

New Student Registration Packet

Paquete de Inscripción de un Nuevo Estudiante

Documents Needed for Registration

Documentación para la Inscripción

_____ **Student's Birth Certificate, Certified Copy**

Copia Certificada del Certificado de Nacimiento del Estudiante

_____ **Student's Social Security Card (Voluntary) or Signed Waiver**

Tarjeta del Número Social del Estudiante (Voluntario) o Renuncia Firmada

Social Security number is used for reporting accuracy.

El Número de Seguro Social se usa para la exactitud de información.

_____ **Proof of Current Residence**

This can be a current utility bill.

Prueba de Residencia

Esto puede ser la cuenta de utilidad reciente.

_____ **Certificate of Immunization form** completed by the Habersham County Health Department or primary healthcare provider (DHR form 3231)

Certificado de inmunización, completado por el Departamento de salud del Condado de Habersham o proveedor de atención médica primaria (forma DHR 3231)

_____ **Certificate of Eye, Ear, Dental and Nutrition Examinations Form** completed by the Habersham County Health Department or primary healthcare provider (DHR Form 3300 revised 2013)

Certificado de ojo, oído, dental y nutrición en el formulario de exámenes completado por el Departamento de Salud del Condado de Habersham o proveedor principal de atención médica (Formulario DHR 3300 revisado 2013)

_____ **Student Registration Form** completed for each student (included in this packet)

Formulario de inscripción completado para cada estudiante (incluido en este paquete)

_____ **Photo ID of Parent or Guardian (If Available)**

Identificación con foto del padre o guardián (Si Disponible)

Please bring these items to Centralized Registration Office at the Technology Center, 165 Raider Circle, Mt. Airy, GA in the Ninth Grade Academy building.

Por favor, traiga estas cosas al registro centralizado en el Centro de Tecnología localizado en el 165 Raider Circle, Mt. Airy, GA en el edificio del noveno grado.

-----**Office Use Only**-----

School District _____ Verified By _____ Date _____

Contacted School _____ Faxed Records _____ Scanned _____ Student # _____

HABERSHAM COUNTY SCHOOLS
LAS ESCUELAS DEL CONDADO DE HABERSHAM
STUDENT REGISTRATION FORM
FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

PLEASE PRINT ALL INFORMATION ON BOTH SIDES OF THIS FORM
POR FAVOR, ESCRIBA CON LETRAS DE IMPRENTA EN LOS DOS LADOS DE ESTA FORMA

Student Name (Nombre) _____
Last(Apellido) First(Primer) Middle(2do Nombre)

Name child prefers(Nombre preferido del niño/a) _____
Male (Niño) ____ **Female (Niña)** ____ **Grade (Grado)** _____

Is the student Hispanic or Latino? (Es el estudiante hispano o Latino?) ___ **Yes (Si)** ___ **No**

Check Student's Race (marque todas las que correspondan): Check all that apply (marque todas las que correspondan)

___ **American Indian/Alaska Native** (Indio Americano/Nativo de Alaska) ___ **African American/Black** (Africano Americano/Negro)

___ **Asian** (Asiático) ___ **Native Hawaiian/Other Pacific Islander**(Nativo de Hawaii u otras islas del Pac) ___ **White** (Blanco)

Date of Birth (Fecha de nacimiento) _____ **SSN#** _____
Month/Day/Year (Mesa/Dia/Año)

City/State of Birth (Ciudad/Estado de Nacimiento) _____ **Country of Birth (País)** _____

Home Phone (Teléfono (Casa)) _____

Mailing Address (Dirección del correo) _____
Street, Apt#, PO Box (Calle, Apt#, Buzón) City (Ciudad)

911 Address (Dirección de la casa) _____
Street (Calle) City (Ciudad)

Mother's Name (Nombre de la Madre) _____

Home Phone (Teléfono (Casa)) _____ **Cell Phone (Celular)** _____

Employer (patrón) _____ **Phone (Teléfono)** _____

e-mail (correo electrónico) _____

Father's Name (Nombre del Padre) _____

Home Phone (Teléfono (Casa)) _____ **Cell Phone (Celular)** _____

Employer (patrón) _____ **Phone (Teléfono)** _____

e-mail (correo electrónico) _____

Is either parent/guardian an active military member (National Guard, Reserves, Army, Navy, etc.)? ___ **Yes** ___ **No**

