

# PENDLETON SCHOOL DISTRICT REGISTRATION FORM

\_\_\_\_\_  
Last Name (Legal) First Name Middle Name

\_\_\_\_\_  
Last Name (Preferred) First Name Middle Name

Grade: \_\_\_\_ Gender: M F X DOB: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Student Cell #: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

**Services or Programs** (Check all that may apply): ☐ Military Connected ☐ Medical or Medication Supports ☐ Title I Services ☐ 504 Accommodations ☐ IEP/IFSP/Special Education ☐ English Learner Services ☐ Homeless Youth Services ☐ Behavior Services ☐ Counseling ☐ Migrant ☐ Other: \_\_\_\_\_

## Last School Attended:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Phone \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

## Household Information:

\_\_\_\_\_  
Residence Address: City/State Zip Code

\_\_\_\_\_  
Mailing Address: if different from residence

Do you live on Trust Land? ☐ YES ☐ NO

Are you living with friends or relatives due to financial hardship? ☐ YES ☐ NO

Are you in a temporary living situation (hotel, campground, vehicle, etc.) due to loss of housing or financial hardship? ☐ YES ☐ NO

## Parent/Guardian Information and Emergency Contact Information:

|   | Name   | Relation | L/W    | Phone |      |      | Employer |
|---|--------|----------|--------|-------|------|------|----------|
| 1 |        |          | Y<br>N | Home  | Cell | Work |          |
|   | Email: |          |        |       |      |      |          |
| 2 |        |          | Y<br>N | Home  | Cell | Work |          |
|   | Email: |          |        |       |      |      |          |

## Emergency Contacts: Allowed to pick up student from school

|   | Name | Relationship | Phone |
|---|------|--------------|-------|
| 3 |      |              |       |
| 4 |      |              |       |

## Other Children Living in Household

| Child's Legal Name (Last, First, Middle) | Gender | Birthdate | School | Grade |
|------------------------------------------|--------|-----------|--------|-------|
|                                          |        |           |        |       |
|                                          |        |           |        |       |
|                                          |        |           |        |       |
|                                          |        |           |        |       |

The Federal Family Education Rights and Privacy Act of 1974 permits the school district to release certain information known as “directory information”. If you do not wish us to release “directory information” and/or have your child appear in a photograph, videotape, film or slide, please let your school know IN WRITING within two weeks of receiving this notice. Otherwise it is not necessary to take any action. If you have any questions on this notification, please call the Pendleton School District at (541)276-6711.

\_\_\_\_\_  
Parent/Guardian Signature Relationship Date

## OFFICIAL USE ONLY:

|                   |  |                  |  |                  |  |              |  |               |  |
|-------------------|--|------------------|--|------------------|--|--------------|--|---------------|--|
| Enrolling School: |  | Enrollment Code: |  | Enrollment Date: |  | Records Req: |  | Records Rcvd: |  |
|-------------------|--|------------------|--|------------------|--|--------------|--|---------------|--|

**It is the responsibility of the parent/guardian to provide the school with any legal documentation or court orders that apply to the student and are relevant to the child’s educational experience.**

# FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DEL DISTRITO ESCOLAR DE PENDLETON

Apellido (Legal)

Nombre

Segundo Nombre

Apellido (Preferido)

Nombre

Segundo Nombre

Grado: \_\_\_\_\_ Género: M F Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Número de celular del estudiante: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**Servicios o programas** (marque todos los que correspondan): ☐ Conectado con militares ☐ Apoyo médico o de medicamentos ☐ Servicios del Título I ☐ Adaptaciones 504 ☐ IEP/IFSP/Educación especial ☐ Servicios para estudiantes de inglés ☐ Servicios para jóvenes sin hogar ☐ Servicios de comportamiento ☐ Asesoramiento ☐ Migrante ☐ Otro: \_\_\_\_\_

**Última escuela a la que asistió:** \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

## Información del hogar:

Dirección de residencia: \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Dirección postal: si es diferente de la residencia \_\_\_\_\_

¿Vive usted en una propiedad de fideicomiso? ☐ Sí ☐ NO

¿Vive usted con amigos o familiares debido a dificultades económicas? ☐ Sí ☐ NO

¿Se encuentra en una situación de vivienda temporal (hotel, camping, vehículo, etc.) debido a la pérdida de su vivienda o dificultades económicas? ☐ Sí ☐ NO

## Información para padres/tutores e información de contacto de emergencia:

|   | Nombre              | Relación |          | Teléfono |         |         | Empleador |
|---|---------------------|----------|----------|----------|---------|---------|-----------|
| 1 |                     |          | Si<br>No | Hogar    | Celular | Trabajo |           |
|   | Correo electrónico: |          |          |          |         |         |           |
| 2 |                     |          | Si<br>No | Hogar    | Celular | Trabajo |           |
|   | Correo electrónico: |          |          |          |         |         |           |

## Contactos de emergencia: Permitido a recoger al estudiante de la escuela.

|   | Nombre | Relación | Teléfono |
|---|--------|----------|----------|
| 3 |        |          |          |
| 4 |        |          |          |

## Otros niños que viven en el hogar

| Nombre legal del niño (Apellido, Nombre, Segundo nombre) | Género | Fecha de nacimiento | Escuela | Grado |
|----------------------------------------------------------|--------|---------------------|---------|-------|
|                                                          |        |                     |         |       |
|                                                          |        |                     |         |       |

La Ley Federal de Derechos Educativos y Privacidad Familiar de 1974 permite al distrito escolar divulgar cierta información conocida como "información de directorio". Si no desea que divulguemos esta información ni que su hijo/a aparezca en una fotografía, video, película o diapositiva, por favor, infórmele a su escuela POR ESCRITO dentro de las dos semanas posteriores a la recepción de esta notificación. De lo contrario, no es necesario tomar ninguna medida. Si tiene alguna pregunta sobre esta notificación, llame al Distrito Escolar de Pendleton al (541) 276-6711.

