BRAZOS MIDDLE SCHOOL

Excellence in Education Since 1974

POBox 879 • 702 Educator Lane • Wallis, TX 77485 • Phone: 979-478-6814 • Fax: 979-478-2574
Principal: Clay Hudgins Counselor: Katie Allison

ONLINE REGISTRATION PACKET – BMS Returning Students

Parents/Guardians,

Enclosed are the forms you will need to fill out when registering a **BMS RETURNING STUDENT.**
If you have any questions, please call 979/478-6814 and we will be happy to help.

REQUIRED DISTRICT FORMS

1. Registration (English and Spanish)
2. Pick-up Authorization form (English and Spanish)
3. TEA Enrollment Questionnaire (English and Spanish)
4. Directory Information Waiver (English and Spanish)
5. Brazos ISD Student Residency Questionnaire (English and Spanish)
6. Acknowledgement of Electronic Distribution of Student Handbook/Code of Conduct
7. Parent Statement Prohibiting Corporal Punishment

Health Packet: sign and return all pages

8. Brazos ISD Health Guidelines (English and Spanish)
9. Brazos ISD Health Services Department (English and Spanish)
10. Request for Food Allergy Information (English and Spanish)

Additional required forms and optional forms that cannot be accessed online will be given to you along with your student's schedule at Meet the Teacher, 8/13/18 or the first day of school.

Please print, sign and return your forms to the BMS office. If you choose to email them to the school, send to: cmarek@brazosisd.net. If emailed, your forms will be handed to you to sign at Meet the Teacher.

WELCOME BACK!!

BMS STUDENTS NEW TO THE DISTRICT:
Please call the BMS office and schedule an appointment to register. 979/478/6814

Rev. 08/7/18

Brazos ISD
BRAZOS MIDDLE SCHOOL
Registration Form
2018-2019

STUDENT ID#:_____ SSN#:_____ GRADE:_____

STUDENT INFORMATION:

_____ _____ _____
FIRST NAME MIDDLE LAST NAME

NICKNAME:_____ SEX: (circle) M / F SUFFIX (circle) JR SR II III IV

BIRTHDATE: _____ AGE SEPT 1: _____ RACE:_____

ADDRESS (where student sleeps at night):

STREET: _____ CITY/ST/ZIP: _____

MAILING ADDRESS (if different from above address):

STREET OR BOX #: _____ CITY/ST/ZIP: _____

PARENT / GUARDIAN INFORMATION: (please print) **PRIMARY LANGUAGE:** _____

(1ST) FULL NAME: _____ RELATION:_____

ADDRESS: _____ HOME TEL: _____

CITY/ST/ZIP _____ WORK TEL: _____

E-MAIL _____ CELL # _____

(2nd) FULL NAME: _____ RELATION:_____

ADDRESS: _____ HOME TEL: _____

CITY/ST/ZIP _____ WORK TEL: _____

E-MAIL _____ CELL # _____

EMERGENCY NUMBERS (who you want contacted if we cannot reach you):

NAME: _____ RELATION:_____ TEL:_____

NAME: _____ RELATION:_____ TEL:_____

PRESENTING FALSE INFORMATION OR RECORDS FOR IDENTIFICATION IS A CRIMINAL OFFENSE UNDER PENAL CODE 37.10. ENROLLING A CHILD UNDER FALSE DOCUMENTS MAKES THE PERSON LIABLE FOR TUITION OR THE COST AS PROVIDED BELOW.
TUITION: THE AMOUNT OF EXPENSE REQUIRED FROM LOCAL FUNDS.

I HEREBY CERTIFY THAT ALL INFORMATION SHOWN ON THIS PAGE IS CORRECT.

PARENT/GUARDIAN SIGNATURE: _____ DATE: _____

DATE OF BIRTH OF PARENT/GUARDIAN ENROLLING STUDENT: _____

PARENTS: IN ORDER THAT WE MAY UPDATE OUR SCHOOL RECORDS, WE ARE ASKING THAT ALL PARENTS/GUARDIANS FURNISH A PROOF OF PHYSICAL RESIDENCY AT THE BEGINNING OF SCHOOL OR UPON NEW ENROLLMENT INTO THE DISTRICT. (COPY OF UTILITY BILL.)

SIBLING INFORMATION:

Brothers/Sisters	Grade	School	Brothers/Sisters	Grade	School

Brazos Independent School District Distrito Escolar Independiente de Brazos
Registration Form Brazos Middle School Forma de Registro

2018-2019

ID#: _____SSN#: _____ PROFESOR:_____GRADO:_____

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE:

_____ _____ _____

NOMBRE MEDIO APELLIDO

APODO:_____ SEXO:____M____F SUFIJO____JR____SR____II____III____IV

FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD EL 1 DE SEPT: _____ RAZA: _____

DIRECCIÓN (donde el estudiante duerme de noche):

CALLE: _____CIUD/EST/ZONO:_____

DIRECCIÓN QUE ENVÍA (si es diferente de la dirección antedicha):

CALLE O # DE CAJÓN:_____CIUD/EST/ZONO: _____

INFORMACIÓN DE PADRE / GUARDA:

(1ST) NOMBRE COMPLETO:_____ RELACIÓN:_____

DIRECCIÓN: _____ TELE CASERO:____

CIUD/EST/ZONO:_____ TELE DEL TRABAJO:_____

E-MAIL _____ CELULAR: _____

(2nd) NOMBRE COMPLETO:_____ RELACIÓN:_____

DIRECCIÓN: _____ TELE CASERO:_____

CIUD/EST/ZONO: _____ TELE DEL TRABAJO:_____

E-MAIL _____ CELULAR:_____

NÚMEROS DE LA EMERGENCIA (a quien contactamos si no podemos alcanzarle):

