaP	Gardasil®	4vHPV	Menactra®	MCV o MCV4	ProQuad®	MMR + Varicela	Varivax®	Varicela
Engerix-B®	Hep B	Gardasil® 9	9vHPV	Menomune®	MPSV4	Recombivax HB®	Hep B		



Northshore
School District

3330 Monte Villa Pkwy
Bothell, WA 98021

Servicios de Salud

FORMA DE REGISTRO DE SALUD

Nombre del Estudiante _____ Grado _____ Fecha de Nacimiento _____

Nombre de Padre/Tutor _____ Teléfono (Casa) _____ (Trabajo) _____

Seguro Médico ☐ Sí ☐ No

Le siguiente información se considera confidencial, y es para el uso de los maestros, el director, la enfermera escolar, u otros empleados que tengan responsabilidad y contacto con su hijo/a durante las horas de clase. Por favor, llama la enfermera si Ud. Prefiere hablar personalmente sobre la siguiente información.

Mi hijo/a tiene una condición de salud que amenaza su vida ☐ Sí ☐ No

Si Ud. Respondió con "sí", la ley de Estado de Washington requiere que los medicamentos, ordenes de tratamientos y/o plan para el cuidado de la salud estén al corriente antes del primer día de la escuela. Los estudiantes con una condición de riesgo tendrá un Plan de cuidado de emergencia, bajo la Sección 504 de la Ley de rehabilitación. La enfermera de la escuela desarrollará un plan con las aportaciones de los padres de familia, médico y otro personal de la escuela como sea necesario antes de que el estudiante asista a la escuela. Su firma en esta forma concede permiso para iniciar este proceso.

Alergias ☐ Ninguna ☐ Plantas ☐ Alimentos ☐ Abejas / Insectos ☐ Animales ☐ Otro

Favor de describir la reacción _____

Asma ☐ No ☐ Sí Provocado por _____

	No	Sí	EXPLIQUE
Convulsiones /Ataques	☐	☐	_____
Diabetes	☐	☐	_____
Enfermedades Cardiacas	☐	☐	_____
Salud Mental (ej. depresión /Ansiedad)	☐	☐	_____
Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad (ADHD)	☐	☐	_____
Problemas de huesos, coyunturas, músculos	☐	☐	_____
Dolor frecuente de estómago/cabeza	☐	☐	_____
Infecciones frecuente del oído	☐	☐	_____
Problemas Auditivos	☐	☐	_____
Problemas Visuales (anteojos / lentes de contacto)	☐	☐	_____
Otro _____	☐	☐	_____

Toma el estudiante medicamento de cualquier tipo? ☐ No (O) Sí ☐ en la casa ☐ en la escuela Explique _____

Los alumnos que requieren medicamentos (sin o con receta) en la escuela **deberán** tener una orden médica y el consentimiento por escrito de sus padres. **Todos los Ordenes de Medicamentos se tienen que renovar CADA AÑO ESCOLAR.**
Las formas están disponibles en la oficina de la escuela o en el sitio web: www.nsd.org

Firma de padre/madre/guardián _____ Fecha _____



Northshore School District

Salud/ Servicios de Enfermería

De: Rebecca Cavanaugh, MN, RN, NCSN y Supervisor de Salud y Enfermería

Administrative Center
3330 Monte Villa Parkway
Bothell, WA 98021-8972

A: Padres/ Tutores

Niños con condiciones de Vida en riesgo.

Para proveer un ambiente de aprendizaje sano la legislatura del Estado de Washington ha pasado un nuevo requerimiento para niños con condiciones de vida en riesgo (capítulo 101, enmienda de leyes del 2002 capítulo 28 A.210 RCW)

Efectivo el 13 de junio 2002, la asistencia de un niño con condiciones de riesgo de vida a las escuelas públicas en Washington dependerá de que una escuela reciba ordenes de medicamento o tratamiento antes de que el niño asista a la escuela o el primer día en que asista a la escuela.

La ley define condición de vida en riesgo como: Una condición de salud que podría poner al niño en peligro de muerte durante el día de escuela, si no se cuenta con medicamento o indicaciones para tratamiento y un plan de cuidados.