Firma del padre/tutor

Relación

Fecha

## SOLO PARA USO OFICIAL:

|                         |  |                        |  |                       |  |                          |  |                      |  |
|-------------------------|--|------------------------|--|-----------------------|--|--------------------------|--|----------------------|--|
| Escuela de inscripción: |  | Código de inscripción: |  | Fecha de inscripción: |  | Requisitos de registros: |  | Registros recibidos: |  |
|-------------------------|--|------------------------|--|-----------------------|--|--------------------------|--|----------------------|--|

**Es responsabilidad del padre/tutor proporcionar a la escuela cualquier documentación legal u orden judicial que se aplique al estudiante y sea relevante para la experiencia educativa del niño.**

## Age and Legal Guardian Verification Form

Date: \_\_\_\_\_

Staff Member Verifying Information: \_\_\_\_\_

Type of Documentation: (check all that apply)

- ☐ Birth Certificate
- ☐ Hospital or Physician's Certificate
- ☐ Adoption Record
- ☐ Legal Affidavit from Parent
- ☐ Previously verified school records
- ☐ Foster Care Guardianship documentation
- ☐ Court Guardianship or Custody documents
- ☐ Other Legal Documentation: \_\_\_\_\_

Student Date of Birth: \_\_\_\_\_

Student:

|                   |            |             |
|-------------------|------------|-------------|
| _____             | _____      | _____       |
| Last Name (Legal) | First Name | Middle Name |

Mother:

|                   |            |             |
|-------------------|------------|-------------|
| _____             | _____      | _____       |
| Last Name (Legal) | First Name | Middle Name |

Father:

|                   |            |             |
|-------------------|------------|-------------|
| _____             | _____      | _____       |
| Last Name (Legal) | First Name | Middle Name |

Formulario de verificación de edad y tutor legal

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

Miembro del personal que verifica la información: \_\_\_\_\_

Tipo de documentación: (marque todas las que correspondan)

- ☐ Certificado de nacimiento
- ☐ Certificado de hospital o médico
- ☐ Registro de adopción
- ☐ Declaración jurada o acta notarial de los padres
- ☐ Expedientes escolares previamente verificados
- ☐ Documentación de tutela temporal
- ☐ Documentos de tutela o custodia judicial
- ☐ Otra documentación legal: \_\_\_\_\_

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

Alumno:

|                  |        |                |
|------------------|--------|----------------|
| _____            | _____  | _____          |
| Apellido (Legal) | Nombre | Segundo Nombre |

Madre:

|                  |        |                |
|------------------|--------|----------------|
| _____            | _____  | _____          |
| Apellido (Legal) | Nombre | Segundo Nombre |

Padre:

|                  |        |                |
|------------------|--------|----------------|
| _____            | _____  | _____          |
| Apellido (Legal) | Nombre | Segundo Nombre |



## Oregon Certificate of Immunization Status *Certificado de estado de vacunación*

Oregon law requires proof of immunization or exemption signed prior to a child's attendance at school, preschool, child care or home day care. This information is being collected on behalf of the Oregon Health Authority and may be released to the Authority or the local public health department by the school or children's facility upon request of the Authority.

*La ley de Oregon requiere que se entregue un comprobante de vacunación o de exención firmado antes de que un(a) menor asista a la escuela, al preescolar, a un centro de cuidado infantil o a una guardería. Esta información se recopila en nombre de la Autoridad de Salud de Oregon y la escuela o el centro infantil, y puede divulgarse a la Autoridad o al departamento local de salud pública, si la Autoridad la solicita.*

|                                                                       |                                    |                                           |                                          |
|-----------------------------------------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------------|------------------------------------------|
| Child's last name<br><i>Apellido del/de la menor</i>                  | First name<br><i>Primer Nombre</i> | Middle name<br><i>Segundo Nombre</i>      | Birth date<br><i>Fecha de Nacimiento</i> |
| Parents' or Guardians' names<br><i>Nombre de los padres o tutores</i> |                                    | Phone number<br><i>Número de Teléfono</i> |                                          |

Write the dates the child received the vaccines

*Indique las fechas en las que el/la menor recibió las vacunas*

| Vaccines / Vacunas                                                           | Dose 1<br><i>Dosis 1</i> | Dose 2<br><i>Dosis 2</i> | Dose 3<br><i>Dosis 3</i> | Dose 4<br><i>Dosis 4</i> | Dose 5<br><i>Dosis 5</i> |
|------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Diphtheria/Tetanus/Pertussis<br><i>Difteria/tétanos/tos ferina</i><br>(DTaP) |                          |                          |                          |                          |                          |
| (Tdap)                                                                       |                          |                          |                          |                          |                          |
| Polio (IPV or OPV)                                                           |                          |                          |                          |                          |                          |
| Varicella (Chickenpox)<br><i>Varicela</i>                                    |                          |                          |                          |                          |                          |
| Measles/Mumps/Rubella (MMR)<br><i>Sarampión/paperas/rubéola</i>              |                          |                          |                          |                          |                          |
| Hepatitis B (Hep B)                                                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| Hepatitis A (Hep A)                                                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| Haemophilus Influenzae Type B<br><i>Tipo B (Hib)</i>                         |                          |                          |                          |                          |                          |

I certify that the information on the form is an accurate record of this child's immunizations.

