



# Pre-K Registration 2020-2021

A partir de enero 20, usted puede recoger un paquete de inscripción para completar antes de venir a registrarse o también puede descargar el paquete desde nuestro sitio Web en la escuela [scps.sumterschools.org](http://scps.sumterschools.org)

\* Para asistir a nuestro programa de Pre-K GA su hijo debe tener 4 años para el 1 de septiembre de 2020 \*

*La inscripción se llevará a cabo las siguientes semanas:*

- 27 de enero-31 de enero :8: 30-1: 30
- 24 de febrero -28 de febrero:8: 30-1: 30
- 25 de marzo 5:30-6:30
- 6 de Abril -10 de Abril:8: 30-1: 30

**No espere,  
¡¡Regístrese hoy!!**

## Documentos necesarios para registrarse:

- Certificado de nacimiento
- Tarjeta de seguro Social
- Certificado de Inmunización (Formulario 3231)
- Certificado actual de la visión, oído, dental y exámen de nutrición (Formulario 3300)
- Sírvanse proporcionar uno de los siguientes como prueba de residencia:
  - Actual contrato de arrendamiento
  - Notificación de Impuestos de Propiedad
  - proyecto de ley de seguro de propietario
  - Estado hipotecario
  - Formulario de registro del vehículo actual
  - Factura de servicios públicos
  - Si usted reside con otra persona, por favor pedir un formulario de declaración jurada de donde residen
- Por favor, proporcione una copia de cada una de las siguientes opciones si lo recibe: (esto es sólo para Pre-K)
  - Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP)
  - Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)
  - Seguro de enfermedad
  - Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF)
  - Niño y el padre de Servicios (CAPS)

**Para obtener más información, visite nuestro sitio web de la escuela  
([scps.sumterschools.org](http://scps.sumterschools.org)) o llame al 229-924-1012**



# SUMTER COUNTY PRIMARY SCHOOL

Dr. April Smith, Principal  
Mr. Mohan L. Gugulothu, Assistant Principal  
Mrs. Brandi Roland, Counselor

## Documents required to register:

- Birth Certificate
- Social Security Card
- Certificate of Immunization (Form 3231)
- Current Certificate of Vision, Hearing, Dental, and Nutrition Screening (Form 3300)
- Please provide one of the following for proof of residency: (This document must have one of the parent's names from the birth certificate.)
  - Current lease
  - Property tax notice
  - Homeowner insurance bill
  - Mortgage statement
  - Current vehicle registration form
  - Utility bill
  - If you reside with someone else and do not have one of the documents above in your name, please ask for a residency affidavit form
- Please provide a copy of each of the following if you receive it:
  - Supplemental Nutrition Assistance (SNAP)
  - Supplemental Security Income (SSI)
  - Medicaid
  - Temporary Assistance to Needy Families (TANF)
  - Child and Parent Services (CAPS)
- Complete Pre-K Registration Packet & Parent Contract

**Home of the Super Panthers**  
**Pre-K, Kindergarten & First Grade**  
123 Learning Lane, Americus, Georgia 31719  
Phone 229-924-1012 – Fax 229-931-0662 – Website [scps.sumterschools.org](http://scps.sumterschools.org)

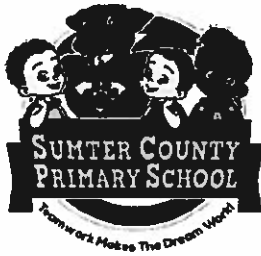


## Sumter County Schools Attendance Protocol Chart

By September 1 of each school year or 30 days after enrollment of the student (Students under 16 years of age), the parent(s) will receive a copy of the Georgia Compulsory Attendance Law.

Issuance of parent notification letter explaining attendance expectation and possible penalties/consequences of unexcused absences. A form requires the signature of parent/guardian and student (ages 10 and up) by September 1 of each school year.  
(Student Handbook)

2 Absences	A phone call to parents.
3 Absences	Notification letter sent to the parent(s)/guardian(s) reminding of possible penalties/consequences of absences as well as explaining attendance expectations.
5 Unexcused Absences	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ AST meeting held. The purpose of the meeting is to identify and implement strategies to deter continued absenteeism.</li> <li>➤ Referral to School Social Worker. The SSW will contact or make a home visit reminding parents of possible penalties/consequences of misdemeanor violation. The school social worker will assess attendance problem, increase the intensity of strategies, and refer to community agencies including, but the SSW is not limited to the options listed above.</li> </ul>
6 Unexcused Absences	Truancy complaint is completed by the Counselor or designee and delivered to the truancy officer by the attendance officer.
7 Absences	Notification letter sent to parent(s)/guardian(s) reminding of possible penalties/consequences of absences as well as explaining attendance exceptions.
10 Unexcused Absences	Criminal Warrant is filed with the Magistrate Court for violation of Georgia's Compulsory Attendance Law.
	Parent Signature: _____ Date: _____