Niños con condición de vida en riesgo como; picadura severa de abeja, alergia a comidas, asma severa, diabetes inestable, convulsiones severas, etc. Ahora requieren tener medicamento o indicaciones de tratamiento en la escuela, antes de que asistan a ella.

"Orden de medicina o tratamiento "quiere decir la autoridad que una enfermera registrada obtiene bajo RCW 18.79.260 (2). (la ley). Esto es cubierto cuando el medico o doctor del niño llena la y completa forma de autorización para medicamento o tratamiento para que los servicios médicos se proporcionen en la escuela.

Si un medicamento U orden de tratamiento no es proveído, el director de la escuela debe excluir al niño de ingresar a la escuela hasta que no se obtenga esta orden. Este requisito aplica a alumnos con condición de vida en riesgo que sean nuevos en el distrito escolar, y para alumnos que ya están asistiendo a la escuela. Los procedimientos para excluir a un alumno van de acuerdo con las normas (WACs) de la Asociación de Educación del Estado.

Es vital, por la seguridad de tu niño durante el tiempo que asiste a la escuela cada día, que **si tu niño tiene una condición de vida en riesgo y requiere servicios médicos en la escuela que inmediatamente le hagas saber a la enfermera de la escuela.** Las formas necesarias serán proporcionadas y se hará una cita para que te runas con la enfermera de la escuela.

Si tienes alguna pregunta o te gusta ría aclarar alguna cosa, me puedes llamar al (425) 489-6217 o llama a la enfermera de la escuela.



**Immunization Record Sharing with the Washington State Department of Health:
Washington State Immunization Information System (WAIIS)**

Our school is part of a state immunization record tracking system that includes immunization data from area doctors' offices and health care providers. This information system makes it much easier for us to get copies of your child's immunization record, a requirement for school entry under Washington State law. This information is used solely to help protect your child and prevent disease by improving the quality and timeliness of records and services in our community. The information can only be shared with entities authorized by Washington law (RCW 70.02) to receive it, such as doctors, nurses, public health entities and schools (Family Educational Records Privacy Act). In addition, the information can **only** be used for immunization record keeping.

I authorize the Northshore School District to release my child's immunization record to the Washington State Immunization Information System. I understand this information can only be used to improve the quality and timeliness of immunization records and to assist with determining immunization compliance. This includes any immunization information the school currently has plus any it may obtain during my child's attendance in the Northshore School District.

Child's Name: _____ Date of Birth: ____/____/____

Parent's signature: _____ Date: ____/____/____

Please return to the School Nurse



Northshore
School District

Health and Nursing Services

Rebecca Cavanaugh, Health and Nursing Services Supervisor (425-408-7728)

Administrative Center
3330 Monte Villa Parkway
Bothell, WA 98021-8972

Middle School/High School Immunization

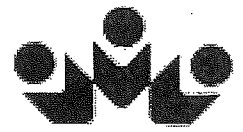
Washington state immunization regulations require that **all students entering 6th grade and are 11 years old** submit proof of having the Tdap (Tetanus – Pertussis) immunization prior to entry into 6th grade.

All 9th -12th grade students are required to have two doses of Varicella (Chickenpox) vaccine. Healthcare provider verification of chicken pox disease or a blood titer showing immunity is acceptable.

If these immunizations **have not been** completed, please schedule an appointment with your healthcare provider. If you need help finding a provider, please contact your school nurse. For more information on Tdap/Varicella vaccines talk with your healthcare provider or visit <https://www.doh.wa.gov/YouandYourFamily/Immunization/PreteensandTeens>

The school is required by law to have complete immunization records in order for your student to remain at school. **State law requires that student vaccinations be complete and current in order to attend school.**

If you have **not** provided this information, please **notify** the school nurse at your student's middle/high school.