*Certifico que la información en el formulario es un registro exacto de las vacunas de este(a) menor.*

Signature\*

*Firma\* X*

Date

*Fecha*

Update Signature

*Actualizar la firma*

Date

*Fecha*

*\*Parent, guardian, child at least 15 years of age, medical provider or county health department staff person may sign to verify vaccinations received.*

*\*El padre, la madre, el tutor, un estudiante de por lo menos 15 años de edad, un proveedor médico o un miembro del personal del departamento de salud del condado puede firmar para verificar las vacunas.*



## Instructions for Completing the Certificate of Immunization Status

---

### Contact information:

Complete information for your child including full name, birthdate, current mailing address, parents' or guardians' names and phone number. This information will be used to contact you if there are questions about your child's immunization history.

---

### Required vaccines (First page):

Fill in the month/day/year that your child received each dose of vaccine. Doses must be listed in the order received. Check with your child's school or daycare to find out which vaccines are required for your child's age or grade.

---

### Signature:

The parent or guardian signature is a sworn statement that the child's record is accurate. The signature of a physician or local health department is not required but it is acceptable. People 15 years and older can sign their own records. **Every time you add on to your child's information you need to resign the form.**

---

### Other vaccines received (Second page):

For any vaccine not listed on the front, fill in the month/day/year that your child received each dose of vaccine.

---

### Exemptions:

Oregon allows medical and nonmedical exemptions.

For a nonmedical exemption, check the appropriate box and submit one of the following required documents:

1. A certificate signed by a health care practitioner verifying discussion of the benefits and risks of immunization, or
2. A certificate of completion of the vaccine educational module about the benefits and risks of immunization.

Indicate which vaccines you are exempting your child from by checking the boxes. Sign and date on the indicated line.

For a medical exemption, submit the Oregon Medical Exemption Form signed by your child's physician to the school or child care.

Immunity documentation requires a proof of disease from a blood test or documentation from a health care practitioner or local health department. Submit this documentation to the school or child care.

## **Instrucciones para llenar el Certificado de Estado de Vacunación**

---

### ***Información de contacto:***

Dé la siguiente información sobre su hijo(a): nombre completo, fecha de nacimiento, nombres de los padres o tutores. Usaremos esta información para comunicarnos con usted si hay preguntas sobre los datos de vacunación de su hijo(a).

---

### ***Vacunas requeridas (primera página):***

Escriba el mes/día/año en que su hijo(a) recibió cada dosis de vacuna. Las dosis se deben enumerar en el orden en que fueron recibidas. Averiguar con la escuela o guardería cuales son las vacunas requeridas para la edad y grado escolar de su niño(a).

---

### ***Firma:***

La firma del padre, madre o tutor, es una declaración jurada de que la historia de vacunas del niño esta correcta. La firma del médico o del departamento de salud local no son requeridas, pero son aceptadas.

**Cada vez que agregue datos a la información sobre su hijo(a) debe volver a firmar el formulario.**

---

### ***Otras vacunas recibidas (segunda página):***

Por vacunas que no están mencionadas en la primera página nómbrelas en la segunda página, escriba el mes/día/año en que su hijo(a) recibió cada dosis de vacuna.

---

### ***Exenciones:***

Oregón permite exenciones médicas y no médicas.

Para una exención no médica, marque la casilla adecuada y presente uno de los siguientes documentos requeridos:

1. Un certificado firmado por un proveedor de atención de salud verificando la discusión de los beneficios y riesgos de la vacunación, o
2. Un certificado de terminación del módulo educativo de la vacuna sobre los beneficios y riesgos de la vacunación.

Para una exención médica presente el formulario de Exención Médica de Oregon firmado por el doctor de su hijo(a) o el departamento de salud local a la escuela o cuidado infantil.

La documentación de inmunidad requiere un comprobante de enfermedad por análisis de sangre o documentación de un médico u del departamento de salud local. Entregue la documentación a la escuela o guardería.



# State of Oregon - Language Use Survey

**This document is given when a student enters a school district for the first time.**

The State of Oregon honors the languages and cultures of its people and respects all languages in our schools. We encourage the revitalization and preservation of indigenous languages and multilingualism.

This document will allow the school to determine if your student qualifies for screening to receive additional instruction to learn the English language.

**Student Name:** \_\_\_\_\_ **Grade:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_

**Parent/guardian name:** \_\_\_\_\_

**Parent/guardian signature:** \_\_\_\_\_

| Information                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Questions                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| This section will allow the school to know if your student qualifies for screening to receive additional instruction to learn the English language.                                                                                                                                               | <ol style="list-style-type: none"><li>1. What language(s) are primarily used in the home?<br/>_____</li><li>2. What was the first language(s) that your student learned?<br/>_____</li><li>3. What language(s) does your student use most frequently at home?<br/>_____</li></ol> |
| <p>This question will let the school know if you, the parent/guardian, need an interpreter or documents translated. This has no cost.</p> <p><i>This section is for informational purposes only and is not used to identify if your student needs supports to learn the English language.</i></p> | <p>In what language(s) would you prefer to receive communication from the school?</p> <p>_____</p>                                                                                                                                                                                |



# State of Oregon - Language Use Survey

## Estado de Oregón - Encuesta De Idiomas En Casa

**Este documento se da cuando un estudiante entra al distrito escolar por primera vez.**

El estado de Oregón respeta todos los idiomas y culturas de nuestros habitantes, y respeta todos los idiomas/ en nuestras escuelas. Fomentamos la revitalización de las lenguas indígenas y el multilingüismo.

Este documento es para entender si su estudiante califica para recibir apoyos adicionales para aprender el idioma inglés.

