



# HOOKER PUBLIC SCHOOLS



## STUDENT INFORMATION

NAME THE STUDENT GOES BY: \_\_\_\_\_

GRADE: \_\_\_\_\_

FULL LEGAL NAME: \_\_\_\_\_

SOCIAL SOCIAL SECURITY NUMBER (OPTIONAL): \_\_\_\_\_ AGE: \_\_\_\_\_

ADDRESS PHYSICAL: \_\_\_\_\_ ADDRESS MAILING: \_\_\_\_\_

DATE OF BIRTH: \_\_\_\_\_ PLACE OF BIRTH: \_\_\_\_\_

HAS THE STUDENT QUALIFIED FOR BUS TRANS PORT TO AND FROM SCHOOL: YES NO

PRIMARY LANGUAGE: \_\_\_\_\_ RACE: \_\_\_\_\_

IMMIGRANT (Born outside USA AND not in USA schools at least 3 years): YES NO

IS YOUR STUDENT RECEIVING ANY SERVICES? YES NO

If YES, WHICH: 504 ELL SPECIAL EDUCATION IEP SPEECH OTHER

CUSTODY INFORMATION:

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

LEGAL MOTHER/ GUARDIAN:			
ADDRESS:			CELL PHONE:
EMAIL:			HOME PHONE:
EMPOLYER:			WORK PHONE:

LEGAL FATHER/ GUARDIAN:			
ADDRESS:			CELL PHONE:
EMAIL:			HOME PHONE:
EMPOLYER:			WORK PHONE:



## STUDENT INFORMATION

APODO:

CALIFICACIÓN:

LLENO NOMBRE LEGAL:

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (OPCIONAL): \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN FÍSICA: \_\_\_\_\_ DIRECCIÓN POSTAL: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ LUGAR DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

¿EL ESTUDIANTE ESTÁ CALIFICADO PARA EL TRANSPORTE EN AUTOBÚS HACIA Y DESDE LA ESCUELA?

SÍ                      NO

INMIGRANTE (Nacido fuera de USA que no ha asistido a escuelas en USA durante al menos 3 años):

SÍ                      NO

IDIOMA PRINCIPAL: \_\_\_\_\_ RAZA: \_\_\_\_\_

¿SU ESTUDIANTE RECIBE ALGÚN SERVICIO?                      SÍ                      NO

Si es así, ¿cuál?    504    ELL    EDUCACIÓN    ESPECIAL    IEP    HABLA    OTRO

INFORMACIÓN DE CUSTODIA:

MADRE LEGAL/TUTORA:			
DIRECCIÓN:	TELÉFONO MÓVIL:		
CORREO ELECTRÓNICO:	TELÉFONO DE CASA:		
EMPLEADOR:	TELÉFONO DEL TRABAJO:		

PADRE LEGAL/TUTOR:			
DIRECCIÓN:	TELÉFONO MÓVIL:		
CORREO ELECTRÓNICO:	TELÉFONO DE CASA:		
EMPLEADOR:	TELÉFONO DEL TRABAJO:		



## Currently Enrolled Siblings Of Student & Grade

PLEASE WRITE ALL THE STUDENTS SIBLINGS AND GRADE. THIS WILL HELP THE OFFICE MAKE SURE THAT ALL CONTACT INFORMATION IS ACCURATE FOR ALL YOU STUDENTS.

First And Last Name

Grade

1.	_____	_____
2.	_____	_____
3.	_____	_____
4.	_____	_____
5.	_____	_____
6.	_____	_____
7.	_____	_____
8.	_____	_____
9.	_____	_____



# HOOKER PUBLIC SCHOOLS



## Currently Enrolled Siblings Of Student & Grade

POR FAVOR, ESCRIBA LOS HERMANOS Y EL GRADO DE TODOS LOS ESTUDIANTES. ESTO AYUDARÁ A LA OFICINA A ASEGURARSE DE QUE TODA LA INFORMACIÓN DE CONTACTO DE TODOS SUS ESTUDIANTES SEA VERAZ.

Nombre Y Apellido

Grado

1.	_____	_____
2.	_____	_____
3.	_____	_____
4.	_____	_____
5.	_____	_____
6.	_____	_____
7.	_____	_____
8.	_____	_____
9.	_____	_____



# HOOKER PUBLIC SCHOOLS



## 2026-2027 STUDENT RESIDENCY QUESTIONNAIRE

(McKinney-Vento Homeless Assistance Act)

**PLEASE READ CAREFULLY AND COMPLETE FULLY**

No student or family will be discriminated against based upon any of the information provided in this form. The information you provide is confidential. The answers you give will help us determine the services your student may be eligible to receive under the McKinney-Vento Act.