# SUMTER COUNTY PRIMARY SCHOOL

Dr. April Smith, Principal  
Mr. Mohan L. Gugulothu, Assistant Principal  
Mrs. Brandi Roland, Counselor

## Contrato de Padres SCPS Pre-K

Como padre de un niño inscrito en el Programa de Pre-K del Condado de la escuela primaria de Sumter estoy de acuerdo a lo siguiente:

- asistir a una de las dos reuniones de orientación para padres de Pre-K que se ofrecen.
- Actualizar los registros de mi hijo cuando sea necesario durante el año escolar.
- Enviar a mi hijo a la escuela a tiempo, a menos que haya circunstancias atenuantes o enfermedades.
- Mantener la comunicación con los administradores y maestros.
- Estar listo/a para recoger a mi hijo en el momento en que el día escolar ha terminado o tener a alguien en la casa listo para recibir a mi hijo cuando el autobús llegue cada tarde.

Entiendo que:

- La escuela comenzará los procedimientos para la expulsión del programa, si mi hijo está ausente 10 días, o tarde 10 días si hay una lista de espera activa.
- Si mi hijo es devuelto a la escuela por el departamento de transporte porque no hay nadie en casa para que le reciban el/ella va a perder el privilegio de viajar en el autobús después de haber sido devuelto por segunda vez y se le notificará a DFCS.
- Voy a ser responsable de la asistencia de mi hijo, incluyendo las ausencias y tardanzas.
- Me haré responsable por el comportamiento de mi hijo, incluyendo el comportamiento en el aula y en el autobús.

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Home of the Super Panthers**  
**Pre-K, Kindergarten & First Grade**  
123 Learning Lane, Americus, Georgia 31719  
Phone 229-924-1012 – Fax 229-931-0662 – Website [scps.sumterschools.org](http://scps.sumterschools.org)



## Georgia's Pre-K Program 2019-2020 Roster Information Form

This form is to be completed after school starts, not at the time of registration. **Please clearly print the name as it appears on the birth certificate.** *(Por favor escriba el nombre como aparece en el certificado de nacimiento.)*

<b>Legal Last Name (Apellido)</b>	
<b>Legal First Name (Primer Nombre)</b>	
<b>Legal Middle Name (Segundo Nombre)</b>	<b>Name Suffix (Sufijo) (Jr,II,III)</b>
<b>Child's Social Security #</b>	<b>DOB (Fecha de Nacimiento) (M/D/Y)</b> <b>Gender (Sexo)</b>
__-__-__	__/__/__ <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
<b>Date enrolled in Pre-K (M/D/Y)</b>	<b>If different from birth certificate, name student is called</b>
__/__/__	

1. Is your child's ethnicity **Hispanic/Latino/Spanish Origin**, regardless of race? *(¿Es Ud. Hispano/Latino o de Origen Hispano, sin importar la raza?)*

**Yes (Si)**     **No (No)**     **Decline to Answer (negarse a contestar)**

Please select **ONE OR MORE** of the following races regardless of how you answered question one. **(TODOS deben seleccionar UNA O MAS de las siguientes razas sin importar cómo haya contestado la primera pregunta.)**

2. Is your child:

**a. White** – A person having origins in any of the original peoples of Europe, the Middle East, or North Africa. *(Blanco – Una persona que tiene orígenes en los pueblos provenientes de Europa, el Medio Oriente, o Africa del Norte.)*

**b. Asian** – A person having origins in any of the original peoples of the Far East, Southeast Asia, or the Indian subcontinent including Cambodia, China, India, Japan, Korea, Malaysia, Pakistan, the Philippine Islands, Thailand, and Vietnam. *(Asiática – Una persona con orígenes en los pueblos provenientes del Lejano Oriente, Suroeste de Asia, o el subcontinente Hindú incluyendo, a Cambodia, China, India, Japón, Corea, Malasia, Pakistán, Las Filipinas, Tailandia, y Vietnam.)*