Nombre de su estudiante: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre de padre, madre, o guardián: \_\_\_\_\_

Firma de padre, madre, o guardián: \_\_\_\_\_

| Información                                                                                                                                                                                                                                                                  | Preguntas                                                                                                                                                                                                                                    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| La información en esta sección ayudará a la escuela a determinar si su estudiante necesita instrucción adicional en el idioma inglés.                                                                                                                                        | <p>1. ¿Qué idioma(s) se usa principalmente en su casa?</p> <p>_____</p> <p>2. ¿Cuál fue el primer idioma(s) que aprendió su estudiante?</p> <p>_____</p> <p>3. ¿Qué idioma(s) usa con más frecuencia su estudiante en casa?</p> <p>_____</p> |
| Su respuesta a esta pregunta informará a la escuela si usted necesita un intérprete o documentos traducidos. Esto no tiene costo.<br><br><i>Esta sección es informativa y no se utiliza para identificar si su estudiante necesita apoyo para aprender el idioma inglés.</i> | <p>¿En qué idioma(s) prefiere que la escuela se comuniqué con usted?</p> <p>_____</p>                                                                                                                                                        |

Ultima revision – 4 de noviembre, 2022

Last Update November 4, 2022

## Race & Ethnicity Information Form

Beginning in 2010, new federal regulations require that all U.S. schools gather statistical data on students' race and ethnicity using new categories. In order for the data to best reflect the identities of our communities, it is important that parents and guardians be thoughtful about their families' ethnic and racial identity when choosing the appropriate categories for their children. Both questions below **must** be answered to complete all student records.

*Please complete one form for each of your students, answering both Question #1 and #2, and return the form(s) to the school office. Thank you.*

### Student Information

School: \_\_\_\_\_

Student Name: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_

**Question #1 (required): ETHNICITY — Are you Hispanic or Latino?** ☐ Yes ☐ No

*All persons of Latino, Hispanic or Spanish origin (descended from a Central or South American, Mexican, Cuban, Puerto Rican, Dominican, or other Spanish-speaking country of origin, regardless of race or original language) should answer "Yes." All persons answering "Yes" to this first question will be recorded as Hispanic/Latino. Continue to Question #2.*

**Question #2 (required): RACE — Please mark all that apply.**

*You must mark at least one category. Those who choose more than one category will be reported as multiracial.*

☐ **American Indian or Alaskan Native:**

☐ **U.S.** A person having origins in any of the indigenous peoples of the continental U.S. or Alaska. **Tribal affiliation, if known:**

\_\_\_\_\_

☐ **Latin America and Canada** A person having origins in any of the indigenous peoples of Canada, Mexico, Central America, South America, or the Caribbean.

☐ **Asian** A person having origins in any of the original peoples of the Far East, Southeast Asia, or the Indian subcontinent.

☐ **Black or African American** A person having origins in any of the original peoples of the Black racial groups of Africa.

☐ **Native Hawaiian or Other Pacific Islander** A person having origins in any of the original peoples of Hawaii, Guam, Samoa or other Pacific Islands.

☐ **White** A person having origins in any of the original peoples of Europe, the Middle East or North Africa.

\_\_\_\_\_  
Signature of Parent or Guardian

\_\_\_\_\_  
Date

*If an individual or the parent on behalf of the student does not complete the two-part question, then the educational institution will take steps to collect and document information allowing the reporting of the individual in one of the Federal reporting categories. The US Department of Education will continue its existing policy of **using observer identification in these cases.***

## Formulario de información de raza y etnia

A partir de 2010, las nuevas regulaciones federales requieren que todas las escuelas de EE. UU. recopilen datos estadísticos sobre la raza y el origen étnico de los estudiantes utilizando nuevas categorías. Para que los datos reflejen mejor las identidades de nuestras comunidades, es importante que los padres y tutores consideren la identidad étnica y racial de sus familias al elegir las categorías adecuadas para sus hijos. Ambas preguntas a continuación deben responderse para completar todos los registros de los estudiantes.

Por favor complete un formulario para cada uno de sus estudiantes, respondiendo las preguntas # 1 y # 2, y devuelva el (los) formulario (s) a la oficina de la escuela. Gracias.

### Información del estudiante

Escuela: \_\_\_\_\_

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

**Pregunta # 1 (requerida): ETNICIDAD - ¿Es usted hispano o latino?** ☐ Sí ☐ No

*Todas las personas de origen latino, hispano o español (descendientes de un país de origen centro o sudamericano, mexicano, cubano, puertorriqueño, dominicano u otro país de origen hispanohablante, independientemente de su raza o idioma original) deben responder "Sí". Todas las personas que respondan "Sí" a esta primera pregunta serán registradas como hispanas / latinas. Continúe con la Pregunta # 2.*

**Pregunta # 2 (requerida): CARRERA - Marque todas las que correspondan.**

**Debes marcar al menos una categoría. Aquellos que elijan más de una categoría serán reportados como multirraciales.**

☐ **Índio americano o nativo de Alaska:**

☐ **U.S.** Una persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos indígenas de los Estados Unidos continentales o Alaska. **Afiliación tribal, si se conoce:** \_\_\_\_\_

☐ **América Latina y Canadá** Una persona que tiene sus orígenes en cualquiera de los pueblos indígenas de Canadá, México, América Central, América del Sur o el Caribe.

☐ **Asiático** Persona que tiene sus orígenes en cualquiera de los pueblos originarios del Lejano Oriente, el sudeste asiático o el subcontinente indio.

☐ **Negro o afroamericano** Una persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos originarios de los grupos raciales negros de África.

☐ **Nativo hawaiano u otro isleño del Pacífico** Una persona que tenga orígenes en cualquiera de los pueblos originarios de Hawai, Guam, Samoa u otras islas del Pacífico.

☐ **Blanco** Persona que tiene sus orígenes en cualquiera de los pueblos originarios de Europa, Oriente Medio o África del Norte.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre o tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

*Si una persona o el padre en nombre del estudiante no completa la pregunta de dos partes, la institución educativa tomará las medidas necesarias para recopilar y documentar la información que permita la denuncia de la persona en una de las categorías de informes federales. El Departamento de Educación de EE. UU. Continuará con su política actual de utilizar la identificación de observador en estos casos.*

## Pendleton School District – Electronic Communications System Agreement

Your student needs your permission to use the district's electronic communications system. Your student will be able to communicate with other schools, colleges, organizations and individuals around the world through the Internet and other electronic information systems/networks.