Enrolling Parent/Guardian's Name (Nombre del Padre/Guardián) _____

Child lives with (El niño/a vive con): ___ **both parents** (los dos padres) ___ **mother** (madre) ___ **father** (padre) ___ **mother/stepfather** (la madre/el padrastro) ___ **father/stepmother** (el padre/la madrastra) ___ **grandparents** (los abuelos) ___ **other** (otro): _____

Emergency Contacts (People Authorized to pick up child when parents cannot be reached)

Contactos de Emergencia – En caso de una emergencia y los padres no se puedan localizar, la administración debe llamar a:

Name (Nombre) _____ Relationship (Relación al niño/a) _____

Home Phone (Teléfono de casa) _____

Work Phone (Teléfono del trabajo) _____

Cell Phone (Celular) _____

Name (Nombre) _____ Relationship (Relación al niño/a) _____

Home Phone (Teléfono de casa) _____

Work Phone (Teléfono del trabajo) _____

Cell Phone (Celular) _____

Name (Nombre) _____ Relationship (Relación al niño/a) _____

Home Phone (Teléfono de casa) _____

Work Phone (Teléfono de trabajo) _____

Cell Phone (Celular) _____

The following people are NOT authorized to pick up my child: (Las personas siguientes **no** tienen permiso de recoger a mi niño/a:)

Name (Nombre) _____ Relationship (Relación al niño/a) _____

Name (Nombre) _____ Relationship (Relación al niño/a) _____

Name (Nombre) _____ Relationship (Relación al niño/a) _____

Last School Attended (Última escuela que asistió) _____ Grade Level (Nivel de Grado) _____

City (Ciudad) _____ State (Estado) _____

Withdrawal Date (Fecha de retiro) ____/____/____ Date of Entry 9th Grade (Fecha de entrada al 9no grado) ____/____/____

Has student ever been enrolled in Georgia Schools? Yes ___ No ___
¿Alguna vez ha sido el estudiante matriculado en las escuelas de Georgia? Si ___ No ___

Has student ever been enrolled in Habersham County Schools? Yes ___ No ___
¿Alguna vez ha sido el estudiante matriculado en las escuelas del Condado de Habersham? Si ___ No ___

Has student ever been recommended for a disciplinary hearing? Yes ___ No ___
¿Alguna vez ha sido el estudiante recomendado para una audiencia disciplinaria? Si ___ No ___

If Yes, Explain _____

Si es así, explique _____

Has student ever been charged with a felony? Yes ___ No ___
¿Alguna vez ha sido el estudiante acusado de un delito grave? Si ___ No ___

If Yes, Explain: _____

Si es así, explique _____

**Habersham County Schools
Student Residency Form**

School: _____ Date: _____

Child's Name: _____ Birth date: _____ Grade _____

Please list all other children that live with you:

Name	Age	School (if applicable)
------	-----	------------------------

The answers to these questions will help determine services a student may be eligible to receive under the McKinney-Vento Act.

1. Is your current address a temporary living arrangement? YES NO

2. Is this temporary living arrangement due to loss of housing or economic hardship? YES NO

If you answered YES to the above questions, please complete the remainder of this form.

If you answered NO, you may stop here.

Where is the student presently living? Select one.

Sharing the housing of other persons due to loss of housing, economic hardship, or a similar reason (example: evicted from home, cannot afford housing, etc.).

In a motel, hotel, campground or similar setting due to lack of alternative adequate housing.

In emergency or transitional shelters such as domestic violence or homeless shelter.

In a primary nighttime residence that is a place not designed for or ordinarily used as a regular night time housing for people.

In cars, parks, public spaces, abandoned buildings, substandard housing, bus or train stations, or similar settings.

None of the above.

How long do you expect to live at this location? _____

Parent/Guardian's Signature _____ Date _____

Address _____

Phone or contact number and relationship of contact _____

Children living in homeless situations have certain rights under the McKinney-Vento Homeless Assistance Act. Please contact Kathleen Clement, Local Homeless Liaison at 706-894-3055 if you have any questions.

Schools- please fax, scan or send the completed form in the county mail to Kathleen Clement or Michelle Blackburn, School Social Workers. Fax numbers- Kathleen Clement- 706-894-3053, Michelle Blackburn- 706-894-3054.