**c. Native Hawaiian or Other Pacific Islander** – A person having origins in any of the original peoples of Hawaii, Guam, Samoa, or other Pacific Islands. *(Nativo de Hawaii u Otra Isla del Pacífico – Una persona con orígenes en los pueblos provenientes de Hawaii, Guam, Samoa, u otra Isla del Pacífico.)*

**d. Black or African American** – A person having origins in any of the Black racial groups of Africa. *(Negro o Afro Americano – Una persona con orígenes en los pueblos provenientes del Africa o en grupo racial Negro.)*

**e. American Indian or Alaskan Native** – A person having origins in any of the original peoples of North and South America including Central America, who maintains a tribal affiliation or community attachment. *(Indio Americano o Nativo de Alaska – Una persona con orígenes en los pueblos provenientes de América Del Norte y del Sur, incluyendo América Central, que mantiene una afiliación tribal o comunitaria.)*

**f. Decline to Answer (negarse a contestar)**

3. What is your child's primary language? *(¿Cuál es el idioma primario de su hijo(a)?)*

**English (Inglés)**  
 **A language other than English (Un idioma diferente al Inglés)**

4. Was your child born as a: *(El parto en que Ud. tuvo a su hijo(a) fue de:)*

**Single Birth (1) (Un sólo niño)**  
 **Twin (2) (De mellizos)**  
 **Triplet (3) (De trillizos)**  
 **Quadruplet (4) (De cuatrillizos)**  
 **Quintuplet (5) (De quintuples)**

5. Does your child have an Individualized Education Plan (IEP)? *(¿Tiene su hijo(a) un Plan de Educación Individualizada (IEP)?)*

**Yes (Si)**     **No (No)**

6. Does your child receive any of the following services? *(¿Recibe su hijo(a) alguno de estos servicios?)*

**Childcare and Parent Services (CAPS) (child care subsidy program)**  
 **Food Stamps (Cupones de Alimentos)**  
 **SSI**  
 **Medicaid**  
 **Temporary Assistance for Needy Families (TANF)**

7. Will the Pre-K center be providing transportation for your child? *(¿Recibirá su hijo(a) transporte en el Centro donde va a asistir a Pre-K?)*

**Yes (Si)**     **No (No)**

Parent/Guardian Signature

Date



# Georgia's Pre-K Program 2019-2020 Student Social Security Number Information Form

Bright from the Start requests families provide Social Security Numbers for children attending Pre-K. Bright from the Start uses Social Security Numbers to insure accurate enrollment information, to help prevent fraudulent student attendance reporting, and to obtain a unique 10-digit identifier (GTID) for your child from the Georgia Department of Education. This GTID number will be associated with your child for the remainder of their schooling years instead of their Social Security Number. Social Security Numbers are not used by Bright from the Start for any other purpose. The Social Security Numbers are not shared with any other vendors or third parties and, for security reasons, they are encrypted in our database.

While a Social Security Number is not required to attend Georgia's Pre-K Program, it is beneficial to both you and your child to provide this information. If a Social Security Number is not given for a child, Bright from the Start requires that you specify a reason below to explain why the information is not being provided.

I, \_\_\_\_\_, as parent/legal guardian of \_\_\_\_\_  
am not able/willing at this time to provide Bright from the Start with a Social Security Number  
because:

- I need help obtaining an SSN.
- I need help replacing a lost SSN.
- I am awaiting a replacement SSN and will provide it when it arrives.
- I forgot to bring the SSN and will provide within 30 days.
- I choose not to provide the SSN because \_\_\_\_\_

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

**Pre-K Programs: Please keep this form in student file in lieu of SS Card Copy.**



**MANTENIMIENTO DEL NIÑO(A)**

ARREGLOS DE VIVIENDA DEL NIÑO(A): ( ) AMBOS PADRES ( ) MADRE ( ) PADRE ( ) OTROS ARREGLOS

GUARDIÁN LEGAL DEL NIÑO(A): ( ) AMBOS PADRES ( ) MADRE ( ) PADRE ( ) OTROS ARREGLOS

ADEMAS DE LOS FIRMANTES DE ESTE ACUERDO, LAS SIGUIENTES PERSONAS PUEDEN RECOGER A MI NIÑO(A) :