Student Name:		Date Of Birth:
School:		Grade:
Person Completing This Form:	Relation To Student:	Phone:
Current Address:		How Long:

	Yes	No
Is This Current Address A Temporary Living Arrangement?		
Is This Temporary Living Arrangement Due To Loss Of Housing, Economic Hardship, Or Domestic Violence?		
Is The Student Being Enrolled By Someone Other Than A Parent Or Legal Guardian?		
Is The Student An Unaccompanied Youth (Not Living With A Parent Or Legal Guardian)?		
Is The Student A Foster Child Or Waiting For Foster Placement?		

If you answered NO to ALL questions, please sign and date below. Submit form to school personnel.

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

**If you answered YES to ANY question above, please complete the remainder of this form.**

Please select the option that best describes your current living situation:

- With more than one family in a house or apartment. # Bedrooms: \_\_\_\_\_ # People: \_\_\_\_\_
- In a motel/hotel due to lack of alternative, adequate accommodations.
- Name of motel: \_\_\_\_\_ In a shelter/transitional housing.
- Name of agency: \_\_\_\_\_
- In a house, building, or trailer WITHOUT running water, electricity, or gas.
- Living with family or friends because you are an unaccompanied youth (not living with parent or legal guardian).
- In a car, campground, abandoned building, or other public place not intended for regular habitation.
- Wherever I can find a place to stay at night.

Please list all children (under 21 y/o) currently living with you, including those not yet old enough for school enrollment.

First and Last Name of Child	Relationship to Student	Date of Birth	Grade	School Name

**I certify that the information provided above is correct and accurate.**

Signature of Person Completing this form: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_



# HOOKER PUBLIC SCHOOLS



## 2026-2027 STUDENT RESIDENCY QUESTIONNAIRE

(McKinney-Vento Homeless Assistance Act)

**POR FAVOR LEA ATENTAMENTE Y COMPLETE TOTALMENTE**

Ningún estudiante ni familia será discriminado por la información proporcionada en este formulario. La información que proporcione es confidencial. Sus respuestas nos ayudarán a determinar los servicios a los que su estudiante podría tener derecho bajo la Ley McKinney-Vento.

Nombre Del Estudiante:		Fecha De Nacimiento:
Escuela:		Grado:
Persona Que Completa Este Formulario:	Relación Con El Estudiante:	Número De Teléfono:
Dirección Actual:		Cuánto Tiempo:

	Si	No
¿Esta dirección actual es un lugar de vivienda temporal?		
¿Este arreglo de vivienda temporal se debe a la pérdida de vivienda, dificultades económicas o violencia doméstica?		
¿El estudiante está siendo escrito por alguien que no sea su padre o tutor legal?		
¿Es el estudiante un joven no acompañado (que no vive con un padre o tutor legal)?		
¿El estudiante es un niño de crianza temporal o está esperando una colocación en un hogar de acogida?		

Si respondió no a todas las preguntas, firme y feche a continuación. Entregue el formulario al personal de la escuela.

Firma Del Padre/Tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Si respondió sí a cualquiera de las preguntas anteriores, complete el resto de este formulario.**

Seleccione la opción que mejor describa su situación de vida actual:

- Con más de una familia en una casa o apartamento. # habitaciones: \_\_\_\_\_ # personas: \_\_\_\_\_
- En un motel/hotel por falta de alternativas de alojamiento adecuado.
- Nombre del motel: \_\_\_\_\_ en un refugio/vivienda de transición.
- Nombre de la agencia: \_\_\_\_\_
- En una casa, edificio o remolque sin agua corriente, electricidad ni gas..
- Vivir con familiares o amigos porque eres un joven no acompañado (no vives con tus padres o tutor legal).
- En un automóvil, un campamento, un edificio abandonado u otro lugar público no destinado a ser habitado regularmente.
- Donde sea que pueda encontrar un lugar donde pasar la noche.

Enumere a todos los niños (menores de 21 años) que viven actualmente con usted, incluidos aquellos que aún no tienen la edad suficiente para inscribirse en la escuela.

Nombre Y Apellido Del Niño	Relación Con El Estudiante	Fecha De Nacimiento	Grado	Nombre De La Escuela

**Certifico Que La Información Proporcionada Anteriormente Es Correcta Y Precisa.**

Firma De La Persona Que Completa Este Formulario: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_





# HOOKER PUBLIC SCHOOLS



## TITLE ONE SURVEY

Our school is doing this survey to obtain the work status of families in the community. Please answer and return to the office as soon as possible.

If a change of address or phone number is made after filling this out, please be sure to let the school know as soon as possible. We need current phone numbers and addresses on file at all times for emergencies.

Did your family move into this school district within the last 3 years?