With this educational opportunity also comes responsibility. Inappropriate system use may result in discipline, up to and including expulsion from school, suspension or revocation of your student's access to the district's electronic communications system, and/or referral to law enforcement officials.

Although the district is committed to practices that ensure the safety and welfare of system users, including the use of technology protection measures such as Internet filtering, please be aware that there may still be material or communications on the Internet that district staff, parents and students may find objectionable. While the district neither encourages nor condones access to such material, it is not possible for us to eliminate that access completely.

Attached to this letter is an agreement for your student and you to read and sign stating agreement to follow the district's electronic communications system policy and administrative regulation. The district's policy IIBGA – Electronic Communications System and administrative regulation are accessible from the district's website or upon request and include provisions on, but are not limited to, student use under General Use Prohibitions and Guidelines/Etiquette and student-related rules under Violations and Consequences.

Please review the district's Electronic Communications policy and administrative regulation, and the provision therein, carefully with your student and return the attached agreement form to the school office indicating your permission for your student to use the district's electronic communications system.

Policy IIBGA: Electronic Communications System

[https://policy.osba.org/pendletn/search.asp?si=75853865&pid=r&nsb=1&n=0&\\_charset\\_=windows-1252&bcd=%F7&s=pendletn&query=electronic+](https://policy.osba.org/pendletn/search.asp?si=75853865&pid=r&nsb=1&n=0&_charset_=windows-1252&bcd=%F7&s=pendletn&query=electronic+)

\*\*\*\*\*

### Student Agreement for an Electronic Communications System Account

\*Student agreement must be renewed each academic year.

Student Name: \_\_\_\_\_

Grade: \_\_\_\_\_

School: \_\_\_\_\_

I have received notice of and read the district's Electronic Communications System policy and administrative regulation. I give my permission to the district to issue an account for my student and certify that the information contained in this form is correct. I will monitor my student's use of the system and the access to the Internet and will accept responsibility for supervision in that regard if and when my student's use is not in a school setting. In consideration for the privilege of using the district's electronic communications system and in consideration for having access to the public networks, I hereby release the district, its operators and any institutions with which they are affiliated from any and all claims and damages of any nature arising from my, or my student's use, or inability to use, the system including, without limitation, the type of damages identified in the district's policy and administrative regulation.

Parent/Guardian Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Parent/Guardian Name: (please print) \_\_\_\_\_

## **Distrito Escolar de Pendleton – Acuerdo del Sistema de Comunicaciones Electrónicas**

Su estudiante necesita su permiso para usar el sistema de comunicaciones electrónicas del distrito. Su estudiante podrá comunicarse con otras escuelas, universidades, organizaciones e individuos de todo el mundo a través de Internet y otros sistemas/redes de información electrónica.

Con esta oportunidad educativa también viene la responsabilidad. El uso inapropiado del sistema puede resultar en medidas disciplinarias, que pueden incluir la expulsión de la escuela, la suspensión o revocación del acceso de su estudiante al sistema de comunicaciones electrónicas del distrito y/o la remisión a los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley.

Aunque el distrito está comprometido con las prácticas que garantizan la seguridad y el bienestar de los usuarios del sistema, incluido el uso de medidas de protección tecnológicas como el filtrado de Internet, tenga en cuenta que aún puede haber material o comunicaciones en Internet que el personal del distrito, los padres y los estudiantes puede encontrar objetable. Si bien el distrito no alienta ni aprueba el acceso a dicho material, no es posible que eliminemos ese acceso por completo.

Adjunto a esta carta hay un acuerdo para que su estudiante y usted lean y firmen el acuerdo de seguir la política y el reglamento administrativo del sistema de comunicaciones electrónicas del distrito. Se puede acceder a la política del distrito IIBGA - Sistema de comunicaciones electrónicas y la regulación administrativa desde el sitio web del distrito o previa solicitud e incluyen disposiciones sobre, entre otros, el uso de los estudiantes bajo Prohibiciones de uso general y Pautas/Etiqueta y reglas relacionadas con los estudiantes bajo violaciones y consecuencias.

Por favor, revise la política de comunicaciones electrónicas del distrito y el reglamento administrativo, y la disposición que contiene, detenidamente con su estudiante y devuelva el formulario de acuerdo adjunto a la oficina de la escuela indicando su permiso para que su estudiante use el sistema de comunicaciones electrónicas del distrito.

Política IIBGA: Sistema de Comunicaciones Electrónicas

[https://policy.osba.org/pendlethn/search.asp?si=75853865&pid=r&nsb=1&n=0&\\_charset\\_=windows-1252&bcd=%F7&s=pendlethn&query=electronic+](https://policy.osba.org/pendlethn/search.asp?si=75853865&pid=r&nsb=1&n=0&_charset_=windows-1252&bcd=%F7&s=pendlethn&query=electronic+)

\*\*\*\*\*

### **Acuerdo de Estudiante para una Cuenta del Sistema de Comunicaciones Electrónicas**

\*El acuerdo de estudiante debe renovarse cada año académico.

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

Escuela: \_\_\_\_\_

Recibí un aviso y leí la política y el reglamento administrativo del Sistema de comunicaciones electrónicas del distrito. Doy mi permiso al distrito para emitir una cuenta para mi estudiante y certifico que la información contenida en este formulario es correcta. Supervisaré el uso del sistema y el acceso a Internet por parte de mi estudiante y aceptaré la responsabilidad de la supervisión en ese sentido siempre y cuando el uso de mi estudiante no sea en un entorno escolar. En contraprestación por el privilegio de usar el sistema de comunicaciones electrónicas del distrito y por tener acceso a las redes públicas, por la presente libero al distrito, a sus operadores y a cualquier institución a la que estén afiliados de todos y cada uno de los reclamos y daños de cualquier naturaleza que surjan del uso o la incapacidad de uso mío o de mi estudiante del sistema, incluidos, entre otros, el tipo de daños identificados en la política y el reglamento administrativo del distrito.