NOMBRE:_____ RELACIÓN:_____TELE:_____

NOMBRE:_____ RELACIÓN:_____TELE:_____

LA PRESENTACIÓN DE LA INFORMACIÓN O DE LOS EXPEDIENTES FALSOS PARA LA IDENTIFICACIÓN ES UNA OFENSA CRIMINAL BAJO CÓDIGO PENAL 37.10. ALISTAR A UN NIÑO BAJO DOCUMENTOS FALSOS HACE LA PERSONA OBLIGADA PARA LA CUOTA O EL COSTE EN LA MANERA PREVISTA ABAJO. CUOTA: LA CANTIDAD DE COSTO REQUERIDA DE FONDOS LOCALES.

CERTIFICA QUE LA INFORMACIÓN SE MUESTRA EN ESTA PÁGINA ES CORRECTA.

FIRMA DE PADRE/GUARDA:_____FECHA: _____

FECHA DE NACIMIENTO DE PADRE/GUARDA QUE INSCRIPTA EL ESTUDIANTE:_____

PADRES: A FIN DE QUE PODEMOS ACTUALIZAR NUESTROS REGISTROS ESCOLARES, PEDIMOS QUE TODOS LOS PADRES Y TUTORES PROPORCIONAR UNA PRUEBA DE RESIDENCIA FÍSICA AL COMIENZO DE LA ESCUELA O A NUEVA INSCRIPCIÓN EN EL DISTRITO. (COPIA DE LA FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS).

Hermanos/Hermanas Fecha de Nacimiento Grado

_____

_____

_____

preferred language / idioma preferido

STUDENT PICK UP AUTHORIZATION
(AUTORIZACIÓN DE LA RECOLECCIÓN DEL ESTUDIANTE)

I hereby certify that the following people are authorized to pick up my child/children during school hours or after school and to be prepared to show ID.
(Certifico por este medio que autorizan a la gente siguiente a recojer a mi niño/niños durante las horas de escuela o después de escuela y ser preparada para demostrar la identificación.)

_____

Name(s) of Child/Children (Nombre(s) de niño/niños)

**** Please include parent name(s). Por favor incluye los nombres de los padres.***

Name (Nombre)	Relationship to Student (Relación al estudiante)

BRAZOS MIDDLE SCHOOL

Excellence in Education Since 1974

PO Box 879 • 702 Educator Lane • Wallis, TX 77485 • Phone: 979-478-6814 • Fax: 979-478-2574
Principal: Clay Hudgins Counselor: Katie Allison

TEA *Texas Education Agency* Enrollment Questions

TEA *Agencia Educación de Texas* Preguntas de Inscripción

2018-2019

Student:_____ Male ☐ Female ☐
(Estudiante) (Masculino) (Femenino)

Date of Birth:_____ Grade:_____ Campus: _____
(Fecha de Nacimiento) (Grado) (Escuela)

*** * Please answer the following questions.** **(Por favor contesta las siguentes preguntas.)**

1. Is the student a dependent of a member of the United States military service on active duty, the Texas National Guard, or a reserve force of the United States military? (?El estudiante es un dependiente de un miembro del servicio militar de los Estados Unidos en servicio activo, la Guardia Nacional de Texas, o una fuerza de reserva de las fuerzas armadas de los Estados Unidos?)

☐ Yes (Sí) ☐ No

2. Is the student currently in the conservatorship of the Department of Family and Protective Services? (?Es el estudiante en actualidad en un tutela del Departamento de Servicios Familiares y de Protección?)

☐ Yes (Sí) ☐ No

If ***yes*, please provide one of the following documents: (Si la repuesta es sí, por favor propocione los siguente documentos):

- DFPS Placement Authorization Form 2085 (DSFP Formulario de Autorización de Colocación)
- or a Court Order (o una Orden de Corte)
  - or a Verification letter from DFPS (PK only) (o una carta de Verificación del DSFP - solamente PreK)

_____ _____
Signature of Parent/Legal Guardian Date
(Firma de Padre/Tutor Legal) (Fecha)

"Brazos ISD does not discriminate on the basis of sex in admission to or employment in its education programs or activities."
"Brazos ISD no discrimina por razón de sexo en la admisión para o empleo en sus programas educativos o actividades."

BRAZOS MIDDLE SCHOOL

PO Box 879 • 702 Educator Lane• Wallis, TX 77485 • Phone: 979-478-6814 • Fax: 979-478-2574
Principal: Clay Hudgins Counselor: Katie Allison

Directory Information Waiver 2018-2019

Release of Directory Information

In accordance with Board Policy concerning Public Information and the Open Records Act, certain school records called directory information may be released to the public, upon request, without your consent unless you have previously instructed the school not to release them. The only directory information that would be released by the Brazos I. S. D. is your child's name, phone number and address. All student records including the names, addresses, and phone numbers of students are available to authorized school personnel for school use only.

1. Your child's name may appear on the Honor Roll List.
2. Your child's picture may appear in the yearbook.
3. Scholarship information concerning your child may be shared with colleges and universities.
4. Your child's name may be listed in programs such as plays and sporting events which may include weight and height of athletic team members.
5. Your child may be recognized in District publications, video and audio productions, as well as area newspapers and other news media. This may include news items relating to your child's school work, academic, athletic, or other achievements.
6. Your child's work may be displayed at District sponsored contests and exhibitions.