Yes  No   
If so, what date \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.  
What city and state did you move from: \_\_\_\_\_,

Has any member of your family applied for work at Tyson Foods, OK Foods, Seaboard, Simmons Processing, or other?

Yes  No   
If so, what date \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

When your family moved here, did any family member look for a job in our agriculture industry?

If so, please circle the type of labor sought:

Farming  
Ranching  
Food Or Meat Processing,  
Production Of Poultry,  
Production Of Swine,  
Production Of Cattle,  
Production Of Sheep,  
Production Of Milk,  
Production Of Hay,  
Production Of Wheat,  
Production Of Cotton,  
Production Of Pecans,  
Production Of Peanuts,

Production Of Berries,  
Production Of Trees,  
Production Of Vegetables,  
Production Of Fruit,  
Production Of Sod Grass.  
Processing Timber,  
Planting Trees,  
Hauling Pulpwood,  
Planting,  
Tilling,  
Hoeing,  
Picking Crops,  
Fishing,

Fishing Guide,  
Clearing,  
Leveling,  
Watering/Caring For Land,  
Feeding/Caring For Animals,  
Hauling Farm Products To Farmers  
Other: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

List below all children in your family:

Student	Birthday	Birthplace	Grade	Male or Female

Address \_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_\_

Parent's signature \_\_\_\_\_



# HOOKER PUBLIC SCHOOLS



## TITLE ONE SURVEY

Nuestra escuela está realizando esta encuesta para conocer la situación laboral de las familias de la comunidad. Por favor, responda y envíela a la oficina lo antes posible.

Si cambia de dirección o número de teléfono después de completar este formulario, por favor, infórmese a la escuela lo antes posible. Necesitamos tener los números de teléfono y direcciones actualizados en todo momento para emergencias.

¿Su familia se mudó a este distrito escolar en los últimos 3 años?

Sí No

Si es así, ¿qué fecha? \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

¿De qué ciudad y estado se mudó? \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

¿Algún miembro de su familia ha solicitado trabajo en Tyson Foods, OK Foods, Seaboard, Simmons Processing u otros?

Sí

No

Si es así, ¿qué fecha? \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Cuando su familia se mudó aquí, ¿algún miembro de la familia buscó trabajo en nuestra industria agrícola?

En caso afirmativo, marque con un círculo el tipo de trabajo buscado:

Agricultura  
Ganadería  
Procesamiento de alimentos o carne,  
Producción de aves de corral,  
Producción de cerdos,  
Producción de ganado,  
Producción de ovejas,  
Producción de leche,  
Producción de heno,  
Producción de trigo,  
Producción de algodón,  
Producción de nueces pecanas,  
Producción de cacahuètes,

Producción de bayas,  
Producción de árboles,  
Producción de hortalizas,  
Producción de fruta,  
Producción de césped en tepes.  
Procesamiento de madera,  
Plantando árboles,  
Transporte de madera para pulpa,  
Plantando,  
Labranza,  
Escardando,  
Recogiendo cosechas,  
Pesca,  
Guía de pesca,

Claro,  
Arrasamiento,  
Riego/Cuidado de la tierra,  
Alimentación y cuidado de los animales,  
Transporte de productos agrícolas a los agricultores

Otro: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Enumere a continuación todos los niños de su familia:

Alumno                                      Cumpleaños      Lugar de nacimiento                                      Calificación      Masculino o femenino

---

---

---

---

---

---

---

---

Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Firma del padre/madre \_\_\_\_\_



# HOOKER PUBLIC SCHOOLS



## OSIIS - Authorization to Use or Share Protected Health Information to School or Day Care

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

Demographic/Client ID #: \_\_\_\_\_

*(For School/Day Care receiving PHI to fill out)*

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

I hereby authorize the Oklahoma Immunization Service to release my Immunization records and information located within the Oklahoma State Immunization Information System ("OSIIS") to: HOOKER PUBLIC SCHOOLS  
*(Name of Person/Organization receiving PHI)*

### The information may be disclosed for the following purpose(s):

- to ensure the student meets Oklahoma eligibility requirements for schools/day cares as outlined in Title 70 O.S. § 1210.191 and Oklahoma Administrative Code ("OAC") 310:535-1-2 and OAC 310: 535-1-3
- Other: \_\_\_\_\_

### I understand that by voluntarily signing this authorization:

- I authorize the use or disclosure of my PHI as described above for the purpose(s) listed.
- I have the right to withdraw permission for the release of my information and revoke this authorization at any time in writing.
- I have the right to receive a copy of this authorization.
- I understand that unless the purpose of this authorization is to determine payment of a claim for benefits, signing this authorization will not affect my eligibility for benefits, treatment, enrollment, or payment of claims.
- I understand I may change this authorization at any time in writing. However, I understand I cannot restrict information that may have already been shared based on this authorization.
- Information used or disclosed pursuant to the authorization may be subject to redisclosure by the recipient and may no longer be protected by HIPAA Privacy Regulations.