Firma del padre/guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre de los padres/guardián: \_\_\_\_\_

# Pendleton School District

School \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

| Student's Legal Last Name | Student's Legal First Name | Student's Legal Middle Name | Date of Birth |
|---------------------------|----------------------------|-----------------------------|---------------|
|                           |                            |                             |               |

**IMPORTANT:** If the student has a life-threatening condition, please contact the school's nurse prior to the student's first day of school. This form will need to be updated every year. Please provide the student's condition and details.

**Notify the school if there are any changes in your student's health status.**

**Health Conditions** ☐ None: *Student does not have any health conditions.*

- ☐ Life-threatening allergies: \_\_\_\_\_
- ☐ Non-life threatening allergy/sensitivities: \_\_\_\_\_
- ☐ Medication allergies: \_\_\_\_\_

|                                                                                                                         |                                                                                                                      |                                                                                                                                                              |                                                                                                                    |                                                               |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Diabetes<br><input type="radio"/> Type 1<br><input type="radio"/> Type 2<br><b>**See Nurse</b> | <input type="checkbox"/> Seizures<br><input type="radio"/> Absent<br><input type="radio"/> Grand Mal<br>Other: _____ | <input type="checkbox"/> Mental Health<br><input type="radio"/> Anxiety<br><input type="radio"/> Bipolar<br><input type="radio"/> Depression<br>Other: _____ | <input type="checkbox"/> Heart Condition<br><input type="radio"/> Life Threatening<br><input type="radio"/> Stable | <input type="checkbox"/> ADD<br><input type="checkbox"/> ADHD |
| <input type="checkbox"/> Asthma                                                                                         | <input type="checkbox"/> Autism                                                                                      | <input type="checkbox"/> Bleeding Disorder                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> Headaches/Migraines                                                                       | <input type="checkbox"/> Traumatic Brain Injury               |
| <input type="checkbox"/> Concussion Date: _____                                                                         |                                                                                                                      |                                                                                                                                                              |                                                                                                                    |                                                               |
| <input type="checkbox"/> Hearing                                                                                        |                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> Vision Last Exam: _____ <input type="radio"/> Glasses<br><input type="radio"/> Contacts                                             |                                                                                                                    |                                                               |
| <input type="checkbox"/> Other: _____                                                                                   |                                                                                                                      |                                                                                                                                                              |                                                                                                                    |                                                               |

If you have checked any of the boxes above, please complete the following:

| Health Condition | How does the condition present itself?<br>(what it looks like, time of year, what happens etc.) | Treatment and/or Medication |
|------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
|                  |                                                                                                 |                             |
|                  |                                                                                                 |                             |
|                  |                                                                                                 |                             |
|                  |                                                                                                 |                             |

## Parent/Guardian Signature

I verify that the above health information is accurate and complete, and I understand that it is my responsibility to notify the school office promptly of any changes to this information.

Parent/Guardian Printed Name: \_\_\_\_\_ Phone Number: \_\_\_\_\_

Parent/Guardian Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

# Distrito Escolar de Pendleton

Escuela \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

|                               |                             |                                     |                     |
|-------------------------------|-----------------------------|-------------------------------------|---------------------|
| Apellido legal del estudiante | Nombre legal del estudiante | Segundo nombre legal del estudiante | Fecha de nacimiento |
|                               |                             |                                     |                     |

**IMPORTANTE:** Si el estudiante tiene una condición potencialmente mortal, comuníquese con la enfermera de la escuela antes del primer día de clases del estudiante. Este formulario deberá actualizarse cada año. Por favor, proporcione la condición y los detalles del estudiante. **Notifique a la escuela si hay algún cambio en el estado de salud de su estudiante.**

**Condiciones de salud** ☐ Ninguna: *El estudiante no tiene ninguna condición de salud.*

- ☐ Alergias potencialmente mortales: \_\_\_\_\_
- ☐ Alergias/sensibilidades que no ponen en peligro la vida: \_\_\_\_\_
- ☐ Alergias a medicamentos: \_\_\_\_\_

|                                                                                     |                                                                                 |                                                                                             |                                                                                           |                                                                                                                         |
|-------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Diabetes<br>● Tipo 1<br>● Tipo 2<br><b>**Ver Enfermera</b> | <input type="checkbox"/> Convulsiones<br>● Ausente<br>● Gran Mal<br>Otro: _____ | <input type="checkbox"/> Salud mental<br>● Ansiedad<br>● Bipolar<br>● Depresión Otro: _____ | <input type="checkbox"/> Afección cardíaca<br>● _____<br>● Amenaza a la vida<br>● Estable | <input type="checkbox"/> ADD<br><br><input type="checkbox"/> TDAH<br>Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad |
| <input type="checkbox"/> Asma                                                       | <input type="checkbox"/> Autismo                                                | <input type="checkbox"/> Trastorno hemorrágico                                              | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza/migrañas                                       | <input type="checkbox"/> Lesión cerebral traumática                                                                     |
| <input type="checkbox"/> Conmoción      Fecha: _____                                |                                                                                 |                                                                                             |                                                                                           |                                                                                                                         |
| <input type="checkbox"/> Oído                                                       | <input type="checkbox"/> Vista                                                  | Último Examen: _____                                                                        | ● Lentes<br>● Lentes de contacto                                                          |                                                                                                                         |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____                                                |                                                                                 |                                                                                             |                                                                                           |                                                                                                                         |

Si ha marcado alguna de las casillas anteriores, complete lo siguiente:

| Estado de salud | ¿Cómo se presenta la afección?<br>(cómo es, época del año, qué sucede, etc.) | Tratamiento y/o medicación |
|-----------------|------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
|                 |                                                                              |                            |
|                 |                                                                              |                            |
|                 |                                                                              |                            |
|                 |                                                                              |                            |

## Firma del Padre/Tutor

Verifico que la información de salud anterior sea precisa y completa, y entiendo que es mi responsabilidad notificar a la oficina escolar de inmediato sobre cualquier cambio en esta información.