SCHOOL USE

Yes____No____ Directory information listed in items 1-6 may be released about my child.

Yes____No____ Your child's name, picture and work produced by your child may appear on websites maintained by the District. This may include news items relating to your child's schoolwork, academic, athletic, or other achievements.

NON-SCHOOL USE

Yes____No____ Directory information, which is my child's name, address, and phone number may be released for non-school use (i.e. vendors, sales persons).

_____ _____ _____
Student Name (Please Print) Grade Campus Attending

_____ _____
Parent Signature Date

BRAZOS MIDDLE SCHOOL

PO Box 879 • 702 Educator Lane• Wallis, TX 77485 • Phone: 979-478-6814 • Fax: 979-478-2574
Principal: Clay Hudgins Counselor: Katie Allison

Información del Directorio Renuncia 2018-2019

Divulgación de Información del Directorio

De conformidad con la Política del Consejo relativa a la Ley de Registros Abiertos de Información Pública, ciertos registros escolares llamados información de directorio pueden ser compartidos con el público a pedido, sin su consentimiento, a menos que usted haya instruido previamente que la escuela no de la información. La única información de directorio que sería compartida por el distrito de Brazos es el nombre, número de teléfono, y la dirección de su niño(a). Todos los expedientes de los estudiantes, incluyendo los nombres, direcciones y números telefónicos serán disponibles para el personal autorizado de la escuela para uso de la escuela.

1. El nombre de su hijo puede aparecer en la lista de cuadro de honor.
2. El foto de su hijo puede aparecer en el anuario.
3. La información sobre becas en relación con su hijo puede ser compartida con los colegios y universidades
4. El nombre de su hijo puede aparecer en programas tales como obras de teatro y eventos deportivos que pueden incluir el peso y estatura de los miembros del equipo de atletismo.
5. Su hijo puede ser reconocido en publicaciones del Distrito, vídeo y producciones de audio, así como periódicos de la zona y otros medios de comunicación. Esto puede incluir noticias relacionadas con el trabajo escolar de su hijo, información académica, y actividades deportivas u otros logros.
6. El trabajo de su hijo puede ser exhibido en concursos y exposiciones patrocinados por el distrito.

USO DE LA ESCUELA

Yes____No____ La información del directorio que aparece en los temas 1-6 puede ser publicado de mi hijo.

Yes____No____ El nombre de su estudiante, la imagen y el trabajo producido por su hijo de su hijo puede aparecer en sitios mantenidos electrónicamente (el web) por el Distrito. Esto puede incluir noticias relacionadas con el trabajo escolar de su hijo, sus académicas, actividades deportivas u otros logros.

USO FUERA DE LA ESCUELA

Yes____No____ La información del directorio, que incluye el nombre , dirección y número de teléfono de mi hijo puede ser compartido para su uso fuera de la escuela (es decir, se le dará a vendedores.)

_____ _____ _____
Nombre del estudiante (letra de imprenta) Grado Escuela que Asiste

_____ _____
Firma del Padre Fecha

Por favor, devuelva este formulario , cumplimentado y firmado , a la oficina de la escuela de su hijo.

Student Residency Questionnaire

The information on this form is required to meet the law known as the McKinney-Vento Act 42 U.S.C. 11434a(2), which is also known as Title X, Part C, of the No Child Left Behind Act. The answers you give will help the school determine the services the student may be eligible to receive.

Presenting a false record or falsifying records is an offense under Section 37.10, Penal code, and enrollment of the child under false documents subjects the person to liability for tuition or other costs. TEC Sec. 25.002(3)(d).

Name of Student:_____ Gender: ❒ Male ❒ Female
Last *First* *Middle*

Birth Date:_____/_____/_____ Grade: _____ _____
Month / Day / Year *(student identification number)*

Check the box that best describes with whom the student resides. (***Please note:*** *legal guardianship may be granted only by a court; students living on their own or with friends or relatives who do not have legal guardianship are allowed to enroll in and attend school. The school cannot require proof of guardianship for enrollment or continued attendance.*)

- ❑ Parent(s)
- ❑ Legal Guardians(s)
- ❑ Caregiver(s) who are not legal guardian(s) *(Examples: friends, relatives, parents of friends, etc.)*
- ❑ Other _____

Name of person with whom student resides: _____

Address:_____

City:_____ ZIP:_____

Home Phone #:_____ Cell Phone #:_____ Other Emergency #: _____

Length of Time at Present Address:_____

Length of Time at Previous Address:_____

Name of the school where student is enrolled or in which student is attempting to enroll:_____

Last District Attended:_____ Last School Attended:_____

Please check only one box that best describes where the student is presently living:

- ❑ In my own home or apartment, in Section 8 housing, or in military housing with parent(s), legal guardian(s), or caregiver(s) *(if you checked this box, check one or both of the boxes below, if applicable:)*
  - ❑ My home has no electricity
  - ❑ My home has no running water
- ❑ In the home of a friend or relative because I lost my housing (*examples: fire, flood, lost job, divorce, domestic violence, kicked out by parents, parent in military and was deployed, parent(s) in jail, etc.)*
- ❑ In a shelter because I do not have permanent housing (*examples: living in a family shelter, domestic violence shelter, children/youth shelter, FEMA housing*)