<u>NOMBRE</u>	<u>DIRECCIÓN</u>	<u>RELACIÓN</u>

NOMBRE DEL MÉDICO O DE LA CLÍNICA DEL NIÑO(A) (PROVEEDOR PRIMARIO DE SERVICIOS DE SALUD DEL NIÑO(A)):

FECHA DE LA ÚLTIMA REVISIÓN MÉDICA: TELÉFONO: ( )

MI NIÑO(A) TIENE LA(S) SIGUIENTE(S) NECESIDAD(ES) ESPECIAL(ES):

MI NIÑO PUEDE NECESITAR LO(S) SIGUIENTE(S) AJUSTES ESPECIALES PARA SATISFACER SUS NECESIDADES EFECTIVAMENTE MIENTRAS ASISTE A ESTE CENTRO:

MI NIÑO(A) ESTÁ TOMANDO MEDICAMENTO(S) RECETADO(S) A LARGO PLAZO Y PARA USO CONTINUO Y/O TIENE LAS SIGUIENTE ALERGIAS, ENFERMEDADES, O PROBLEMAS DE SALUD:



Permiso General

Verifico que la antedicha información es correcta y cierta. Concedo por este medio el permiso para que la información proveída en esta forma de inscripción sea distribuida a los proveedores de Pre-K, al Departamento de Cuidado y Aprendizaje Tempranos (DECAL), y a ciertas agencias o entidades contratadas por los proveedores de Pre-K o DECAL, incluyendo pero no limitándose al Departamento de Educación del Estado de Georgia, a colegios/universidades.

FIRMA (PADRE/GUARDIÁN): \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

Autorización de Fotografía/Videograbación

Autorizo por este medio al proveedor de Pre-K especificado abajo, al Departamento de Cuidado y Aprendizaje Tempranos (DECAL), y a ciertas agencias o entidades contratadas por el proveedor de Pre-K o DECAL, incluyendo pero no limitándose al Departamento de Educación del Estado de Georgia, y colegios/universidades, a grabar la participación de mi niño(a), \_\_\_\_\_, por medio de la fotografía y/o la videograbación, en relación a las actividades diarias de Pre-K, para propósitos de medios de comunicación, informes y para la determinación del progreso de mi niño(a) y del programa. Autorizo a DECAL y a sus contratistas para exhibir o distribuir tales fotografía(s) y/o videograbacione(s) en su totalidad o en parte, sin restricciones o limitaciones, para cualquier propósito educativo o promocional que DECAL juzgue apropiado. Tal fotografía(s) y/o videograbacion(es) pueden, por ejemplo, aparecer en los materiales impresos o visuales para el sitio web de DECAL. El suscrito, en conjunto y separadamente, absuelve, libera, y exonera al proveedor de Pre-K y a DECAL, y a otras entidades contratadas por el proveedor de Pre-K o DECAL de cualesquiera acciones, acuerdos, demandas, controversias, enjuiciamientos, responsabilidades y procesos, ya sea que se presentan en equidad o en derecho, con respecto a la participación y apariencia del susodicho niño(a). Esta autorización seguirá en efecto sobre todos los sucesores en interés y los representantes personales de los interesados, hasta donde la ley permita.

El Nombre/la Dirección del Proveedor de Pre-K : \_\_\_\_\_

Firma (Padre/Guardián) : \_\_\_\_\_

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

# FORMA DE REGISTRO DEL ESTUDIANTE

## Escuelas del Condado de Sumter Americus, Georgia

Esta información que usted está a punto de proporcionar es muy importante y debe ser tan exacta como sea posible. Si usted no entiende ninguna sección de esta forma, o no está seguro de qué información debe proporcionar, por favor pregunte a un funcionario de la escuela antes de pasar a la pregunta siguiente.

Apellido del estudiante	Nombre legal del estudiante	Segundo nombre del estudiante	Sobrenombre
Fecha de nacimiento del estudiante / /		Edad	No. Seguro Social - -
		Género ( marque uno) Masculino / Femenino	

**¿El estudiante es hispano/latino?** (Una persona cubana, mexicana, puertorriqueña, de Sudamérica o Centroamérica u otra cultura de origen española, sin importar la raza.)  
 No \_\_\_\_\_ hispano/latino      Si \_\_\_\_\_ hispano/latino