Unless revoked or otherwise indicated, this authorization's automatic expiration date will be **one year** from the date of my signature or upon

the occurrence of the following event [ e.g., child no longer enrolled in school/day care center ] \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Signature of Student or Legal Representative

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Description of Legal Representative's Authority



# HOOKER PUBLIC SCHOOLS



## PARENT INFORMED CONSENT FORM

### PARENT-TEACHER CONTRACT

#### Parent Responsibilities

Read the Student Handbook, attend parent-teacher conferences, monitor your children's homework, and read with your children each night for a minimum of 15 minutes. Attend extracurricular activities in which your children participate and volunteer to assist with various school activities and projects.

#### Student Responsibilities

Read each evening for a minimum of 15 minutes, demonstrate respect for school staff, other students, and yourself, complete assigned homework each day, seek academic or personal assistance when needed, participate in school activities and projects, and communicate with your parents regarding your school experiences.

#### Teacher Responsibilities

Communicate frequently with parents and guardians regarding the progress of their children, provide families with timely written reports on student progress, ensure a safe, friendly, and orderly environment, offer guidance to families to support their children's learning, provide tutoring assistance for students, and create opportunities for families to volunteer in classroom activities or projects.

Date \_\_\_\_\_

Student Signature \_\_\_\_\_

Teacher Signature \_\_\_\_\_

### AFFIDAVIT OF RESIDENCY

I verify that I am a resident of Hooker Public School District 1023 or have a valid transfer from the school. I also understand that if I am not a resident of this school district or do not have a valid transfer, my children or wards will NOT be allowed to attend Hooker Schools.

Parent Signature \_\_\_\_\_

### DRUG-FREE SCHOOLS CONTRACT

In compliance with the Drug-Free Schools and Communities Act (P.L. 101-226), the Hooker Board of Education, District 1023, Hooker, OK, has adopted policies relating to all students in the district as detailed in the student handbook. I understand the

policies adopted by the Hooker Board of Education regarding drug-free schools and will abide by them.

Student Signature \_\_\_\_\_

### CORPORAL PUNISHMENT

It is the policy of Hooker Elementary School to administer corporal punishment with parent permission only. Every effort will be made to contact you if corporal punishment is an appropriate disciplinary consideration for your child.

**Please check the appropriate box and sign below.**

**Yes**, when appropriate, you may administer corporal punishment to my child if I cannot be contacted by phone. Please contact me later.

**No**, please do not administer corporal punishment to my child without first contacting me.

### PHOTO PERMISSION

I give permission for my child to have his/her picture printed/published: **(please circle)**

School Website	<b>Yes</b>	<b>No</b>
Yearbook	<b>Yes</b>	<b>No</b>
Class Dojo	<b>Yes</b>	<b>No</b>
Teachers' Facebook	<b>Yes</b>	<b>No</b>
Teachers' Instagram	<b>Yes</b>	<b>No</b>
School Newspaper	<b>Yes</b>	<b>No</b>

### INTERNET & TECHNOLOGY PERMISSION

The District provides students access to technology and internet resources for educational purposes only. Use is subject to district policies, may be monitored, and is a privilege. Misuse, damage, or loss of district technology may result in disciplinary action and/or financial responsibility for repair or replacement. By signing below, the student and parent/guardian agree to these terms.

Student Signature \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

Parent/Guardian Signature \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_



## PARENT INFORMED CONSENT FORM

### CONTRATO PADRES-MAESTROS

#### Responsabilidades de los Padres

Lea el Manual del Estudiante, asista a las conferencias de padres y maestros, supervise la tarea de sus hijos y lea con ellos cada noche durante un mínimo de 15 minutos. Asista a las actividades extracurriculares en las que participan sus hijos y ofrézcase como voluntario para ayudar con diversas actividades y proyectos escolares.

#### Responsabilidades del Estudiante

Leer cada noche durante un mínimo de 15 minutos, demostrar respeto por el personal escolar, otros estudiantes y por sí mismo, completar la tarea asignada cada día, buscar asistencia académica o personal cuando sea necesario, participar en actividades y proyectos escolares, y comunicarse con sus padres sobre sus experiencias escolares.

#### Responsabilidades del Maestro

Comunicarse frecuentemente con los padres y tutores sobre el progreso de sus hijos, proporcionar a las familias informes oportunos por escrito sobre el progreso de los estudiantes, garantizar un entorno seguro, amigable y ordenado, ofrecer orientación a las familias para apoyar el aprendizaje de sus hijos, proporcionar asistencia de tutoría a los estudiantes y crear oportunidades para que las familias se ofrezcan como voluntarias en actividades o proyectos del aula.