Northshore School District

Servicios de Salud y Enfermería

Supervisora de Servicios de Salud y Enfermería Rebecca Cavanaugh, (425-408-7728)

Administrative Center
3330 Monte Villa Parkway
Bothell, WA 98021-8972

Meningocócica y HPV

Estimados Padres o Guardianes:

Como padres, no hay nada más importante que la protección de la salud de nuestros hijos. La Legislatura del Estado de Washington nos requiere que le demos la información disponible a usted acerca de la enfermedad meningocócica y el virus del papiloma (HPV). Conozca los factores de estas enfermedades y las vacunas disponibles para proteger a su hijo.

Enfermedad y Prevención de Meningocócica

Qué es la enfermedad meningocócica?

Meningocócica es una infección bacteriana seria. Afortunadamente, esta enfermedad de amenaza de vida es rara, con solamente 20-30 casos reportados cada año en el Estado de Washington. Los síntomas más comunes de esta enfermedad incluyen fiebre, tos, dolor de cabeza y erupción o manchas. Puede causar meningitis (inflamación de la capa que cubre el cerebro y la espina dorsal). La enfermedad se expande por medio de contacto cercano con una persona infectada. Es más fácil que los adolescentes y adultos jóvenes adquieran esta enfermedad de meningocócica, especialmente si viven en grupos como en dormitorios del colegio.

Cómo puedo proteger a mi hijo de la enfermedad meningocócica?

La vacuna conjugada para meningocócica o MCV4, previene en contra de cuatro tipos de enfermedades. Es recomendada para todos los niños entre 11 y 12 años de edad, y otra vez de los 16 a los 18 años de edad. La vacuna meningocócica B, o MenB es recomendada para algunos niños con condiciones raras de salud o quienes están en riesgo durante un brote de meningocócica B.

Para más información acerca de la enfermedad meningocócica y cómo prevenirla:

- Departamento de Salud del Estado de Washington: www.doh.wa.gov/Immunization/DiseasesandVaccines/MeningitisMeningococcalDisease
- Centros de Control y Prevención de Enfermedades: www.cdc.gov/meningococcal

Virus del Papiloma Humano (HPV) y Prevención?

HPV es un virus común. La mayoría de la gente expuesta a HPV nunca desarrollará problemas de salud. Pero para otros, HPV causa problema de salud, incluyendo cáncer cervical, anal, vulvar, garganta y boca. La mayoría de las personas infectadas no tienen síntomas y pueden expandir el virus sin saberlo. HPV se contagia principalmente por contacto sexual.

Como puedo proteger a mi hijo de HPV?

Asegúrese que su hijo tenga la vacuna HPV. La vacuna es altamente efectiva. El mejor tiempo para tener la vacuna es antes de que empiecen actividades sexuales. La vacuna HPV puede prevenir infecciones de algunos de los tipos más comunes y serios de HPV que causan cáncer y verrugas genitales. La vacuna no quita infecciones existentes de HPV.

Quién debe de tener la vacuna y cuándo deben de tenerla?

Porque la vacuna es más efectiva cuando se pone a temprana edad, los niños de 9 a 14 años de edad necesitan 2 dosis. Aquellos que la tienen a los 15 años o más grandes necesitan 3 dosis. La edad que se recomienda es de 11 a 12 años. La vacuna HPV se debe dar antes de los 26 años de edad.

Para más información en HPV, la vacuna y cáncer cervical:

- Departamento de Salud del Estado de Washington: www.doh.wa.gov/hpv
- Centros de Control y Prevención de Enfermedades: www.cdc.gov/hpv
- Sociedad Americana de Cáncer: www.cancer.org

Dónde puedo encontrar las vacunas de meningocócica y HPV?

Hable con su proveedor de salud acerca de las vacunas que su hijo necesita. Aparte de meningocócica y HPV, su pre-adolescente debe de recibir Tdap. El Estado de Washington ofrece vacunas sin costo a niños hasta la edad de 18 años. Los proveedores pueden cobrar algo por la visita o un costo administrativo para dar la vacuna. Si usted no puede pagar estos costos, puede pedir que se los quiten.