- ❑ In transitional housing (*housing that is available for a specific length of time only and is partly or completely paid for by a church, a nonprofit organization, or another organization*)
- ❑ In a hotel or motel (*examples: because of economic hardship, eviction, cannot get deposits for permanent home, flood, fire, hurricane, etc.*)
- ❑ In a tent, car, van, abandoned building, on the streets, at a campground, in the park, or other unsheltered location
- ❑ None of the above describe my present living situation ***Briefly describe your situation:*** _____

_____

Factors contributing to the student's current living situation (check all that apply):

- ❑ Natural disaster
  - ❑ Tornado, storm, flood, etc.
  - ❑ Hurricane, name: _____
  - ❑ Fire: prairie, forest, grass, lightning strike, etc.
- ❑ Family issues such as divorce, domestic violence, kicked out by parents, student left due to family conflict, etc.
- ❑ Home issues such as lack of electricity, water, heat, adequate home repair due to lack of funds, overcrowding, mold, etc.
- ❑ Military: Parent/guardian deployed, injured or killed in action
- ❑ Incarceration of parent/guardian
- ❑ Incapacitation of parent or guardian due to health, mental health, drugs/alcohol, or other factors
- ❑ Home fire not due to natural causes (*i.e., faulty equipment/appliances/wiring, furnace, stove, fireplace, etc.*)
- ❑ Economic hardship:
  - ❑ Loss of job resulting in inability to pay rent or mortgage
  - ❑ Income from part-time or low paying job does not cover cost of housing in the area
  - ❑ Loss of mortgage, including loss of mortgage of landlord if student/student's family is renting
  - ❑ Eviction record and/or inability to produce deposits for rent or utilities
- ❑ High medical bills that leave little or no money for housing
- ❑ Lack of affordable housing in the area
- ❑ Minor student unable to afford housing on my own
- ❑ None of the above describe the main reasons for my present living situation ***Briefly explain the contributing factors:*** _____

_____

Please provide the following information for school-age siblings (brothers and/or sisters) of the student:

Name	Grade Level	School	District

_____ _____

Signature of Parent/Legal Guardian/Caregiver/Unaccompanied Student

Date

T

_____ _____

I certify the above named student qualifies for the Child Nutrition Program under the provisions of the McKinney-Vento Act.

McKinney-Vento Liaison Signature _____ Date_____

Cuestionario Sobre la Residencia del Estudiante

La información en este formulario se requiere para cumplir con los requisitos establecidos en la ley conocida como McKinney-Vento Act 42 U.S.C. 11434a(2), la cual también se conoce como Título X, Parte C, del Acta *No Child Left Behind.* Las respuestas que usted proporciona ayudarán a que el personal de la escuela identifique los servicios que su hijo(a) puede recibir.

Es un delito reportar información falsa o falsificar documentos. Estos delitos son penalizados bajo la Sección 37.10 del Código Penal. Al inscribir a un niño con documentos falsos la persona responsable esta obligada a cubrir el pago de colegiatura o cualquier otro costo relacionado. TEC Sec. 25.002(3)(d).

Nombre del estudiante:_____ Sexo: ☐ Masc. ☐ Fem.
Apellido *Nombre* *Inicial intermedio*

Fecha de nacimiento:_____/_____/_____ Grado: _____ _____
Mes *Día* *Año* *(o número de identificación del estudiante)*

Marque la respuesta que describa mejor con quién vive el estudiante. (***Favor de notar*** *que un guardián legal solamente puede ser nombrado por la corte. Los estudiantes que viven solos o con amigos o parientes que han sido nombrados guardianes legales pueden inscribirse y asistir a la escuela. La escuela no puede pedir prueba de guardianía legal para inscribirse o para asistencia regular a la escuela.*)

- ☼ Padre(s) de familia
- ☼ Guardián(es) legal(es)
- ☼ Proveedor de cuidado que no sea el guardián legal (*Por ejemplo: amigos, parientes, padres de amigos, etc.)*
- ☼ Otro: _____

Nombre de la persona con quien vive el estudiante: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado:_____Código Postal: _____

Teléfonos: Casa #: _____ Celular #: _____ Urgencias #: _____

Tiempo de vivir en esta dirección: _____

Tiempo de vivir en la dirección anterior a la presente: _____

Escuela donde está inscrito el estudiante o donde está intentando inscribirse:_____

Última asistencia del estudiante: Distrito escolar: _____ Escuela: _____

Favor de marcar únicamente el cuadro que mejor describe donde vive el estudiante actualmente:

- ☼ En mi casa o apartamento, habitación bajo asistencia de Sección 8, en un complejo militar con mis padres, guardián(es) legal(es), o con un proveedor de cuidado *(marque uno de las siguientes, si tal es el caso)*
  - ☼ Mi casa no tiene electricidad
  - ☼ Mi casa no tiene agua corriente
- ☼ En la casa de un amigo o pariente, porque perdí mi vivienda (*por ejemplo: incendio, inundación, pérdida de trabajo, divorcio, violencia doméstica, echado de la casa por los padres, padre es militar y ha sido enviado fuera del país, padre(s) en la cárcel, etc.)*
- ☼ En un albergue, porque no tengo ninguna vivienda permanente (*por ejemplo: viviendo en un albergue familiar, albergues para víctimas de violencia doméstica, albergue infantil/juvenil, viviendas FEMA)*