Escuelas del Condado de Habersham

Formulario de Residencia para los Estudiantes

Escuela: _____

Fecha: _____

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Grado: _____

Por favor escriba aquí los nombres de los niños que viven con usted:

Nombre	Edad	Escuela (si se aplica)
--------	------	------------------------

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Las repuestas a estas preguntas ayudarán a determinar los servicios que el estudiante es elegible de recibir bajo la Ley de McKinney-Vento.

1. ¿Es su domicilio actual un arreglo de vivienda provisional (de poca duración)? SÍ NO
2. ¿Es este arreglo de vivienda provisional debido a la pérdida de su vivienda o a alguna privación económica (ejemplo: desempleo)? SÍ NO

Si usted contestó SÍ a estas preguntas, por favor completar el resto de este formulario.

Si usted contestó NO a estas preguntas, no siga con lo demás.

¿Dónde se encuentra viviendo el estudiante actualmente? (Marque una opción.).

Comparte la vivienda de otras personas debido a pérdida de vivienda, privación económica, o una razón similar (ejemplo: desalojo del hogar, no puede pagar vivienda, etc.).

En un motel, hotel, campamento o escena similar debido a falta de alternativas viviendas adecuadas.

En resguardos de emergencia o transición, tal como un refugio por causa de la violencia doméstica o un refugio para los desamparados.

En una residencia de noche que es un lugar no diseñado para, u ordinariamente usado como, una habitación regular de noche para la gente.

En carros, parques, lugares públicos, edificios abandonados, viviendas de baja calidad, estaciones de ferrocarriles o autobús, o escenas similares.

Ninguno de los enumerados más arriba.

¿Cuánto tiempo anticipa vivir en esta localidad? _____

Firma de Padre o Guardián _____ Fecha _____

Dirección _____

Los niños viviendo en situaciones sin vivienda adecuada tienen ciertos derechos bajo la Ley de Asistencia para la Gente sin Hogar de McKinney-Vento. Si tiene cualquier pregunta, por favor de contactar a Kathleen Clement, Trabajadora Social, al 706-894-3055.

Schools- please fax, scan or send completed form in the county mail to Kathleen Clement or Michelle Blackburn, School Social Workers.
Fax numbers- Kathleen Clement- 706-894-3053, Michelle Blackburn- 706-894-3054

AUTHORIZATION FOR RELEASE OF RECORDS

Student Name: _____

Date of Birth: _____

Grade Level: _____

School Previously Attended (Name & Address):

Date of Withdrawal: _____

Phone: _____

Fax: _____

The above student has enrolled in the Habersham County school system. Please send the following information and any other information that would benefit our record keeping.

Complete Transcript of Grades / Test Scores
Attendance Record
Gifted Records
504 Plan
Other: _____

Discipline Record
Special Education Records
SST/Remedial Information
Withdrawal Form

Please check if Student is enrolled in any of the following:

<input type="checkbox"/> SST	<input type="checkbox"/> Special Education	<input type="checkbox"/> Speech
<input type="checkbox"/> ESOL	<input type="checkbox"/> Gifted	<input type="checkbox"/> 504 Plan
<input type="checkbox"/> Remedial	<input type="checkbox"/> EIP	<input type="checkbox"/> Other: _____

Please send records to:

- ___ Baldwin Elementary • 894 Willingham Ave • Baldwin, GA 30511 • (706) 778-6435 • Fax (706) 776-5946
- ___ Clarkesville Elementary • 6539 St Hwy 115 W • Clarkesville, GA 30523 • (706) 754-2442 • Fax (706) 754-5964
- ___ Cornelia Elementary • 375 Old Cleveland Rd • Cornelia, GA 30531 • (706) 778-6526 • Fax (706) 776-7828
- ___ Demorest Elementary • 3116 Demorest Mt Airy Hwy • Demorest, GA 30535 • (706) 778-4126 • Fax (706) 776-6691
- ___ Fairview Elementary • 2925 Cannon Bridge Rd • Demorest, GA 30535 • (706) 778-2030 • Fax (706) 778-2033
- ___ Hazel Grove Elementary • 6390 Dicks Hill Pkwy • Mt Airy, GA 30563 • (706) 754-2942 • Fax (706) 754-3308
- ___ Level Grove Elementary • 2525 Level Grove Rd • Cornelia, GA 30531 • (706) 778-3087 • Fax (706) 778-3731
- ___ Woodville Elementary • 911 Historic Old 441 Hwy • Clarkesville, GA 30523 • (706) 754-4225 • Fax (706) 754-1812
- ___ North Habersham Middle • 1500 Wall Bridge Rd • Clarkesville, GA 30523 • (706) 754-2915 • Fax (706) 754-8218
- ___ South Habersham Middle • 237 Old Athens Hwy • Cornelia, GA 30531 • (706) 778-7121 • Fax (706) 778-2110
- ___ Wilbanks Middle • 3115 Demorest Mt Airy Hwy • Demorest, GA 30535 • (706) 894-1341 • Fax (706) 894-1342
- ___ Habersham Ninth Grade Academy • 171 Raider Cir • Mt Airy, GA 30563 • (706) 778-0830 • Fax (706) 778-0848
- ___ Habersham Central High School • 2059 St Hwy 197 S • Mt Airy, GA 30563 • (706) 778-7161 • Fax (706) 894-2936
- ___ Habersham Success Academy • 171 Raider Cir • Mt Airy, GA 30563 • (706) 894-3056 • Fax (706) 778-0848