**¿Cuál es la raza del estudiante?** (Marque toda aquella que aplique)

	<b>Indoamericano o nativo de Alaska</b> (Persona que tiene orígenes de la gente nativa de Norte y Sudamérica, incluyendo Centroamérica, y que mantiene afiliación tribal o comunidad.)
	<b>Asiático</b> (Persona que tiene orígenes de la gente original del lejano Oriente, Asia Sur-Oriental, o el subcontinente Indio, incluyendo por ejemplo, Camboya, China, la India, Japón, Corea, Malasia, Paquistán, las Islas Filipinas, Tailandia, y Vietnam.)
	<b>Afroamericano o negro</b> (Persona que tiene orígenes de cualquier grupos raciales negro o de África.)
	<b>Nativo hawaiano u de otra isla del Pacífico</b> (Persona que tiene orígenes de los nativos de Hawái, Guam, Samoa, o de otras islas pacíficas.)
	<b>Blanco</b> (Persona que tiene orígenes de la gente original de Europa, Medio Oriente o de África del norte.)

¿El/la estudiante viajará en un autobús escolar? Si\_\_\_ No\_\_\_

Número de autobús matutino \_\_\_\_\_ Número de autobús vespertino \_\_\_\_\_

¿Transporte familiar? Si\_\_\_ No\_\_\_      ¿Caminante? Si\_\_\_ No\_\_\_

### Información sobre Dirección Principal del Residente

Casa #	Nombre de la calle (incluya las abreviaciones pertinentes)	No. de departamento o lote
Ciudad	Estado	Código Postal
Número Telefónico de casa		

### Información de la dirección que envía (si es diferente que la dirección residente)

Casa #	Nombre de la calle (incluya las abreviaciones pertinentes)	Apartamento # o porción #	P.O. Caja
Ciudad		Estado	Código Postal

## Información sobre el Hogar

(Estos tutores o guardianes son con quiénes vive este estudiante)

Varón Apellido del padre o tutor	Varón Nombre del padre o tutor	Relación con el estudiante
Teléfono casero (incluya el código de área)	Teléfono celular (incluya el código de área)	Teléfono del trabajo (incluya el código de área)

Empleador (Trabajo)	Ocupación
---------------------	-----------

¿Esta persona debe recibir correos de la escuela, emails y llamadas telefónicas sobre este estudiante?  Si  No

¿Esta persona debe tener acceso al programa Portal para ver calificaciones, asistencias, etc. del estudiante?  Si  No

¿En caso de aceptar, cuál es su dirección email?

Hembra Apellido de la madre o tutora	Hembra Nombre de la madre o tutora	Relación con el estudiante
--------------------------------------	------------------------------------	----------------------------

Teléfono casero (incluya el código de área)	Teléfono celular (incluya el código de área)	Teléfono del trabajo (incluya el código de área)
---	--	--

Empleador (Trabajo)	Ocupación
---------------------	-----------

¿Esta persona debe recibir correos de la escuela, emails y llamadas telefónicas sobre este estudiante?  Si  No

¿Esta persona debe tener acceso al programa Portal para ver calificaciones, asistencias, etc. del estudiante?  Si  No

¿En caso de aceptar, cuál es su dirección email?

Estado civil del padre:  Casado  Divorciado  Viudo  Otro (explique)

Custodia legal del estudiante:  Ambos padres  Madre  Padre  Otro (explique)

El estudiante vive con:  Ambos padres  Madre  Padre  Otro (explique)

## Preferencias primarias sobre Mensajería (comunicación) hacia el hogar

(Marque el recuadro para cada tipo de dispositivo y mensaje que desea recibir)

Idioma de preferencia	Inglés <input type="checkbox"/>	Español <input type="checkbox"/>		
	Mensajes de alta prioridad	Mensajes sobre la asistencia escolar	Mensajes sobre el comportamiento	Mensajes en general
Teléfono casero				
Teléfono del trabajo				
Teléfono celular				
Email				

## Dirección de Casa Alternativa o Secundaria

**(Responsabilidad Paternal Compartida - Información de Mensajería Alternativa y otra información del padre o tutor)**

Varón Apellido del padre o tutor	Varón Nombre del padre o tutor	Relación con el estudiante
Teléfono casero (incluya el código de área)	Teléfono celular (incluya el código de área)	Teléfono del trabajo (incluya el código de área)

Empleador	Ocupación
-----------	-----------

¿Esta persona debe recibir correos de la escuela, emails y llamadas telefónicas sobre este estudiante?  Si  No

¿Esta persona debe tener acceso al programa Portal para ver calificaciones, asistencias, etc. del estudiante?  Si  No

¿En caso de aceptar, cuál es su dirección email?

