

BRAZOS HIGH SCHOOL

Excellence in Education Since 1974

PO Box 458 • 16621 HWY 36 S • Wallis, TX 77485 • Phone: 979-478-6832 • Fax: 979-478-2300

Principal: Eric Cormier

Counselor: Nanette Kubena

Returning Students Online Registration Packet

Parents/Guardians,

Enclosed are the forms you will need to fill out when registering a **RETURNING STUDENT**. If you have any questions, please call 979/478-6832 and we will be happy to help.

1. Registration
2. TEA Enrollment Questionnaire
3. Student Residency Questionnaire
4. Health Guidelines
5. Health Services Department
6. Food Allergy Information
7. Pick-up Authorization Form
8. Acknowledgement of Student Handbook/Code of Conduct
9. Corporal Punishment
10. Directory Information Waiver
11. Computer Agreement
12. Locker Contract
13. Gradebook Access

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 or the first day of school.

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

WELCOME BACK!!

BHS STUDENTS NEW TO THE DISTRICT:

Please call the BHS office and schedule an appointment to register.

Rev. 07/2018

Brazos Independent School District Distrito Escolar Independiente de Brazos
Registration Form Brazos High 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

BRAZOS HIGH SCHOOL

Excellence in Education Since 1974

PO Box 458 • 16621 HWY 36 S • Wallis, TX 77485 • Phone: 979-478-6832 • Fax: 979-478-2300

Principal: Eric Cormier

Counselor: Nanette Kubena

TEA *Texas Education Agency* Enrollment Questions

TEA *Agencia Educación de Texas* Preguntas de Inscripción

2018-2019

Student: _____
(Estudiante)

Male Female
(Masculino) (Femenino)

Date of Birth: _____
(Fecha de Nacimiento)

Grade: _____
(Grado)

Campus: Brazos High School
(Escuela)

**** Please answer the following questions. (Por favor contesta las siguientes 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 respuesta es sí, por favor propocione los siguiente 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
(Firma de Padre/Tutor Legal)

Date
(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."*

- ⊗ 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 **Describe 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 **Describe 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 _____

Distrito Independiente Escolar de Brazos
Las Pautas de Salud

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

ATENCIÓN MÉDICA Y EL PROTOCOLO

Su niña/nino será mandado a la clínica de la escuela en caso de enfermedad o accidente. Primeros auxilios serán administrados a cortadas, rasguños y accidentes menores.

En situaciones de emergencia que requieren que su niña/nino sea trasladado inmediatamente a un doctor o facilidad médica, usted será notificado del traslado. Por lo tanto, un representante de la escuela permanecerá al lado de su niña/nino hasta que usted o la persona designada por usted llegue.

Para prevenir exponer a otros estudiantes de enfermedades, su niña/nino no debería ir a la escuela si ella/el tiene los siguientes síntomas:

- > VÓMITO O DIARREA LA MAÑANA ANTES DE IR A LA ESCUELA
- > SARPULLIDO (algo en la piel)
- > CALENTURA DE 100 F. O MÁS

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

PAUTAS PARA EXCLUSIÓN DE LA ESCUELA

Usted será notificado para recoger a su niña/nino de la escuela si ella/el se queja de:

- > CALENTURA DE 100 F. O MÁS
- > SE SOSPECHA DE UNA ENFERMEDAD CONTAGIOSA
- > VÓMITO
- > DIARREA
- > SARPULLIDO (algo en la piel)
- > MUY ENFERMO/ENFERMA PARA PERMANECER EN LA ESCUELA

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

En casos de que su niña/nino no puede permanecer en la escuela, usted o la persona designado por usted como contacto de emergencia cuando se registrara en la escuela, serán notificados para recoger a su niña/nino.

Nombre de Estudiante: _____ Grado: _____

Firma de Padre/Guardian: _____

Brazos ISD Departamento de Servicios de Salud

La información que usted escriba en esta forma va ser parte del archivo de salud de su hijo y permanece 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 convulsiones? 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 intestinos? 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 certifico 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 distrito 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: _____

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 guardián/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 de traer 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: _____

BRAZOS HIGH SCHOOL

Excellence in Education Since 1974

PO Box 458 • 16621 HWY 36 S • Wallis, TX 77485 • Phone: 979-478-6832 • Fax: 979-478-2300

Principal: Eric Cormier

Counselor: Nanette Kubena

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 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 campus principal Mr. Eric Cormier at (979) 478-6832 or ecormier@brazosisd.net.

Print Student Name

Grade

Signature of student

Signature of parent

Date: _____

Please sign and date this page, remove it from the handbook, and return it to your child's school

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 High School _____

Grade: _____

Please sign and date this page, remove it from the handbook, and return it to your child's school.

BRAZOS HIGH SCHOOL

Excellence in Education Since 1974 PO

Box 458 • 16621 HWY 36 S • Wallis, TX 77485 • Phone: 979-478-6832 • Fax: 979-478-2300

Principal: Eric Cormier Counselor: Nanette Kubena

Informacion del Directorio Renuncia 2018-2019

Divulgacion de Informacion del Directorio

De conformidad con la Polıtica del Consejo relativa a la Ley de Registros Abiertos de Informacion Publica, ciertos registros escolares llamados informacion de directorio pueden ser compartidos con el publico a pedido, sin su consentimiento, a menos que usted haya instruido previamente que la escuela no de la informacion. La unica informacion de directorio que seria compartida par el distrito de Brazos es el nombre, numero de telefono, y la direccion de su nino(a). Todos los expedientes de los estudiantes, incluyendo los nombres, direcciones y numeros telefonicos seran disponibles para el personal autorizado de la escuela para usa 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 informacion sobre becas en relacion 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, video y producciones de audio, asi como periodicos de la zona y otros medias de comunicacion. Esto puede incluir noticias relacionadas con el trabajo escolar de su hijo, informacion academica, y actividades deportivas u otros logros.
6. El trabajo de su hijo puede ser exhibido en concursos y exposiciones patrocinados par el distrito.