Parent/Guardian Signature

Date

Parent/Guardian Name (PRINT)

According to Section 1232g, of the Family Educational Rights & Privacy Act (FERPA) -2- US Code, written parental consent is not required when student records are sent from a school or school system to a school or school system where a student is seeking or intends to enroll.

School Use Only:

Date Records Requested: _____ Date Records Received: _____

Centralized Registration • 165 Raider Cir • Mt Airy, GA 30563 • (706) 778-2020 ext 108 • Fax (706) 778-0000

**ESCUELAS DEL CONDADO HABERSHAM
AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE REGISTROS**

Nombre del Estudiante: _____

Fecha de nacimiento: _____

Nivel de Grado: _____

Escuela a la que asistió (Nombre y Dirección):

Fecha de Retiro: _____

Teléfono: _____

Fax: _____

El estudiante mencionado anteriormente se ha matriculado en el sistema escolar del Condado de Habersham. Por favor envíe la siguiente información y cualquier otra información que pueda beneficiar a nuestro mantenimiento de registros.

Transcripción Completa de Calificaciones / Pruebas
Récord de Asistencia
Registros de Estudiantes dotados
Plan 504
Otro: _____

Récord de Disciplina
Registros de Educación Especial
SST / Información Correctiva
Forma de Retiro

Por favor, compruebe si el estudiante está inscrito en alguno de los siguientes:

_____ SST	_____ Educación Especial	_____ Terapia del Habla
_____ ESOL	_____ Dotados	_____ 504 Plan
_____ Curso Correctivo	_____ EIP	_____ Other: _____

Por favor, enviar los registros a:

- _____ Baldwin Elementary • 894 Willingham Ave • Baldwin, GA 30511 • (706) 778-6435 • Fax (706) 776-5946
- _____ Clarkesville Elementary • 6539 St Hwy 115 W • Clarkesville, GA 30523 • (706) 754-2442 • Fax (706) 754-5964
- _____ Cornelia Elementary • 375 Old Cleveland Rd • Cornelia, GA 30531 • (706) 778-6526 • Fax (706) 776-7828
- _____ Demorest Elementary • 3116 Demorest Mt Airy Hwy • Demorest, GA 30535 • (706) 778-4126 • Fax (706) 776-6691
- _____ Fairview Elementary • 2925 Cannon Bridge Rd • Demorest, GA 30535 • (706) 778-2030 • Fax (706) 778-2033
- _____ Hazel Grove Elementary • 6390 Dicks Hill Pkwy • Mt Airy, GA 30563 • (706) 754-2942 • Fax (706) 754-3308
- _____ Level Grove Elementary • 2525 Level Grove Rd • Cornelia, GA 30531 • (706) 778-3087 • Fax (706) 778-3731
- _____ Woodville Elementary • 911 Historic Old 441 Hwy • Clarkesville, GA 30523 • (706) 754-4225 • Fax (706) 754-1812
- _____ North Habersham Middle • 1500 Wall Bridge Rd • Clarkesville, GA 30523 • (706) 754-2915 • Fax (706) 754-8218
- _____ South Habersham Middle • 237 Old Athens Hwy • Cornelia, GA 30531 • (706) 778-7121 • Fax (706) 778-2110
- _____ Wilbanks Middle • 3115 Demorest Mt Airy Hwy • Demorest, GA 30535 • (706) 894-1341 • Fax (706) 894-1342
- _____ Habersham Ninth Grade Academy • 171 Raider Cir • Mt Airy, GA 30563 • (706) 778-0830 • Fax (706) 778-0848
- _____ Habersham Central High School • 2059 St Hwy 197 S • Mt Airy, GA 30563 • (706) 778-7161 • Fax (706) 894-2936
- _____ Habersham Success Academy • 171 Raider Cir • Mt Airy, GA 30563 • (706) 894-3056 • Fax (706) 778-0848