Hembra Apellido de la madre o tutora	Hembra Nombre de la madre o tutora	Relación con el estudiante
Teléfono casero (incluya el código de área)	Teléfono celular (incluya el código de área)	Teléfono del trabajo (incluya código de área)

Empleador	Ocupación
-----------	-----------

¿Esta persona debe recibir correos de la escuela, emails y llamadas telefónicas sobre este estudiante?  Si  No

¿Esta persona debe tener acceso al programa Portal para ver calificaciones, asistencias, etc. del estudiante?  Si  No

¿En caso de aceptar, cuál es su dirección email?

### Preferencias secundarias sobre Mensajería (comunicación) hacia el hogar

(Marque el recuadro para cada tipo de dispositivo y mensaje que desea recibir)

Idioma de preferencia	Inglés <input type="checkbox"/>	Español <input type="checkbox"/>			
	Mensajes de prioridad Alta	Mensajes sobre la asistencia escolar	Mensajes sobre el comportamiento	Mensajes en general	
Teléfono casero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Teléfono del trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Teléfono de la celular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Email	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**¿Enliste todos los nombres que debemos saber de personas que no deben tener NINGÚN contacto con este estudiante? Documentación legal de soporte se debe proporcionada a la escuela.**

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

## Información complementaria

<b>Información del lugar de nacimiento:</b>					
País de nacimiento	Ciudad de nacimiento	Estado (provincia) de nacimiento	Condado /municipio de nacimiento		
Primer fecha de ingreso a la escuela en los EE.UU. si no ha nacido en EE.UU.		Fecha de la primera vez en ingresar a 9º grado (Bachillerato/preparatoria)			
Primera lengua aprendida		Idioma hablado regularmente		Idioma hablado en el país de origen	
Ultima escuela atendida:		¿En qué estado?	Años atendidos:	Fechas de asistencia:	
¿El estudiante ha recibido adecuaciones 504? __Si __No			¿Si "sí", cuándo?	¿Si "sí", en qué área?	
¿El estudiante ha atendido programas de educación especial? __Si __No		¿Si "sí", cuándo?	¿Si "sí", qué área de educación especial?		
¿El estudiante ha atendido programas sobre habilidad de inglés limitado? __Si __No		¿Si "sí", cuándo?			

### Estudiantes que viven en esta casa y asisten a escuelas del Condado de Sumter:

Apellido	Nombre	Fecha de nacimiento	Género	Escuela	Relación con el estudiante

Contacto de emergencia (con excepción de padre)	Teléfono del contacto de emergencia (incluya el código de área)	Relación con el estudiante

**Liste a continuación, la persona (s) a quien (es) usted autoriza recoger a este estudiante de la escuela, en caso de que un padre o tutor no pueda hacerlo.**

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_



Sistema Escolar/Educativo del Condado de Sumter
Formato de Servicio de Enfermería

Número de Seguro Social: \_\_\_-\_\_\_-\_\_\_ Fecha de ingreso \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_
Grado Escolar \_\_\_ Maestro (a) Asesor \_\_\_

Nombre del Alumno \_\_\_
(Apellido) (Nombre) (Inicial del Segundo Nombre)

Fecha de Nacimiento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Género \_\_\_ Raza \_\_\_

El alumno (a) vive con:
Ambos padres \_\_\_ Madre \_\_\_ Padre \_\_\_ Tutor u otra persona \_\_\_

Dirección del hogar del alumno \_\_\_\_\_

Nombre de la madre \_\_\_\_\_ No. Telefónico \_\_\_\_\_

Dirección de la madre \_\_\_\_\_

Empleador de la madre (Trabajo) \_\_\_\_\_ No. Tel. Trabajo \_\_\_\_\_

Nombre del padre \_\_\_\_\_ No. Telefónico \_\_\_\_\_

Dirección del padre \_\_\_\_\_

Empleador del padre (Trabajo) \_\_\_\_\_ No. Tel. Trabajo \_\_\_\_\_

Contactos de Emergencia: Favor de listar los nombres, relación y números de las personas a contactar en caso de no poder localizar a los padres. Se le pedirá a una de estas personas, recoger a su hijo en caso de no contactarlo (a) a Usted.

Table with 3 columns: Nombre, Relación, Teléfono. Multiple rows for listing emergency contacts.