DOH 348-186 1-2018rc NSD

2018-19

Permission to Withhold Student Directory Information



Federal law prohibits school districts from releasing information found in student files without parent/guardian permission, except for what is termed **Directory Information**. **The district does not release Directory Information for commercial purposes but does release this information when there is a legitimate educational purpose for doing so.** The items listed under Directory Information may be released in accordance with the Family Educational Rights and Privacy Act of 1974 (FERPA). Under the provisions of FERPA, you have the right to **withhold** the disclosure of Directory Information, if desired.

Directory Information includes the following:

- Name
- Addresses - personal residence and email
- Telephone listings
- Date of birth
- Most recent/previous school attended
- Dates of attendance
- Grade Level
- Major field of study
- Image (photo, video and audio)
- Recognition, diplomas and awards received
- Participation in officially recognized activities and sports
- Weight and height of members of athletic teams

This form should be submitted annually to your student's school office on or before October 1 of the current school year. There are three options or levels for withholding Student Directory information for K-12 students. You may only choose one option. Details can be found on reverse side of this form.

- Withhold directory information from everyone (includes district and out of district requests)
- Withhold directory information from everyone except for district or district-directed purposes
- Withhold directory information from everyone except for district or district-directed purposes, or to School Support organizations as defined by Board Policy 4210

This form should be submitted annually to your student's school office on or before October 1 of the current school year. Forms will be accepted after the deadline, but the district cannot be responsible for the release of Directory Information **if the Permission to Withhold Student Directory Information form is received** after the October 1 deadline of the current school year. Extractions of Directory Information to non-district persons or outside organizations will not be processed between the first day of school and October 1 of the current school year.

High School students (grades 9-12) have the additional choices of withholding the release of directory information to military only and/or post secondary education organizations only.

The withhold directory flag will remain on your student's record for the current school year. Families will have the opportunity to subscribe yearly. The district will honor your request to withhold the information as listed, but cannot assume responsibility for contacting you for subsequent permission to release that information. Should you initially decide to withhold Student Directory Information, you may authorize the cancellation of your request at any time during the current school year.

Please use one form for each child in your household. Additional forms are available at your school or can be found online at www.nsd.org under Forms for Parents.

2018-19

Permission to Withhold Student Directory Information

Only complete and return this form IF YOU WISH TO OPT OUT of any of the following:



Northshore
School District

Student Directory Information (defined on the reverse side) may be released to requestors pursuant to Board Policy 4210. If you wish to **withhold** or limit permission to release this information, please complete this form by **checking one of the options below**. Sign the form and return to your student's school. Complete a separate form for each student. Unsigned or undated forms will not be processed.

Student's Name _____

Student's School _____

Grade _____

Grades K-12: (you may choose only one option)

- ☐ I want my student's Directory Information **withheld from everyone and everything; opt out of everything.**

Selecting this option means that your student's Directory Information **will not be shared** with any person, entity or organization. The district would be unable to release your student's Directory Information for school directories (including the PTA directory); student annuals and yearbooks; commencement and athletic programs; district and school websites, publications, media/social media communications, school support organizations; and similar purposes.

- ☐ I want my student's Directory Information **withheld only when responding to requests from outside organizations.**

- This means only district or district-directed use of Student Directory Information is permitted, which includes:
 - Student Annuals and Yearbooks
 - Commencement and Athletic Programs
 - Student images (photo/audio/video) for district and school websites, publications, media/social media communications; and/or similar purposes.
- Your student's directory information **will not be** released to PTSA, Northshore Schools Foundation, Recognized School Booster Clubs, Parent Advisory Boards, or **any outside organizations.**

- ☐ I want my student's Directory Information **withheld only when responding to requests from outside organizations other than School Support Organizations as defined by Board Policy 4210.**

- This means that district or non-district directed use of Student Directory Information is permitted, as described in the option above; and
- Student Directory Information **may be** shared with the following School Support Organizations as defined by Board Policy 4210:
 - PTSA (includes the PTA directory)
 - Northshore Schools Foundation
 - Recognized School Booster Clubs and Parent Advisory Boards
- Your student's directory information **will not be** released to **any other outside organizations or individuals.**

Additional Options for Grades 9-12 only: (you may choose more than one)

- ☐ I want my student's Directory Information **withheld** from the military
- ☐ I want my student's Directory Information **withheld** from post-secondary educational institutions.