Nombre en letra de imprenta del padre/tutor: \_\_\_\_\_ Número: \_\_\_\_\_

Firma del Padre/Tutor: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

# Notification of Rights under FERPA

The Family Educational Rights and Privacy Act (FERPA) affords parents and students who are 18 years of age or older ("eligible students") certain rights with respect to the student's education records. These rights are:

1. The right to inspect and review the student's education records within 45 days after the day the School receives a request for access.

Parents or eligible students who wish to inspect their child's or their education records should submit to the school principal a written request that identifies the records they wish to inspect. The school official will make arrangements for access and notify the parent or eligible student of the time and place where the records may be inspected.

2. The right to request the amendment of the student's education records that the parent or eligible student believes are inaccurate, misleading, or otherwise in violation of the student's privacy rights under FERPA.

Parents or eligible students who wish to ask the School to amend their child's or their education record should write the school principal, clearly identify the part of the record they want changed, and specify why it should be changed. If the school decides not to amend the record as requested by the parent or eligible student, the school will notify the parent or eligible student of the decision and of their right to a hearing regarding the request for amendment. Additional information regarding the hearing procedures will be provided to the parent or eligible student when notified of the right to a hearing.

3. The right to provide written consent before the school discloses personally identifiable information (PII) from the student's education records, except to the extent that FERPA authorizes disclosure without consent.

One exception, which permits disclosure without consent, is disclosure to school officials with legitimate educational interests. The criteria for determining who constitutes a school official and what constitutes a legitimate educational interest must be set forth in the school's or school district's annual notification for FERPA rights. A school official typically includes a person employed by the school or school district as an administrator, supervisor, instructor, or support staff member (including health or medical staff and law enforcement unit personnel) or a person serving on the school board. A school official also may include a volunteer, contractor, or consultant who, while not employed by the school, performs an institutional service or function for which the school would otherwise use its own employees and who is under the direct control of the school with respect to the use and maintenance of PII from education records, such as an attorney, auditor, medical consultant, or therapist; a parent or student volunteering to serve on an official committee, such as a disciplinary or grievance committee; or a parent, student, or other volunteer assisting another school official in performing his or her tasks. A school official typically has a legitimate educational interest if the official needs to review an education record in order to fulfill his or her professional responsibility.

Upon request, the school discloses education records without consent to officials of another school or school district in which a student seeks or intends to enroll, or is already enrolled if the disclosure is for purposes of the student's enrollment or transfer.

4. The right to file a complaint with the U.S. Department of Education concerning alleged failures by the School to comply with the requirements of FERPA. The name and address of the Office that administers FERPA are:

Student Privacy Policy Office  
U.S. Department of Education  
400 Maryland Avenue, SW  
Washington, DC 20202

Schools may disclose appropriately designated "directory information" without written consent, unless you have advised the school to the contrary. This notice serves as your annual notice of Rights under FERPA and District determined "directory information". If you would like to request the district to not disclose directory information for your child, you must request in writing to the school principal which information you do not want disclosed within 15 days of this notice. The primary purpose of directory information is to allow the school to include information from your child's education records in certain school publications.

Directory information may include information such as a student's name, photograph, field of study, athletics and activities participation, weight and height of athletic team members, degrees, honors, awards, and dates of attendance.

# Notificación de Derechos bajo FERPA

La Ley de Privacidad y Derechos Educativos de la Familia (FERPA) otorga a los padres y estudiantes mayores de 18 años ("estudiantes elegibles") ciertos derechos con respecto a los registros educativos del estudiante. Estos derechos son:

El derecho a inspeccionar y revisar los registros educativos del estudiante dentro de los 45 días posteriores al día en que la Escuela recibe una solicitud de acceso.

Los padres o los estudiantes elegibles que deseen inspeccionar los registros educativos o de sus hijos deben enviar al director de la escuela una solicitud por escrito que identifique los registros que desean inspeccionar. El oficial de la escuela hará los arreglos para el acceso y notificará al padre o estudiante elegible de la hora y el lugar donde se pueden inspeccionar los registros.

El derecho a solicitar la modificación de los registros educativos del estudiante que el padre o el estudiante elegible crea que son inexactos, engañosos o que violan los derechos de privacidad del estudiante bajo FERPA.

Los padres o los estudiantes elegibles que deseen solicitar a la escuela que modifique el registro educativo o de su hijo deben escribir al director de la escuela, identificar claramente la parte del registro que desean modificar y especificar por qué debe modificarse. Si la escuela decide no enmendar el registro según lo solicitado por el padre o estudiante elegible, la escuela notificará al padre o estudiante elegible sobre la decisión y su derecho a una audiencia con respecto a la solicitud de enmienda. Se proporcionará información adicional sobre los procedimientos de la audiencia al padre o estudiante elegible cuando se le notifique el derecho a una audiencia.

El derecho a proporcionar consentimiento por escrito antes de que la escuela divulgue información de identificación personal (PII) de los registros educativos del estudiante, excepto en la medida en que FERPA autorice la divulgación sin consentimiento.