Fecha \_\_\_\_\_

Firma del estudiante \_\_\_\_\_

Firma del profesor \_\_\_\_\_

### CASTIGO CORPORAL

Es política de la Escuela Primaria Hooker administrar castigo corporal únicamente con el permiso de los padres. Se hará todo lo posible para contactarle si el castigo corporal es una consideración disciplinaria adecuada para su hijo.

*Por favor, marque la casilla correspondiente y firme abajo:*

**Sí,** cuando sea apropiado, puede administrar castigo corporal a mi hijo si no se me puede contactar por teléfono. Por favor, contáctame más tarde.

**No,** por favor no administre castigo corporal a mi hijo sin comunicarse conmigo primero.

### PERMISO DE FOTOGRAFÍA

Doy permiso para que la fotografía de mi hijo sea impresa o publicada: **(por favor circule)**

Medio / Plataforma	<b>Sí</b>	<b>No</b>
Sitio Web de la Escuela	<b>Sí</b>	<b>No</b>
Anuario (Yearbook)	<b>Sí</b>	<b>No</b>
Class Dojo	<b>Sí</b>	<b>No</b>
Facebook de los Maestros	<b>Sí</b>	<b>No</b>
Instagram de los Maestros	<b>Sí</b>	<b>No</b>
Periódico Escolar	<b>Sí</b>	<b>No</b>

### DECLARACIÓN JURADA DE RESIDENCIA

Verifiqué que soy residente del Distrito Escolar Público de Hooker 1023 o que tengo una transferencia válida de la escuela. También entiendo que si no soy residente de este distrito escolar o no tengo una transferencia válida, a mi hijo/a o tutorados NO se les permitirá asistir a las Escuelas de Hooker.

Firma del Padre/Madre: \_\_\_\_\_

### CONTRATO DE ESCUELAS LIBRES DE DROGAS

En cumplimiento de la Ley de Escuelas Libres de Drogas (P.L. 101-226), la Junta de Educación de Hooker, Distrito 1023, Hooker, OK, adoptó las políticas relativas a todos los estudiantes del distrito que se detallan en el manual del estudiante. Entiendo las políticas adoptadas por la Junta de Educación de Hooker con respecto a las escuelas libres de drogas y las cumpliré.

Firma del estudiante \_\_\_\_\_

### PERMISO DE INTERNET Y TECNOLOGÍA

El Distrito proporciona a los estudiantes acceso a recursos tecnológicos y de internet únicamente con fines educativos. El uso está sujeto a las políticas del distrito, puede ser monitoreado y es un privilegio. El mal uso, daño o pérdida de la tecnología del distrito puede resultar en medidas disciplinarias y/o responsabilidad financiera para la reparación o reemplazo. Al firmar a continuación, el estudiante y el padre/madre/tutor acepta estos términos

Fecha \_\_\_\_\_

Firma del Padre/Madre: \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Firma del estudiante \_\_\_\_\_



## **BUS FORM TO BE COMPLETED FOR ALL STUDENTS!!**

THIS FORM MUST BE COMPLETED IN ORDER TO RIDE THE SCHOOL BUS WHETHER IT IS A BUS ROUTE OR FOR ANY SCHOOL ACTIVITY.

- Please return this form when enrolling at Hooker Public Schools.
- We have read and discussed the school bus policy and rules with our children.
- We agree with the School System that these rules should be enforced and that any student who cannot abide by these simple rules will be disciplined and/or counseled according to this policy.
- As parents/guardians, we ask that the school contact us by telephone or written letter each time our children are involved in incidents so that we might further counsel our children on proper bus conduct.

Sincerely,

\_\_\_\_\_  
Parent/Legal Guardian Signature(s)

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Phone Number

Please provide the name(s) and grade of each child in your family that will be riding the school bus. This statement will be in effect for the current school year.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



## **BUS FORM TO BE COMPLETED FOR ALL STUDENTS!!**

ESTE FORMULARIO DEBE COMPLETARSE PARA PODER VIAJAR EN EL AUTOBÚS ESCOLAR YA SEA UNA RUTA DE AUTOBÚS O PARA CUALQUIER ACTIVIDAD ESCOLAR.

- Devuelva este formulario al inscribirse en las Escuelas Públicas de Hooker.
- Hemos leído y discutido la política y las reglas del autobús escolar con nuestros hijos.
- Estamos de acuerdo con el sistema escolar en que estas reglas deben hacerse cumplir y que cualquier estudiante que no pueda cumplir estas simples reglas será disciplinado y/o aconsejado de acuerdo con esta política.
- Como padres/tutores, solicitamos que la escuela se comunice con nosotros por teléfono o carta escrita cada vez que nuestros hijos estén involucrados en incidentes para que podamos aconsejarte mejor sobre la conducta adecuada en el autobús.