Cancellation: (for Grades K-12)

- ☐ I **cancel** all previous requests to **withhold** permission to release Student Directory Information this school year as of the date below and authorize it to be released consistent with FERPA and District policy.

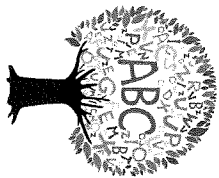
Signature _____

Parent / Guardian / Student if 18 years or older

Date _____

Return this form to your school office by Oct. 1, 2018, ONLY IF YOU WISH TO OPT OUT OF ANY OF THE ABOVE.

Revised: 7/12/18



Grades 6-8 Highly Capable Program Information

2018-19 Highly Capable Program Eligibility Process for Families New to Northshore School District

Process for Students with Current Highly Capable Designation From a Previous School District	Process for Students Seeking Highly Capable Designation, Without a Previous Designation
The Highly Capable Program eligibility process for students with a current Highly Capable designation from a previous school district involves a comprehensive file review and data analysis. Northshore School District requires comparable assessment data. <u>Step 1: Submit Documentation to hicap@nsd.org</u> Submit documentation of Highly Capable status, including all available assessment data as soon as possible, but no later than August 24, 2018. Documentation may include: • CogAT or Naglieri (NNAT) (cognitive) • Iowa Test of Basic Skills (ITBS) (academic) • Torrance Test of Creative Thinking (TTCT) (creativity) • Washington State Testing - Smarter Balanced • District Assessments (IRR, report cards, STAR, etc.) <u>Step 2: File Review/Analysis by District Team</u> A district team will convene the 2nd and 4th weeks of each month to review submitted materials, applying Northshore's eligibility criteria. Families will be notified of eligibility decision. Students without comparable assessment data will have an opportunity at HiCap eligibility during the winter HiCap screening and assessment process.	The Highly Capable Program eligibility process incorporates two steps - Universal Screening AND Assessment. <u>Step 1: Screening</u> All Grade 6-8 students new to Northshore will be screened for potential using the Naglieri Nonverbal Ability Test (NNAT3). • Screening will be conducted by appointment April - August. • Students meeting or exceeding the 85th percentile on the NNAT3 will move on to assessment. • Parents of students moving on to the assessment level will be notified. Per Washington state law, parent permission is required to assess a student. To schedule your Grade 6-8 student for screening, please contact the Highly Capable Department, hicap@nsd.org or 425-408-7713. <u>Step 2: Assessment</u> Students meeting or exceeding the 85th percentile on the NNAT3 move on to assessment. Assessment tools are the Iowa Test of Basic Skills (ITBS) and Torrance Test of Creative Thinking (TTCT). Assessments will be scheduled and administered by the Highly Capable Department and take place in August 2018.

Screening and Assessment Calendar

for Students Seeking Highly Capable Designation, Without a Previous Designation

SCREENING:

Please register for a screening session at the following link:
goo.gl/3QdDrz

- All screening will take place at the Northshore School District Administration Building Computer Lab (3330 Monte Villa Parkway, Bothell, WA 98021).
- Once you arrive at the Administration Building, please sign in at the front desk and wait in the lobby.
- For all **April, May, June, and July sessions**, the proctor will gather all students promptly at 8:30 a.m. For all **August sessions**, the proctor will gather all students promptly at 11:15 a.m.
- Late arrivals will need to reschedule, provided there is space available.
- In the Computer Lab, students will be logged on to the on-line screener and directions will be read by the proctor. Three sample questions are included, and the proctor will go through those sample questions together with the students. The proctor is only able to answer questions on how to select answers (but not about which answer to select).
- After completing the sample questions, students will have 30 minutes to complete the screener (timed through the computer software).
- For all **April, May, June, and July sessions**, students will be walked out to the lobby by the proctor in a group at approximately 9:15 a.m.
- For all **August sessions**, students will be walked out to the lobby by the proctor in a group at approximately Noon.
- Families of students moving on to Assessment will be notified by the Highly Capable Department. At that time, families will be given information for how to register their student for an Assessment date.