En caso de que ninguna persona sea contactada, la Escuela contactará otros servicios de emergencia como el 911, DFACS o la aplicación de la ley. Los costos por servicios de transportación del estudiante a un hospital, y los costos por emergencias hospitalarias son responsabilidad de los padres o tutores.

\*\*Favor de completar la forma por ambos lados \*\*

## Consentimiento para Tratamiento Médico

**Si**, Doy el permiso para que mi niño sea visto por la enfermera de la escuela (si hay enfermera de la escuela en sitio) para cualquier problema o queja de salud que puedan tener mientras está en la escuela.

**No**, No deseo que mi niño que sea visto por la enfermera de la escuela (si hay enfermera de la escuela en sitio) por ningún problema o queja de salud que puedan tener mientras esté en la escuela.

**Si es necesario, estoy autorizando a la enfermera de la escuela a dar: (Compruebe por favor todo lo que aplique)**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Tylenol para niños (dolor de cabeza, fiebre)     | <input type="checkbox"/> Gotas para los ojos del, salinas (irrigación)  |
| <input type="checkbox"/> Mylanta Tums (Dolor de estomago) para niños      | <input type="checkbox"/> Anbesol/Orajel (Dolor dental y dolores de la boca)   |
| <input type="checkbox"/> Neosporin (cortaduras y raspaduras)              | <input type="checkbox"/> Aerosol de Benadryl/crema o loción de Calamine (picaazón, piquetes de insecto, mordeduras, irritación de piel) |
| <input type="checkbox"/> Gotas para tos/losanjes (dolor de garganta, tos) | <input type="checkbox"/> Robitussin para Tos/congestión nasal   |
|   | <input type="checkbox"/> Revisión alimenticia, dental, de la vista y del oido   |

**Salud general (por favor marque todo lo que aplique)**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Problemas del corazón | <input type="checkbox"/> Problemas del riñón         |
| <input type="checkbox"/> Diabetes              | <input type="checkbox"/> Asma                        |
| <input type="checkbox"/> Cólicos menstruales   | <input type="checkbox"/> Epilepsia                   |
| <input type="checkbox"/> Desmayos              | <input type="checkbox"/> Anemia de células falciform |

Alergias  ¿De qué tipo?

Dificultades o discapacidades físicas  Si "sí", explique por favor:

Medicamentos para comportamiento/concentración (relajantes, calmantes)/ADHD

¿El estudiante toma medicamentos regularmente?  Si  No ¿Qué tipo de medicamentos? \_\_\_\_\_

Todas las provisiones de la enfermería y medicamentos listados anteriormente son donadas y por la misma razón, limitadas. Si este estudiante toma medicamentos regularmente de acuerdo a una receta o recomendación médica que se deba dar durante horas de la escuela, por favor contacte a la oficina de la escuela. No se dará ninguna medicación sin una nota de los padres; la medicación debe estar en envase original y con la etiqueta apropiada.

Enumere cualquier otra condición de salud de la cual la escuela deba estar enterada: \_\_\_\_\_

**Lanzamiento del cuidado médico:** En caso de emergencia o accidente en que sea partícipe este estudiante, y que el padre o tutor no se puede localizar, YO autorizo a las autoridades para tomar medidas de urgencia apropiadas, incluyendo llamar 911 para el transporte a un hospital. También autorizo al personal de la sala de emergencias del hospital, tratar a este estudiante a menos que yo esté presente y lo solicite de otra manera. Entiendo que los honorarios por transporte y los servicios médicos serán responsabilidad del padreo tutor.

Firma del padre o tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## Sumter County School System

### Parent Portal Access and Acceptable Use Agreement

The Sumter County School System has implemented Parent Portal as a means to further promote educational excellence and to enhance communication with parents. The Parent Portal allows parents to view their own child's school records anywhere, any time. The Parent Portal is available to every parent or legal guardian of their student enrolled in the Sumter County School System. You only need one account to access multiple students. Every parent is expected to act in a responsible, ethical and legal manner when accessing the Sumter County School System Parent Portal. The following guidelines are in place to ensure the safety and privacy of each student. Please review the guidelines and complete the form below if you do not already have a Parent Portal account and would like one. You must provide your email address in order to receive your username and password information as well as other important information from Sumter County Schools.