Atentamente,

\_\_\_\_\_  
Firma(s) del padre/tutor legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Número de teléfono

Por favor proporcione el nombre(s) y grado de cada niño en su familia que viajarán en el autobús escolar. Esta declaración estará vigente durante el presente año escolar.

Nombre: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_



# HOOKER PUBLIC SCHOOLS



## PARENTAL AUTHORIZATION TO ADMINISTER MEDICINE

STUDENT: \_\_\_\_\_ GRADE: \_\_\_\_\_

TO: Mrs. Cathcart (Principal)

Hooker Elementary School

I am the parent with legal custody, the legal guardian, or individual assuming permanent care and custody, of \_\_\_\_\_ a student attending this school. This student requires medication at intervals during the school day. I hereby give my consent and authorize and request the school principal, or an employee of the school district designated by the principal to:

**Please initial below and write the name of the medication.**

\_\_\_\_\_ Administer \_\_\_\_\_, a non-prescription medication which I am hereby supplying you, in accordance with the label directions or written instructions from the student's physician which is attached hereto.

Non-prescription medication must be in the original container and will only be given if supplied by parent or guardian.

\_\_\_\_\_ Administer \_\_\_\_\_ a filled prescription medication which I am hereby supplying you, in accordance with the ***directions for the administration of the medicine listed on the label*** of the vial. Medication must be in its original prescription container or a package from the doctor's office.

\_\_\_\_\_ Administer \_\_\_\_\_, a filled prescription medication which I am hereby supplying you, in accordance with the ***written instructions of the physician*** prescribing the medicine, which is attached hereto. Medication must be in its original prescription container or a package from the doctor's office.

\_\_\_\_\_ Permit the student to retain the medication on the student's person since the medication must be administered at unpredictable intervals throughout the day.

Please list any known allergies for this student:

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

\*\*\*\*\*The school does not store or administer medication without a signed authorization. The school does not maintain any communal medication. Students are not permitted to carry or self-administer medication, except when authorized by a physician. Any medication not collected by a guardian by the end of the school year will be discarded.

I understand that under state law, the board of education, the school district, or the employees of the district shall not be liable to the student's parent or guardian for civil damages for any personal injuries to the student which result from acts or omissions of school employees in administering the medicine I have hereby authorized.

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

Phone Number \_( ) - \_\_\_\_\_ Address \_\_\_\_\_



## PARENTAL AUTHORIZATION TO ADMINISTER MEDICINE

ESTUDIANTE: \_\_\_\_\_ GRADO: \_\_\_\_\_

PARA: Mrs. Cathcart (Directora)

Escuela primaria Hooker

Soy el padre con custodia legal, el tutor legal o la persona que asume el cuidado y la custodia permanentes de \_\_\_\_\_ Soy un estudiante que asiste a esta escuela. Este estudiante requiere medicación a intervalos durante la jornada escolar. Por la presente, doy mi consentimiento y autorizo y solicito al director de la escuela, o a un empleado del distrito escolar designado por él, a:

**Por favor, escriba sus iniciales a continuación e indique el nombre del medicamento.**

\_\_\_\_\_ Administrar \_\_\_\_\_, medicamentos sin receta Que por la presente le suministré, de acuerdo con las instrucciones de la etiqueta o las instrucciones escritas del médico del estudiante, que se adjuntan a la presente. Los medicamentos sin receta deben estar en su envase original y solo se administrarán si los proporciona el padre o tutor.

\_\_\_\_\_ Administrar \_\_\_\_\_ medicamentos recetados surtidos que por la presente le facilito, de conformidad con las Instrucciones para la administración del medicamento que figuran en la etiqueta del vial. El medicamento debe estar en su envase original o en un paquete del consultorio médico.

\_\_\_\_\_ Administrar \_\_\_\_\_, unas medicamentos recetados surtidos que por la presente le facilito, de conformidad con las instrucciones escritas del médico Prescribir el medicamento, que se adjunta al presente. El medicamento debe estar en su envase original o en un paquete del consultorio médico.

\_\_\_\_\_ Permitir que el estudiante conserve el medicamento en su cuerpo ya que el mismo debe administrarse a intervalos impredecibles a lo largo del día.

Por favor, enumere cualquier alergia conocida de este estudiante.:

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

\*\*\*\*\* La escuela no almacena ni administra medicamentos sin una autorización firmada. La escuela no mantiene medicamentos de uso común. Los estudiantes no tienen permitido portar ni administrarse medicamentos por sí mismos, excepto cuando cuentan con una autorización médica por escrito. Cualquier medicamento que no sea recogido por un tutor legal al final del año escolar será desechado.