- ☼ En una habitación de transición (*vivienda proveída solamente por un período de tiempo específico, pagada parcialmente o de manera completa por una iglesia u otra organización de asistencia al público*)
- ☼ En un hotel o motel (*por ejemplo: a causa de problemas económicos, desalojo, no puede obtener depósitos requeridos para instalarse en un apartamento o casa, inundación, incendio, huracán, etc.*)
- ☼ En una tienda de campaña, auto o camioneta, edificio abandonado, en la calle, en un parque de campamento, en un parque público, o en cualquier lugar que normalmente no se considera una habitación
- ☼ Ninguno de los anteriores describe el tipo de vivienda donde resido ***Describa su situación***: _____

_____

Factores que han contribuido al estado actual de vivienda del estudiante:

- ☼ Desastre natural
  - ☼ Tornado
  - ☼ Huracán y el nombre del mismo: _____
  - ☼ Incendio: llanura, bosque, relámpago, etc.
- ☼ Asuntos familiares debido al divorcio, violencia doméstica, el estudiante fue echado de la casa por sus padres o salió voluntariamente de la casa por conflictos familiares, etc.
- ☼ Cuestiones del hogar, como falta de electricidad, agua, calefacción, falta de reparación de la casa por falta de dinero, atestado por muchas personas en la casa, moho, etc.
- ☼ Asuntos militares: Padre(s) o guardián(es) mandados al servicio activo fuera de su región o del país, heridos o matados en acción militar
- ☼ Encarcelación de padre(s) o guardián(es)
- ☼ Incapacidad de padres o guardianes por asuntos de salud física o mental, adicción al alcohol/drogas u otros factores
- ☼ Incendio de casa por razones no naturales: equipo que falla, aparatos eléctricos, sistemas de calefacción, estufa que falla, etc.
- ☼ Dificultades económicas:
  - ☼ Pérdida de trabajo que resulta en no poder pagar la renta, etc.
  - ☼ Ingresos por trabajo temporal o mal remunerado que no cubre las necesidades básicas
  - ☼ Pérdida de la hipoteca de la familia o del dueño de la casa, si alquila la familia
  - ☼ Récord de desalojo por falta de dinero necesario para pagar depósitos y otros servicios
- ☐ Gastos médicos tan altos que no deja dinero para rentas, etc.
- ☐ Falta de viviendas con precios razonables en el área
- ☐ Estudiante menor de edad que no puede pagar su propia renta
- ☐ Ninguno de estos describen las razones de mi vivienda actual ***Describa brevemente la situación***: _____

_____

Por favor proporcione la siguiente información para los hermanos y hermanas de edad escolar del estudiante:

Nombre	Grado Escolar	Escuela	Distrito Escolar

_____ _____

Firma del Padre/Guardián/Proveedor de Cuidado/ o Estudiante – *si no acompañado* **Fecha**

****

I certify the above named student qualifies for the Child Nutrition Program under the provisions of the McKinney-Vento Act.

McKinney-Vento Liaison Signature _____ Date _____

BRAZOS MIDDLE SCHOOL

PO Box 879 • 702 Educator Lane• Wallis, TX 77485 • Phone: 979-478-6814 • Fax: 979-478-2574
Principal: Clay Hudgins Counselor: Katie Allison

Acknowledgment of Electronic Distribution of Student Handbook

My child and I have been offered the option to receive a paper copy of or to electronically access at www.brazosisd.net the Brazos Middle School Student Handbook and the Student Code of Conduct for 2018–19.

I have chosen to:

- ☐ Receive a paper copy of the Student Handbook and the Student Code of Conduct.
- ☐ Accept responsibility for accessing the Student Handbook and the Student Code of Conduct by visiting the web address listed above.

I understand that the handbook contains information that my child and I may need during the school year and that all students will be held accountable for their behavior and will be subject to the disciplinary consequences outlined in the Student Code of Conduct. If I have any questions regarding this handbook or the Code of Conduct, I should direct those questions to the principal, Clay Hudgins at (979) 478-6814 or chudgins@brazosisd.net.

Printed name of student: _____

Signature of student: _____

Signature of parent: _____

Date: _____

BRAZOS MIDDLE SCHOOL

Excellence in Education Since 1974

PO Box 879 • 702 Educator Lane • Wallis, TX 77485 • Phone: 979-478-6814 • Fax: 979-478-2574
Principal: Clay Hudgins Counselor: Katie Allison

Parent Statement Prohibiting Corporal Punishment

A parent has the responsibility of submitting a signed statement to the principal each year if he or she chooses to **allow or prohibit** the use of corporal punishment with his or her child. A parent may reinstate permission to use corporal punishment at any time during the school year by submitting a signed statement to the principal. Corporal punishment will be administered in accordance with the law, district policy, and the Student Code of Conduct (SCOC). [See FO[Local] and the SCOC]

Corporal punishment will be administered as soon as possible after an offense and will not be administered in anger. The principal or a designee may choose not to use corporal punishment even if the parent has requested its use. Any use of corporal punishment will be documented on a district form. The principal or a designee will inform the parent when corporal punishment is used. Paddles used for administering corporal punishment will not be generally displayed and will be under the control of the principal or designee. Corporal punishment will be limited to spanking or paddling and will consist of an appropriate number of strikes based upon the size, age, and the physical, mental, and emotional condition of the student. Before corporal punishment is used, the district may give the student a choice between other disciplinary measures and corporal punishment.

Parental Choice Regarding Corporal Punishment:

I have read the information on the use of corporal punishment in the Brazos Independent School District.

Please circle the following options and complete the form.

I DO or DO NOT allow the use of corporal punishment with my child.