Padre / Guardián

Fecha

De acuerdo a la Sección 1232g, de los Derechos Educativos y Privacidad (FERPA) -2- Código de los EE.UU., el consentimiento escrito de los padres no es necesario si los archivos del estudiante son enviados desde una escuela o sistema escolar a una escuela o sistema escolar donde el estudiante busca o tiene la intención de inscribirse.

School Use Only:

Fecha registros solicitados: _____ Fecha registros recibidos: _____

Registro Centralizado • 165 Raider Cir • Mt Airy, GA 30563 • (706) 778-2020 ext 108 • Fax (706) 778-0000

HABERSHAM COUNTY SCHOOLS
DEPARTMENT OF SPECIAL EDUCATION
P O BOX 70
CLARKESVILLE, GEORGIA 30523
(706)754-2110 FAX(706)754-8843

PURPOSE: As a parent, guardian or student, you have the right to give permission or not give permission for the release of your child's records with other persons or agencies. This request provides you with the opportunity to approve or not approve such a request unless release of records is allowed under one of the exceptions under the rules implementing the Family Education Rights and Privacy Act, FERPA, (for example, transfer of records from one school district to another).

AUTHORIZATION FOR RELEASE OF RECORDS

Student Name: _____ Date: _____

Student DOB: _____ Grade: _____ School: _____

Name of Person Requesting Records: **Jenny Martin / Habersham County Schools Special Ed. Dept.**
I hereby authorize the release of records:

From: _____ To: **Jenny Martin**
(Name of Agency/Person) (Name of Agency/Person)

_____ **P.O. Box 70**
Street Address Street Address

_____ **Clarkesville GA 30523**
City, State, Zip City, State, Zip

Describe the records to be disclosed:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Psychological Evaluations | <input type="checkbox"/> Permanent Record/Transcript |
| <input type="checkbox"/> Educational Evaluations | <input type="checkbox"/> Psychiatric Evaluation |
| <input type="checkbox"/> Speech and Language Evaluation | <input type="checkbox"/> Progress Reports |
| <input type="checkbox"/> Audiological Reports | <input type="checkbox"/> Medical Records |
| <input type="checkbox"/> Special Education Eligibility Report | <input type="checkbox"/> School Personnel Consult with Physician |
| <input type="checkbox"/> I.E.P. (Individual Education Plan) | <input type="checkbox"/> Relevant Information for School Planning |
| <input type="checkbox"/> Staffing Report/Placement Minutes | <input type="checkbox"/> Other _____ |

The reason for disclosing the record(s) is:

To assist in the educational planning and placement of student.

I understand that this information obtained will be treated in a confidential manner by the school district under the provision of the Family Education Rights and Privacy Act (FERPA), FERPA prohibits disclosure of personally identifiable information without consent except in limited circumstances. Please note that if the request is for health or medical information, the medical information received by the district is protected under FERPA privacy standards by a school district and not the Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA).

This authorization is valid from ___/___/___ to ___/___/___.

Note: For release of medical records, the authorization can be no longer than 90 days after this authorization is signed.

I understand that my consent for the release of records is voluntary and I can withdraw my consent at anytime in writing. Should I withdraw my consent, it does not apply to information that has already been provided under the prior consent for release.