Entiendo que, según la ley estatal, la junta de educación, el distrito escolar o los empleados del distrito no serán responsables ante los padres o tutores del estudiante por daños civiles por cualquier lesión personal al estudiante que resulte de actos u omisiones de los empleados de la escuela al administrar el medicamento que por la presente he autorizado.

Fecha \_\_\_\_\_ Firma del padre/tutor \_\_\_\_\_

Número de teléfono(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ DIRECCIÓN \_\_\_\_\_





## AUTHORIZATION FOR MEDICAL CARE OF MINOR

Nosotros, los padres de \_\_\_\_\_, en el grado \_\_\_\_\_, un estudiante de las Escuelas Hooker, damos nuestro consentimiento para que este estudiante se someta a cualquier examen de rayos X, diagnóstico o tratamiento médico, quirúrgico o dental y atención hospitalaria que se considere necesaria según el consejo de un médico, cirujano o dentista autorizado bajo las leyes del Estado de Oklahoma. AL DAR ESTE CONSENTIMIENTO RECONOZCO Y ENTIENDO que en situaciones en las que el estudiante antes mencionado requiera atención médica u hospitalaria inmediata puede que no sea posible ponerse en contacto conmigo, y que en tales situaciones, no podré evaluar y elegir con conocimiento entre los tratamientos o procedimientos alternativos disponibles, si los hubiera, ni evaluar los riesgos asociados a cada uno de ellos, ni los riesgos asociados a renunciar a todos los tratamientos anteriores; en tales situaciones, autorizó a un médico, cirujano o dentista a ejercer su criterio profesional y evaluar los riesgos inherentes y elegir el tratamiento necesario entre todas las alternativas disponibles y brindar la atención y realizar el tratamiento que, en su criterio profesional, determine que es necesario para la salud y seguridad del estudiante mencionado anteriormente.

\_\_\_\_\_  
 Fecha Firma del padre/tutor legal (\_\_\_\_\_) - \_\_\_\_\_  
 Número de teléfono

\_\_\_\_\_  
 Dirección de calle Ciudad Cremallera Código Postal

### PERSONAS A LAS QUE SE DEBE NOTIFICAR EN CASO DE EMERGENCIA (EXCEPTO PADRES/TUTORES)

Nombre Relación Número de teléfono

Nombre Relación Número de teléfono

### INFORMACIÓN SOBRE EL TRATAMIENTO

Compañía aseguradora Número de póliza de la compañía de seguros

Médico De Familia: (\_\_\_\_\_) - \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
 Teléfono Fecha De Nacimiento Seguro Social

\_\_\_\_\_  
 Fecha De La Última Vacuna Contra El Tétanos Nombre Del Hospital Emergencia Preferida

Lista De Medicamentos Que Toma Actualmente: \_\_\_\_\_

Historial Médico Del Estudiante \_\_\_\_\_

INFORMACIÓN MÉDICA: Marque una opción, si es Sí proporcione la información necesaria

Enfermedad o condición cardíaca	SÍ	NO	Asma	SÍ	NO
Diabetes	SÍ	NO	Medicamentos para la alergia	SÍ	NO
Trastorno convulsivo	SÍ	NO	Alérgico a picaduras de insectos	SÍ	NO

ALERGIAS: \_\_\_\_\_



# HOOKER PUBLIC SCHOOLS



SCHOOL YEAR:

## HOME LANGUAGE SURVEY



### STUDENT INFORMATION

Student Name: \_\_\_\_\_ Grade: \_\_\_\_\_  
Last Name First Name Middle Name

Date of Birth: \_\_\_\_\_ School: \_\_\_\_\_ Student ID#: \_\_\_\_\_ Gender: Male  Female   
MM/DD/YYYY

Is the student of Hispanic or Latino culture or origin? YES  NO

Please select one or more of the following races:

- African American/Black  American Indian/Alaskan Native  Asian  
 Native Hawaiian/Pacific Islander  Caucasian/White

**The purpose of the following questions is to help determine if a student's exposure to a language other than English may make them eligible to receive additional English Learner (EL) supports.**

- What is the dominant language most often spoken by the student? \_\_\_\_\_
- What is the language routinely spoken in the home, regardless of the language spoken by the student? \_\_\_\_\_
- What language was first learned by the student? \_\_\_\_\_
- Does the parent/guardian need interpretation services? YES  NO  If YES, in what language? \_\_\_\_\_
- Does the parent/guardian need translated materials? YES  NO  If YES, in what language? \_\_\_\_\_
- What was the date the student first enrolled in a school in the United States? \_\_\_\_\_  
MM/YYYY

\_\_\_\_\_  
Date (MM/DD/YYYY)

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

### SCHOOL USE ONLY

The response of a language other than English to any or all of questions #1, #2, and #3 above should prompt local review of the student's potential EL identification and assessment history in the state Accountability Reporting application. If no previous EL history is present, the student must be administered a state-approved screening tool to determine their EL status.