This form must be submitted annually and can be revoked by the parent at any time.

Name of parent or guardian: _____

Signature of parent of guardian: _____

Date: _____

Name of student: _____

Campus: Brazos Middle School _____

Grade: _____

Please sign and date this page. Return it to your Brazos Middle School.

BRAZOS MIDDLE SCHOOL

Excellence in Education Since 1974

PO Box 879 • 702 Educator Lane • Wallis, TX 77485 • Phone: 979-478-6814 • Fax: 979-478-2574
Principal: Clay Hudgins Counselor: Katie Allison

HEALTH PACKET

Please sign and return all pages

Kim Fischer, BSN, RN
kfischer@brazosisd.net
Brazos Elementary Clinic: 979/478-6032
Brazos Middle School Clinic: 979-478-6045
Brazos High School Clinic: 979-478-6005

"FOR WE ARE BOUND TOGETHER UNTIL ETERNITY"

www.brazosisd.net

Brazos ISD Health Guidelines

The purpose of this letter is to inform you of the services and procedures of the school's health division. Please read it carefully.

MEDICAL CARE AND PROTOCOL

Your child will be sent to the school clinic in cases of illness or accident. First aid will be administered to cuts, scratches, and minor playground accidents.

In emergency situations which require that your child be taken immediately to a doctor or a medical facility, you will be notified of the transfer. Meanwhile, a school representative will remain with your child until you or your designated person arrives.

To prevent exposing other students to disease, your child should not come to school if he/she has the following symptoms:

- **VOMITING OR DIARRHEA THE MORNING BEFORE SCHOOL**
- **AN UNDETERMINED RASH**
- **A FEVER OF 100 F. OR ABOVE**

****If your child is sent home from school with fever or diarrhea, he/she will be excluded for 24 hours and must remain fever or diarrhea free without medication before returning to school.****

GUIDELINES FOR EXCLUSION FROM SCHOOL

You will be notified to pick up your child from school if he/she exhibits or complains of:

- **A FEVER OF 100 F. OR HIGHER**
- **A SUSPECTED CONTAGIOUS DISEASE**
- **VOMITING**
- **DIARRHEA**
- **AN UNDETERMINED RASH**
- **BEING TOO ILL TO REMAIN IN SCHOOL**

Facilities for keeping your sick child at school are limited, therefore, IT IS IMPORTANT THAT YOU PICK UP YOUR CHILD AS SOON AS POSSIBLE.

In cases where your child cannot remain in school, you or the person you have designated as emergency contact person on your child's registration will be notified to pick him/her up.

Student Name:_____ **Grade:**_____

Parent/Guardian Signature:_____

Distrito Independiente Escolar de Brazos
Las Pautas de Salud

El propocito de esta carta es para informarle de los servicios y procedimientos de la division de salud de la escuela. Por favor lea cuidadosamente.

ATENCIÓN MÉDICA Y EL PROTOCOLO
Su nina/nino sera mandado a la clinica de la escuela en caso de enfermedad o accidente. Primeros auxilios seran administrados a cortadas, rasgunos y accidentes menores.

En cituasiones de emergencia que requieren que su nina/nino sea traslado inmediatamente a un doctor o facilidad medica, usted sera notificado del traslado. Por lo tanto, un representante de la escuela permanecera al lado de su nina/nino hasta que usted o la persona designada por usted llege.

Para prevenir exponer a otros estudiantes de enfermedades, su nina/nino no deveria ir a la escuela si ella/el tiene los siguientes sintomas:

- **VOMITO O DIARREA LA MANANA ANTES DE IR A LA ESCUELA**
- **SARPULLIDO (algo en la piel)**
- **CALENTURA DE 100 F. O MAS**

**** Si su nina/nino es mandado a casa de la escuela con calentura y regresa el dia siguiente con calentura o le da calentura durante el dia, ella/el van a ser excluidos de la escuela for 24 horas hasta que se mantengan libre de calentura sin medicina antes de regresar a la escuela.****

PAUTAS PARA EXCLUSION DE LA ESCUELA
Usted sera notificado para recojer a su nina/nino de la escuela si ella/el se queja de:

- **CALENTURA DE 100 F. O MAS**
- **SE SOSPECHA DE UNA ENFERMEDAD CONTAJIOSA**
- **VOMITO**
- **DIARREA**
- **SARPULLISO (algo en la piel)**
- **MUY ENFERMA/ENFERMO PARA PERMANECER EN LA ESCUELA**

Las facilidades para mantener a su nina/nino en la escuela son limitadas, por eso, LES PEDIMOS QUE RECOJAN A SU NINA/NINO TAN PRONTO POSIBLE.

En casos de que su nina/nino no puedo permanence en la escuela, usted o la persona designado por usted como contacto de emergencia cuando se registrara en la escuela, seran notificados para recojer a su nina/nino.

Nombre de Estudiante:_____**Grado:**_____

Firma de Padre/Guardian:_____

Brazos ISD Health Services Department

The information you record on this form will become part of your child's school health record and will remain confidential.