APRIL 2018 SCREENING

Session 1:	April 24
Session 2:	April 26

MAY 2018 SCREENING

Session 1:	May 8
Session 2:	May 17

JUNE 2018 SCREENING

Session 1:	June 5
Session 2:	June 13

JULY 2018 SCREENING

Session 1:	July 10
Session 2:	July 19

AUGUST 2018 SCREENING

Session 1:	August 6
Session 2:	August 7
Session 3:	August 8
Session 4:	August 9
Session 5:	August 10

ASSESSMENT:

- All assessment will take place at the Northshore School District Administration Building (3330 Monte Villa Parkway, Bothell, WA 98021).
- Once you arrive at the Administration Building, please sign in at the front desk and wait in the lobby.
- For all sessions, the proctor will gather all students promptly at 8:00 a.m.
- Late arrivals will need to reschedule, provided there is space available.
- Once students arrive in the Assessment Room, students will be taking the ITBS & TTCT using paper and pencil. The proctor will read the directions for administration to the group.
- The full ITBS is 90 minutes in length. Students will have a short break before beginning the TTCT, which is 30 minutes in length.
- Students will be walked out to the lobby in a group by the proctor at approximately 10:30 a.m.

MAY 2018 ASSESSMENT

May 30

JUNE 2018 ASSESSMENT

June 27

JULY 2018 ASSESSMENT

July 25

AUGUST 2018 ASSESSMENT

August 13-17

Chris Bigelow, Director (425-408-7726)

Administrative Center
3330 Monte Villa Parkway
Bothell, WA 98021-8972

Cuestionario sobre la vivienda del estudiante

Las respuestas a las siguientes preguntas pueden ayuda a determinar los servicios que este estudiante puede ser elegible para recibir en los términos de la Ley McKinney-Vento 42 U.S.C. 11435. La Ley McKinney-Vento proporciona servicios y apoyos a niños y jóvenes que están en situación de falta de vivienda. (Vea el reverso para obtener más información)

Si usted es dueño de su vivienda o si la renta, no necesita contestar este formulario.

Si usted no es dueño de su vivienda ni la renta, marque todas las casillas que apliquen. (Entregar al enlace del distrito para personas sin vivienda. Puede encontrar la información de contacto al final de la página).

- ☐ En un motel
- ☐ En un refugio
- ☐ Mudándose de un lugar a otro, en sofás de amigos
- ☐ En la casa o departamento de alguien más, con otra familia
- ☐ En una residencia con servicios inadecuados (sin agua, calefacción, electricidad, etc.)
- ☐ Un automóvil, parque, campamento o lugar similar
- ☐ Vivienda de transición
- ☐ Otro _____

Nombre del estudiante: _____
Primer nombre Segundo nombre Apellido

Nombre de la escuela: _____ Grado: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____
Mes/Día/Año

Género: _____

☐ El estudiante no tiene supervisión (no vive con un padre o tutor legal)

☐ El estudiante vive con un padre o tutor legal

DIRECCIÓN DE LA RESIDENCIA ACTUAL: _____

NÚMERO DE TELÉFONO O NÚMERO DE CONTACTO: _____ NOMBRE DEL CONTACTO _____

Nombre de los padres o tutores legales en letra de molde: _____
(O menor sin supervisión)

*Firma del padre o tutor legal: _____ Fecha: _____
(O menor sin supervisión)

*Declaro, bajo pena de perjurio, de conformidad con las leyes del estado de Washington, que la información aquí proporcionada es verdadera y correcta.

Devuelva este formulario contestado a:

Enlace del Distrito	Número de teléfono	Ubicación
---------------------	--------------------	-----------

Para uso exclusivo del personal de la escuela Para efectos de recolección de datos y codificación en el sistema de información de estudiantes

- ☐ (N) No en situación de falta de vivienda ☐ (A) Refugios ☐ (B) Con otra familia ☐ (C) Sin refugio ☐ (D) Hoteles/Moteles