**If this HLS will be used for the purposes of Non-EL Bilingual qualification, please indicate one of the following:**

- A language other than English is indicated **TWO OR MORE TIMES** in questions #1, #2, and #3 above. The student is considered "**more often**" and has previously demonstrated English language proficiency on the PKST\* or WIDA assessment :

Assessment Name:	<input type="text"/>	Year Assessed:	<input type="text"/>	Score:	<input type="text"/>
------------------	----------------------	----------------	----------------------	--------	----------------------

- A language other than English is indicated **ONE TIME** in questions #1, #2, and #3 above. The student is considered "**less often**" and has demonstrated English language proficiency on the PKST\* or WIDA assessment. The student's PKST\* or WIDA assessment score and additional qualifying score is noted on the attached "Less Often" Non-EL Bilingual Qualification Form.

\*A PKST score is valid only for a student's pre-K year(s). Regardless of the PKST score earned, a student administered the PKST must be administered the WIDA K Screener at the outset of kindergarten. To qualify a student as Non-EL Bilingual beyond their pre-K year, a student must either demonstrate initial proficiency on the WIDA K Screener or subsequently on the K ACCESS or ACCESS assessment.



AÑO ESCOLAR:

## ENCUESTA DE IDIOMAS HABLADO EN EL HOGAR



### DATOS DEL ALUMNO

Nombre del alumno: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_  
Apellido(s) Nombre Segundo Nombre

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_ No. de carnet estudiantil: \_\_\_\_\_ Genero: Masculino  Feminino   
MM/DD/AAAA

¿Es el alumno de cultura u origen hispano o latino? SI  NO

Seleccione una o más de las siguientes razas:

- afroamericana/negra
- amerindia o nativa de Alaska
- asiática
- Hawaiana o isleña del Pacífico
- caucásica/blanca

**Las preguntas siguientes nos ayudan a determinar si exposición del estudiante a idiomas fuera del inglés podría hacerlos eligibles para recibir recursos adicionales de English Learners (Aprendiz de inglés).**

1. ¿Cuál es el idioma predominante que con mayor frecuencia habla el alumno? \_\_\_\_\_
2. ¿Cuál es el idioma que normalmente se habla en el hogar, independientemente del idioma que habla el alumno? \_\_\_\_\_
3. ¿Cuál fue el idioma que el alumno aprendió por primera vez? \_\_\_\_\_
4. ¿Requiere el padre/tutor servicios de interpretación? SI  NO  En su caso, ¿para qué idioma? \_\_\_\_\_
5. ¿Requiere el padre/tutor materiales traducidos? SI  NO  En su caso, ¿para qué idioma? \_\_\_\_\_
6. ¿En qué fecha se inscribió el alumno por primera vez en una escuela en Estados Unidos? \_\_\_\_\_  
MM/AAAA

FECHA (MM/DD/AAAA)

Firma del padre/tutor

### SOLO PARA USO ESCOLAR

The response of a language other than English to any or all of questions #1, #2, and #3 above should prompt local review of the student's potential EL identification and assessment history in the state Accountability Reporting application. If no previous EL history is present, the student must be administered a state-approved screening tool to determine their EL status.

**If this HLS will be used for the purposes of Non-EL Bilingual qualification, please indicate one of the following:**

A language other than English is indicated **TWO OR MORE TIMES** in questions #1, #2, and #3 above. The student is considered **"more often"** and has previously demonstrated English language proficiency on the PKST\* or WIDA assessment :

<b>Assessment Name:</b> _____	<b>Year Assessed:</b> _____	<b>Score:</b> _____
-------------------------------	-----------------------------	---------------------

A language other than English is indicated **ONE TIME** in questions #1, #2, and #3 above. The student is considered **"less often"** and has demonstrated English language proficiency on the PKST\* or WIDA assessment. The student's PKST\* or WIDA assessment score and additional qualifying score is noted on the attached "Less Often" Non-EL Bilingual Qualification Form.

\*A PKST score is valid only for a student's pre-K year(s). Regardless of the PKST score earned, a student administered the PKST must be administered the WIDA K Screener at the outset of kindergarten. To qualify a student as Non-EL Bilingual beyond their pre-K year, a student must either demonstrate initial proficiency on the WIDA K Screener or subsequently on the K ACCESS or ACCESS assessment.