USO DE LA ESCUELA

Yes___No La informacion 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 electronicamente (el web) por el Distrito. Esto puede incluir noticias relacionadas con el trabajo escolar de su hijo, sus academicas, actividades deportivas u otros logros.

USO FUERA DE LA ESCUELA

Yes___No La informacion del directorio, que incluye el nombre, direccion y numero de telefono de mi hijo puede ser com partido para su uso fuera de la escuela (es decir, se le dara a vendedores.)

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

Firma del Padre

Fecha

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

BRAZOS HIGH SCHOOL

Excellence in Education Since 1974

PO Box 458 • 16621 HWY 36 S • Wallis, TX 77485 • Phone: 979-478-6832 • Fax: 979-478-2300

Principal: Eric Cormier

Counselor: Nanette Kubena

Brazos ISD Parent/Student Agreement Computer/Network/Internet Acceptable Use Guidelines 2018 – 2019

STUDENT

I have read the District's Computer/Network/Internet Acceptable Use Guidelines and agree to abide by their provisions. I understand that violation of these guidelines may result in suspension or revocation of Computer/Network/Internet use or access.

Printed Name: _____ Grade: _____

Signature: _____

PARENT OR GUARDIAN

I have read the District's Computer/Network/Internet Acceptable Use Guidelines. I understand that it is a privilege and not a right for my student to have access to the computer resources provided by Brazos ISD for the use of student. I hereby release Brazos ISD, Brazos High School, Brazos High School employees, Brazos Middle School, Brazos Middle School employees, Brazos Elementary School, Brazos Elementary School employees and any institution affiliated with the District from any and all claims and damages arising from my child's inappropriate use of the District's Computer/Network/Internet System as stated in the District's Computer/Network/Internet Acceptable Use Guidelines.

Check one of the following:

Internet System.

I give permission for my child to participate in the District's Computer/Network/

I do not give permission for my child to participate in the District's Computer/Network/Internet System.

Signature of Parent or Guardian: _____

Date: _____

SIGN AND RETURN THIS PAGE ONLY

BRAZOS HIGH SCHOOL

Excellence in Education Since 1974

PO Box 458 • 16621 HWY 36 S • Wallis, TX 77485 • Phone: 979-478-6832 • Fax: 979-478-2300

Principal: Eric Cormier

Counselor: Nanette Kubena

LOCKER USE CONTRACT 2018-2019

-
1. Lockers are not to be slammed open or closed. Lockers should only be closed by hand.
 2. Lockers should not be kicked.
 3. Lockers surfaces are to remain extremely clean. Taped and affixed items are not allowed both inside and outside of the lockers.
 4. Food and perishable items are not allowed in the lockers.
 5. Students are not allowed to step inside or place any individual in the lockers.
 6. Students are not allowed to adjust locker doors to keep them from locking.
 7. Any other rule regarding lockers set forth by the campus administration must be followed.
 8. Before receiving grades at the end of the spring semester, all students will have their locker inspected in accordance with the above.
 9. Any damage to lockers may include Criminal Mischief or Vandalism Charges. Moreover, violating the above will result in campus disciplinary actions and monetary compensation if necessary.

My signature below verifies that I have read and understand the *Brazos High School Locker Use Contract*.

Printed Student Name

Grade

Student Signature

Date

BRAZOS HIGH SCHOOL

Excellence in Education Since 1974

PO Box 458 • 16621 HWY 36 S • Wallis, TX 77485 • Phone: 979-478-6832 • Fax: 979-478-2300

Principal: Eric Cormier

Counselor: Nanette Kubena

Gradebook for Parent and Students Confidentiality Affidavit

Student's Name _____ Grade _____

By completing the application for this account, you will allow the Brazos Independent School District (BISD) to make your child's grades available to you by means of the Internet on a website that is secure and accessible only by a login and password. Only you will be able to see your child's grades. Others will not be able to see the information of your child unless you share your password with them.

BISD will not make your user name or password publicly available. The grades of your child posted on the website can only be accessed by someone who knows your username and password.

Be aware, however, that disclosure by BISD, including the contents of the website, may occur in the event that such information is required by order of a court subpoena, a decision or directive from the Attorney General's office, or other reason required by law.

Please remember that the grades that you see might not include all assignments or tests that have been completed by your child. As teachers complete the grading of

assignments and tests, the teachers will update the report. If you have any questions about any item, please contact the teacher by calling the campus office that your child attends. The teacher will either contact you by phone or e-mail. If you desire further clarification you may call and schedule a conference with the teacher.

By signing and returning this form to the campus office of your child, you understand that BISD is not responsible for Internet access to your child's grade reports by persons who do not have authorization or consent. You also understand that BISD has the right and authority to revoke your access to the website if the district feels your use of and behavior on the website violates others rights and confidentiality. In addition by signing and returning this application, you agree to waive any claims or causes of action that you may have against BISD by reason of such unauthorized access or revocation of access privileges.

You may choose from the following options if you would like to receive your child's portal ID.

_____ Have one established

_____ Please give my student access to his/her grades using the following email address _____

_____ Please email me at: _____ with my child's Student Portal ID

_____ Please mail my child's Student Portal ID to the following address:

Address: _____

Parent Signature

Date: _____