Una excepción, que permite la divulgación sin consentimiento, es la divulgación a funcionarios escolares con intereses educativos legítimos. Los criterios para determinar quién constituye un funcionario escolar y qué constituye un interés educativo legítimo deben establecerse en la notificación anual de la escuela o distrito escolar para los derechos de FERPA. Un funcionario escolar generalmente incluye a una persona empleada por la escuela o el distrito escolar como administrador, supervisor, instructor o miembro del personal de apoyo (incluido el personal médico o de salud y el personal de la unidad policial) o una persona que forma parte de la junta escolar. Un funcionario escolar también puede incluir a un voluntario, contratista o consultor que, aunque no sea empleado de la escuela, realice un servicio o función institucional para el cual la escuela usaría a sus propios empleados y que esté bajo el control directo de la escuela con respecto a al uso y mantenimiento de PII de registros educativos, como un abogado, auditor, consultor médico o terapeuta; un padre o estudiante que se ofrece como voluntario para servir en un comité oficial, como un comité disciplinario o de quejas; o un padre, estudiante u otro voluntario que ayuda a otro funcionario escolar a realizar sus tareas. Un funcionario escolar generalmente tiene un interés educativo legítimo si el funcionario necesita revisar un registro educativo para cumplir con su responsabilidad profesional.

Previo solicitud, la escuela divulga registros educativos sin consentimiento a los funcionarios de otra escuela o distrito escolar en el que un estudiante busca o tiene la intención de inscribirse, o ya está inscrito si la divulgación es para fines de inscripción o transferencia del estudiante.

El derecho a presentar una queja ante el Departamento de Educación de los EE. UU. sobre supuestos incumplimientos por parte de la Escuela de cumplir con los requisitos de FERPA. El nombre y dirección de la Oficina que administra FERPA son:

Oficina de Política de Privacidad del Estudiante  
Departamento de Educación de EE. UU.  
400 Maryland Avenue, SW  
Washington, DC 20202

Las escuelas pueden divulgar "información de directorio" apropiadamente designada sin consentimiento por escrito, a menos que usted haya informado a la escuela de lo contrario. Este aviso sirve como su aviso anual de Derechos bajo FERPA y la "información de directorio" determinada por el Distrito. Si desea solicitar al distrito que no divulgue la información del directorio de su hijo, debe solicitar por escrito al director de la escuela qué información no desea que se divulgue dentro de los 15 días posteriores a este aviso. El objetivo principal de la información del directorio es permitir que la escuela incluya información de los registros educativos de su hijo en ciertas publicaciones escolares.

La información del directorio puede incluir información como el nombre del estudiante, fotografía, campo de estudio, participación en actividades y deportes, peso y altura de los miembros del equipo deportivo, títulos, honores, premios y fechas de asistencia.



**Pendleton School District 16R**  
**107 NW 10<sup>th</sup> Street**  
**Pendleton, OR 97801**  
Ph: 541-276-6711  
Fax: 541-278-3208  
[www.pendleton.k12.or.us](http://www.pendleton.k12.or.us)  
**Dr. Michelle Jensen, Superintendent**

### **SPECIAL EDUCATION CHILD FIND**

Pendleton School District actively identifies individuals with disabilities under the age of twenty-one (21). For children under the age of five (5) screening, evaluation, diagnosis and programming is available through the InterMountain Education Service District (541-276-6616).

Pendleton School District provides for evaluation, diagnosis, and specialized educational programming for school age children (ages 5-21). The following special education services are provided:

1. Special education and related services appropriate to their needs for students who are eligible for services under the following disability categories: Specific Learning Disability, Speech and Language Impairment, Developmental Delay (ages 3-9), Deafblindness, Visual Impairment, Deaf or Hard of Hearing, Orthopedic Impairment, Autism, Other Health Impairment, Emotional Behavior Disability, Intellectual Disability, or Traumatic Brain Injury.
2. Evaluations and planning for eligible students under Section 504 of the Rehabilitative Act of 1973.

For more information contact:

Julie Smith  
Special Programs Director  
Pendleton School District  
107 NW 10<sup>th</sup> St.  
Pendleton, OR 97801  
541-966-3262

**"The Pendleton School District is a place where I belong, where I can succeed!"**



**Pendleton School District 16R**  
**107 NW 10<sup>th</sup> Street**  
**Pendleton, OR 97801**  
Ph: 541-276-6711  
Fax: 541-278-3208  
[www.pendleton.k12.or.us](http://www.pendleton.k12.or.us)  
**Dr. Michelle Jensen, Superintendent**

### **DETECCIÓN DE EDUCACIÓN ESPECIAL PARA NIÑOS**

El Distrito Escolar de Pendleton identifica activamente a personas con discapacidad menores de veintiún (21) años. Para niños menores de cinco (5) años, se ofrece detección, evaluación, diagnóstico y servicios de programas a través del Distrito de Servicios Educativos InterMountain (541-276-6616).

El Distrito Escolar de Pendleton ofrece evaluación, diagnóstico y programas educativos especializados para niños en edad escolar (de 5 a 21 años). Se ofrecen los siguientes servicios de educación especial:

1. Educación especial y servicios relacionados apropiados a sus necesidades para estudiantes que son elegibles para servicios bajo las siguientes categorías de discapacidad: discapacidad específica de aprendizaje, impedimento del habla y del lenguaje, retraso del desarrollo (de 3 a 9 años), sordoceguera, impedimento visual, sordo o con dificultades auditivas, impedimento ortopédico, autismo, otro impedimento de salud, discapacidad del comportamiento emocional, discapacidad intelectual o lesión cerebral traumática.
2. Evaluaciones y planificación para estudiantes elegibles según la Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973.

Para más información contacte a:  
Julie Smith  
Director de Programas Especiales  
Distrito Escolar de Pendleton  
107 NW 10<sup>th</sup> St.  
Pendleton, OR 97801  
541-966-3262

**“¡El Distrito Escolar de Pendleton es un lugar al que pertenezco y donde puedo tener éxito!”**