Student Name: _____ **Grade:** _____

Does your child have any allergies? (If yes, indicate what type below)
Medication? ____Yes ____ No What medicine? _____
Foods? ____ Yes ____ No What food? _____
Insect Stings? ____ Yes ____No What insect? _____
Does your child require special treatment such as an EpiPen for the allergy? ___YES ___NO

Asthma? ___YES ___NO
Medication used for treatment:

Any seizure disorders? **Age of onset:** _____ ___YES ___NO
Type of seizures and medication used for treatment:

Frequent fainting? **Age of onset:** _____ ___YES ___NO
From what and any treatment:

Headaches? **Age of onset:** _____ ___YES ___NO
___Migraine ___Other: Treatment:

Blood Pressure Problems? **Age of onset:** _____ ___YES ___NO
Medication used for treatment:

Diabetes? **Age of onset?** _____ ___YES ___NO
Medication used for treatment:

Heart Problems? **Age of onset:** _____ ___YES ___NO
Medication used for treatment:

Hyperactive Behavior and/or Attention Deficit Disorder? ___YES ___NO
Medication used for treatment:

Emotional Problems? **Age of onset:** _____ ___YES ___NO
Medication used for treatment:

Vision or Eye Problems? **Age of onset:** _____ ___YES ___NO
Type of problem and treatment:

Hearing Problems or Ear Disease? **Age of onset:** _____ ___YES ___NO
Type of problem and treatment:

Speech Problems? **Age of onset:** _____ ___YES ___NO
Type of problem and treatment:

Bone or Muscle Problems? **Age of onset:** _____ ___YES ___NO
Type of problem and treatment:

Blood Disorders? **Age of onset:** _____ ___YES ___NO
Type of problem and treatment:

Dental Problems? ___YES ___NO
Type of problem:

Kidney, Bladder, or Intestinal Problems? **Age of onset:** _____ ___YES ___NO
Type of problem and medication used for treatment: _____

Any other medical problems not yet asked? ___YES ___NO
Problem and treatment:

Does your child have any physical restrictions? ___YES ___NO
Type of restriction:

(Complete Back)

Will your child be routinely taking any medication at school? ___YES ___NO

Name of medication	Dosage	What time?

If your child has had the chickenpox, please verify below: (*Complete only if your child is new to the district)*

I certify that my child _____, **had chickenpox on or about**
Name of child

_____ **and does not need the varicella (chickenpox) vaccine.**
Date

_____
Signature of Parent/Guardian

EMERGENCY CONTACT INFORMATION

Mother
Work # _____
Alt. # _____

Father
Work # _____
Alt. # _____

Child's Doctor
Name: _____
Phone: _____

Child's Dentist
Name: _____
Phone: _____

I authorize officials of Brazos ISD to contact directly the physician or dentist name above to render treatment as deemed necessary in an emergency for the health of my child. In the event of an emergency that the above named doctor or dentist cannot be reached, I do hereby authorize officials of Brazos ISD to take whatever action deemed necessary, in their judgment, for the health of my child. I will not hold the school district financially responsible for the emergency care and/or transportation for my child. I will promptly alert the school of any changes in the above information.

The district will not authorize major surgery unless the medical opinions of two licensed physicians or dentists, concurring in the necessity for such surgery, are obtained prior to the performance of any surgery.

Any facts concerning the student's medical information on this form may be released to the advanced medical care team upon arrival with the ambulance.

I request my child be taken to _____ **for emergency care.**
(Preferred Hospital)

Signature of Parent/Guardian: _____
Date: _____

Brazos ISD Departmento de Servicios de Salud

La información que usted escriba en esta forma va ser parte del archivo de salud de su hijo y permanence confidencial.

Nombre de Estudiante:_____ **Grado:**_____

Tiene su hijo alergias? (si la respuesta es sí, índice abajo)

Medicina? ___ Sí ___ No Que medicina?_____
Comidas? ___ Sí ___ No Que comidas?_____
A Insectos? ___ Sí ___ No Que insectos?_____
Otro?_____
Necesita su hijo tratamiento especial tal como un Epi Pen para la alergia? ___ Sí ___No

Asma? ___ Sí ___No
Que clase de medicina usa para el tratamiento:_____
Alguna desorden de convulsiónes? Edad cuándo empezaron:_____ ___ Sí ___No
Que clase de convulsiones y medicina para el tratamiento:_____
Se desmaya frecuentemente? Edad cuándo empezaron:_____ ___ Sí ___No
Que causa los desmayos y el tratamiento:_____
Dolor de cabeza? Edad cuándo empezaron:_____ ___ Sí ___No
Migrana:_____Otra clase:_____tratamiento:_____
Problemas de las presion? Edad cuándo empezo:_____ ___ Sí ___No
Que clase de medicina usa para el tratamiento:_____
Diabetes? Edad cuándo empezo:_____ ___ Sí ___No
Que clase de medicina usa para el tratamiento:_____
Problemas del corazon? Edad cuándo empezaron:_____ ___ Sí ___No
Que clase de medinina usa para el tratamiento:_____
Hiperactividad?Deficiencia de atencion? Edad cuándo empezo:_____ ___ Sí ___No
Que clase de medicina:_____
Problemas emocionales? Edad cuándo empezaron:_____ ___ Sí ___No
Que clase de medicina usa para el tratamiento:_____
Problemas de vision o de los ojos? Edad cuándo empezaron:_____ ___ Sí ___No
Que clase de problema y tratamiento:_____
Problemas de oir o del oido? Edad cuándo empezaron:_____ ___ Sí ___No
Que clase de problema y tratamiento:_____
Problemas de hablar? Edad cuándo empezo:_____ ___ Sí ___No
Que clasa de problema y tratamiento:_____
Problemas con los huesos o musculos? Edad cuándo empezo:_____ ___ Sí ___No
Que clase de problema y tratamiento:_____
Desorden de sangre? Edad cuándo empezo:_____ ___ Sí ___No
Que clase de problema y tratamiento:_____
Problemas dentales? Edad cuándo empezo:_____ ___ Sí ___No
Que clase de problema:_____
Problemas del riñon, vejiga o interestinos? Edad cuándo empezo:_____ ___ Sí ___No
Que clase de problemas y medicina para el tratamiento:_____
Algun otro problema que no le preguntamos? ___ Sí ___No
Problema y tratamiento:_____
Tiena su hijo alguna restricción física? ___ Sí ___No
Clase de restricción:_____

Continuado otro lado

Va tomar su hijo alguna medicina regularmente en la escuela? ___ Sí ___No

Nombre de medicina	Dosis	Que hora?