1. Parents are not to share their password with anyone, including their children.
2. Parents are not to attempt to harm or destroy data of their own children, of another user, school or district network, or the internet.
3. Parents are not to use the Parent Portal for any illegal activity, including violation of privacy laws. Anyone found to be violating laws may be subject to Civil and/or Criminal Prosecution.
4. Parents are not to access data or any account owned by another parent.
5. Parents who identify a security problem with the Parent Portal must notify the system's Administrator immediately, without demonstrating the problem to anyone else.
6. Parents who are deemed as a security risk to the Parent Portal or any other Sumter County School System computers or network will be denied access to the Parent Portal.

Please provide the following information for all of your children enrolled if you would like access to Parent Portal and do not already have an account.

First Name PLEASE PRINT	Last Name	School Name	Date of Birth

I have read and I agree to abide by and support these rules.

Parent/Guardian #1 Signature	Date	Parent/Guardian #2 Signature	Date
Parent/Guardian #1 Printed	Date	Parent/Guardian #2 Printed	Date





**Richard Woods, Georgia's School Superintendent**  
*"Educating Georgia's Future"*

Distrito Escolar: \_\_\_\_\_

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

**Encuesta Ocupacional para Padres**  
**Favor de completar este formulario para ayudarnos a determinar si su(s) hijo(s) califica(n) para recibir servicios suplementarios de parte del Programa de Título I, Parte C**

Nombre del/los Estudiante(s)	Nombre de la Escuela	Grado
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

- ¿Alguien en su casa se ha mudado para trabajar en otra ciudad, condado, o estado, en los últimos tres (3) años?  Sí  No
- ¿Alguien en su casa trabaja, ha trabajado, o tiene la intención de trabajar en una de las siguientes actividades de forma permanente o temporaria, o ha hecho este tipo de trabajo en los últimos tres años?  Sí  No  
**Si la respuesta es "sí", marque todo trabajo que aplique:**
  - 1. Sembrando/cosechando vegetales (como tomates, calabazas, cebollas, etc.) o frutas (como uvas, fresas, arándanos, etc.)
  - 2. Sembrando, cortando, procesando árboles, o juntando paja de pino (*pine straw*)
  - 3. Procesando/empacando productos agrícolas
  - 4. Trabajo en lechería o ganadería
  - 5. Trabajo en empacadoras o procesadoras de carnes (como de res, pollo o mariscos)
  - 6. Pesca o crianza de peces
  - 7. Otra actividad. Por favor especifique en cuál: \_\_\_\_\_

Nombre de los padres o guardianes legales: \_\_\_\_\_

Dirección donde vive: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

¡Muchas Gracias!  
 Por favor regrese este formulario a la escuela

Please maintain original copy in your files.

MEP funded school/district: Please give this form to the migrant liaison or migrant contact for your school/district.

Non-MEP funded (consortium) school/districts: When at least one "yes" and one or more of the boxes from 1 to 7 is/are checked, districts should fax occupational surveys to the Regional Migrant Education Program Office serving your district. For additional questions regarding this form, please call the MEP office serving your district:

GaDOE Region 1 MEP, P.O. Box 780, 201 West Lee Street, Brooklet, GA 30415  
 Toll Free (800) 621-5217 Fax (912) 842-5440

GaDOE Region 2 MEP, 221 N. Robinson Street, Lenox, GA 31637  
 Toll Free (866) 505-3182 Fax (229) 546-3251

Regional Office use only:

Georgia Department of Education  
ESOL Unit



**Encuesta obligatoria en el idioma nativo**

Estimado padre o tutor:

Para proporcionarle a su hijo la mejor educación posible, debemos determinar qué tan bien habla y entiende el inglés. Esta encuesta ayuda al personal de la escuela a determinar si su hijo puede ser un candidato para recibir apoyo adicional en inglés. La calificación final para el apoyo idiomático está basada en los resultados de una prueba en inglés.

Gracias.

**Nombre del estudiante (información obligatoria):**

---

**Antecedentes idiomáticos (preguntas obligatorias):**

1. ¿Qué idioma su hijo entiende y habla mejor?

---

2. ¿Qué idioma su hijo habla con mayor frecuencia en el hogar?

---

3. ¿Qué idioma usan con mayor frecuencia los adultos del hogar cuando hablan con el niño?

---

**Idioma para la comunicación con la escuela (pregunta recomendada):**

4. ¿En qué idioma prefiere recibir toda la información escolar?

---

**Firma del padre/tutor/otro**

**Fecha**