Si su hijo ha tenido varicela, por favor verifica abajo: (Completa solo si su hijo es nuevo en el distrito.)

Yo certífico que mi hijo _____, **tuvo varicela en** _____
Nombre del niño Fecha

y no necesita la vacuna de varicela.

_____
Firma de Padre/Guardian

AUTORIZACIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA

Madre
 # de Trabajo_____
Otro #_____

Padre
 # de Trabajo_____
Otro #_____

Doctor del Niño
Nombre:_____
Telefono:_____

Dentista del Niño
Nombre:_____
Telefono:_____

Yo autorizo a los oficiales del distrito escolar de Brazos a ponerse en comunicación directamente con las personas nombradas en este documento y autorizo el doctor y dentista nombrado para darle el tratamiento necesario en caso de emergencia para el salud de mi hijo. En el evento de un emergencia en que no se puedan poner en comunicación con las personas, nombradas, los oficiales de la escuela tienen mi concentimiento de tomar cualquier acción necesaria para el bienestar de mi hijo. No hago al distrito escolar responsable por el cobro de la asistencia emergencia y/o transportacion de mi hijo. Avisaré a la escuela de cualquier cambio en la información anterior de este documento.

El districto no autorizará cirugía importante a menos que se obtenga los opiniones médicos de dos médicos o dentistas , concurriendo en la necesidad para tal cirugía, se obtengan antes del funcionamiento de cualquier cirugía.

Cualquier hecho referente a la información médica del estudiante sobre esta forma se puede lanzar al equipo avanzado de la asistencia médica sobre llegada en la ambulancia.

Solicito a mi hijo que lo llevan a _____ **para el astistencia de emergencia.**
(Hospital Preferido)

Firma de Padre/Guardián:_____

Fecha:_____

REQUEST FOR FOOD ALLERGY INFORMATION

This form MUST be returned even if no allergies exist.

Brazos ISD must request at the time of enrollment and annually, that the parent /guardian of each student attending the District disclose the student's food allergies.

This form allows you to disclose whether your child has a food allergy or severe food allergy that you believe should be disclosed to the District in order to enable the District to take necessary precautions for your child's safety.

"Severe food allergy" means a dangerous or life threatening reaction of the human body to a food-borne allergen introduced by inhalation, ingestion, or skin contact that requires immediate medical attention.

Please list any foods to which your child is allergic or severely allergic, as well as the nature of your child's allergic reaction to the food.

□ No allergies to report.

Food	Nature of Allergic Reaction to Food	Life-Threatening?	Treatment

The District will maintain the confidentiality of the information provided above and may disclose the information to teachers, school counselors, school nurses, and other appropriate school personnel only within the limitations of the Family Educational Rights and Privacy Act and District policy. **Please bring any required medication for treatment of allergy to the Nurse's office with a medication consent (available on school website).**

Student's Name:_____ Grade:_____
Print Name

Parent/Guardian Print Name:_____Phone:_____
Parent/Guardian Signature:_____Date:_____
Date form was received by the school: _____

PETICIÓN PARA INFORMACIÓN DE ALIMENTOS DE ALERGIA

Este formulario DEBE ser devuelto aunque no existen alergias.

Brazos ISD debe solicitar en el momento de inscripción y anualmente, que el guardión/padre de cada alumno que asisten al distrito revelar alergias a los alimentos del estudiante.

Este formulario le permite revelar si su hijo tiene una alergia alimentaria o alergia alimentaria severa que crees debe ser revelada al distrito para permitir que el distrito tomar las precauciones necesarias para la seguridad de su niño.

"La alergia alimentaria severa" significa una reacción amenazadora peligrosa a la vida del ser humano a un alergeno transmitidas por los alimentos introducido por inhalación, ingestión o contacto con la piel que requiere atención médica inmediata.

Por favor indique cualquier alimento para que su hijo es alérgico o alérgica severa, así como la naturaleza de una reacción alérgica a la comida de su hijo.

☐ No alergias al informe.

Comida	**Naturaleza de la Reacción Alérgica a los Alimentos**	Peligrosa a la Vida?	**Tratamiento**

El distrito mantendrá la confidencialidad de la información proporcionada anteriormente y puede revelar la información a los maestros, consejeros, enfermeras escolares y otro personal escolar apropiado sólo dentro de las limitaciones de la Política de Derechos Educativos de la Familia y Ley de Privacidad y Distrito. **Por favor traiga los medicamentos necesarios para el tratamiento de la alergia a la Enfermera con un consentimiento de medicamento (disponible en el sitio web de la escuela).**

Nombre del Estudiante:_____ Grado:_____

Nombre Imprimido

Padre/Guardian Nombre Imprimido:_____Teléfono:_____

Padre/Guardian Nombre Firmado:_____Fecha:_____

Formulario de fecha fue recibido por la escuela: _____