Parent/Guardian or Student Signature

Date

Escuelas del Condado de Habersham

P.O. Box 70 Clarkesville, GA 30523

(706) 754-2110 Fax: (706) 754-8843

Autorización para facilitar/librar información confidencial

Nombre del estudiante: _____ Fecha: _____

Fecha de nacimiento del estudiante: _____ Grado: _____ Escuela: _____

Nombre de la persona que pide los documentos: **Jenny Martin / Habersham Co. Schools Special Ed. Dept.**

Por la presente autorizo la liberación de los registros:

Origen: _____

(Nombre de la escuela/agencia/persona)

Destino: **Jenny Martin** _____

(Nombre de la escuela/agencia/persona)

P.O. Box 70 _____

Dirección: número y calle

Dirección: número y calle

Clarkesville GA 30523 _____

Ciudad, Estado, Código Postal

Ciudad, Estado, Código Postal

Describe los documentos/información de ser divulgados:

Evaluaciones psicológicas

Evaluación psiquiátrica

Evaluaciones educativas

Historiales Médicos

Informe de Elegibilidad de Educación Especial

Consulta del personal con el consejero

I.E.P. (Plan Educativo Individual)

Consulta del Personal escolar con DFCS

Actas del Equipo de Apoyo al Estudiante

Consulta del Personal escolar con Médico

Informes de Progreso/Puntuaciones

Consulta del Personal escolar con DJJ

Information pertinente para ayudar al estudiante

Registro de asistencia

Otro _____

La razón para la autorización de librar los registros es:

Para ayudar en la planificación de la educación, la colocación o la orientación de un estudiante.

Esta versión debe ser considerado un acuerdo de reciprocidad entre las partes identificadas anteriormente:

sí no

Entiendo que esta información obtenida será tratada de manera confidencial por el distrito escolar en la prestación de los Derechos de Educación Familiar y la Ley de Privacidad (FERPA), FERPA prohíbe la divulgación de información personal sin consentimiento, excepto en circunstancias limitadas. Tenga en cuenta que si la solicitud es para obtener información de salud o médica, la información médica recibida por el distrito se encuentra protegida por las normas de privacidad FERPA por un distrito escolar y no la del *Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA)*.

Esta autorización es válida desde el ____ / ____ / ____ hasta el ____ / ____ / ____.

Nota: Para la distribución de los historiales médicos, la autorización no puede ser más de 90 días después de que se firme esta autorización.

Entiendo que mi consentimiento para la liberación de los registros es voluntaria y puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento por escrito. Si decido retirar mi consentimiento, no se aplica a la información que ya ha sido prevista en la autorización previa para su disseminación.

Firma del padre/guardián

fecha

Date Sent: _____

Habersham County Schools
Gifted Education Services
PO Box 70
Clarkeville, Georgia 30523
(706) 754-2110, Ext 128

AUTHORIZATION TO RELEASE CONFIDENTIAL INFORMATION

In order to assist in the educational planning and placement of the following student:

Last Name	First Name	Middle Name	Birthdate	School Attended
_____	_____	_____	_____	_____

Records requested by: Habersham County Schools Gifted Education Services

Records are being requested from:

Records are to be forwarded to:

School

Dr. Martha K. Cantrell, Gifted Program Coordinator

Phone:

FAX: 706-754-4141

FAX Number

mcantrell@habershamschools.com

City

State

You are hereby authorized to release the following specified information to include any available third party records (Please check all):

_____ Gifted Eligibility Report

_____ Progress Reports

_____ Individual Test Results

_____ Permanent Records/Transcript

_____ Annual Reviews

_____ Other: Any that may assist in educational planning

_____ Referral/Permission to Evaluate/Placement

Parent/Guardian Signature

Date

Escuelas del Condado de Habersham
 Servicios de Educación para Estudiantes con inteligencia excepcional
 PO Box 70
 Clarkesville, Georgia 30523
 (706) 754-2110, Ext. 128

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

Con el fin de ayudar en la planificación de la educación y la colocación del siguiente estudiante:

Apellido	Nombre	Segundo Nombre	Fecha de Nacimiento	Escuela que asistió
----------	--------	----------------	---------------------	---------------------

Documentos solicitados por: Servicios de Educación para Superdotados de las Escuelas del Condado de Habersham

Se solicitan los registros de:

Registros deben ser remitidos a:

Escuela

Dr. Martha K Cantrell, Coordinadora del Programa de Superdotados

Teléfono:

FAX: 706-754-4141

Número de FAX

mcantrell@habershamschools.com

Estado

Ciudad

Por la presente se autoriza a divulgar la siguiente información especificada para incluir todos los registros disponibles de terceros (Por favor, marque todas):

Reporte de Elegibilidad

Informes de Progreso

Resultados de Pruebas Individuales

Registros Permanentes / Transcripción

Revisiones Anuales

Otros: Cualquier que pueda ayudar a la planificación de la educación

Referencia / Permiso para Evaluar / Colocación

Firma del Padre / Guardián

Fecha

FAMILY EDUCATION RIGHTS AND PRIVACY ACT

FERPA DIRECTORY INFORMATION

PLEASE CIRCLE ONE:

Yes No Agrees to follow network communication handbook
rules

Yes No Permission to access networked resources such as
Email and the Internet

Yes No Permission to use photo/likeness/voice

Yes No Participate in school-sponsored fieldtrips

Yes No Read/understand bus rules/regulations

Yes No Received attendance info

Yes No FERPA Directory Information Opt Out

LEY DE DERECHOS DE LA FAMILIA SOBRE LA EDUCACIÓN Y PRIVACIDAD (FERPA)

INFORMACIÓN DEL DIRECTORIO

POR FAVOR CIRCULE UNO:

- | | | |
|----|----|--|
| Sí | No | Está de acuerdo en seguir las reglas de la red de comunicación en el manual |
| Sí | No | Permiso para acceder a los recursos en red, tales como Correo Electrónico e Internet |
| Sí | No | Permiso para utilizar la foto / imagen / voz |
| Sí | No | Participar en excursiones patrocinadas por la escuela |
| Sí | No | Leer / entender las reglas / reglamentos del autobús |
| Sí | No | Recibir información sobre la asistencia |
| Sí | No | Exclusión sobre el Directorio de Información FERPA |

Habersham County Schools Student Health Form
(Escuelas del Condado de Habersham Formulario de la Salud del Estudiante)

Name (Nombre) _____ DOB (Fecha de nacimiento) _____
Last (Apellido) First (Primer) Middle (Nombre) Month/Day/Year
(Mesa/Día/Año)

Teacher (Profesor) _____ Name child prefers (Preferido nombre del niño) _____

Mother's Name (Nombre de la Madre): _____ Father's Name (Nombre del Padre): _____

_____ Home (Casa) _____

_____ Work (Trabajo) _____

_____ Cell (Celular) _____

Emergency Contacts Other than Parents (Contactos de Emergencia Además de Los Padres):

1. Name (Nombre) _____ Phone (Teléfono): _____

2. Name (Nombre) _____ Phone (Teléfono): _____

My child has permission to be seen in the school clinic. (Le doy permiso a la escuela para ver a mi niño en la clínica.):
_____ Yes (Si) _____ No

Please mark out any medications that may **NOT** be administered to your child. (Por favor indicar todas las medicinas que no se puedan aplicar a su hijo):

Acetaminophen (Tylenol)	Oragel
Ibuprofen (Advil/Motrin)	Triple Antibiotic Ointment (Pomada Antibiótico Triple)
Antacids (Antiácidos) (TUMS)	Throat Spray (Aerosol Para La Garganta)
Antiseptic Spray (Aerosoles Antisépticos)	Benadryl (Antihistamínico) Cream and/or Liquid (De Crema o Líquido)
Anti-Itch Cream (Crema Anti-Picor)	Anti-Fungal Cream (Crema Anti-Hongo)
Burn Spray/Gel (Spray/Gel de Quemadura)	Hydrocortisone Cream (Crema de Hydrocortisone - para inflamación y alergias de piel)
Cough syrup or drops (Jarabe o gotas para la tos)	**Generic brands will be given when available

Please list any health conditions or allergies that affect your child. (Por favor hacer una lista de condiciones de salud o alergias que afectan su hijo): _____

Does your child have either of the following prescribed? (Está su hijo recetado con una de las siguientes medicinas para?)

_____ Benadryl _____ Epi-pen _____ Inhaler

List any medications that your child takes daily (prescription or over the counter). (Por favor hacer una lista de medicamentos diarios que su niño toma (recetados por el pediatra o no).: _____

You will be notified if your child's temp is: 100.5 or greater. (Se le notificará si la temperatura de su hijo (si tiene fiebre) llega a 100.5 grados (Fahrenheit) o más.)

I give permission for my child to have hearing and/or vision screenings as needed. (Yo doy permiso para que mi hijo tenga las pruebas de visión y audición como sea necesario.): _____ Yes (Si) _____ No

Signature (Firme)

Relationship to Child (Relación con el Niño)

Date (Fecha)

**Habersham County Schools
Home Language Survey**

Dear Parent or Guardian:

In order to provide your child with the best possible education, we need to determine how well he or she speaks and understands English. This survey assists school personnel in deciding whether your child may be a candidate for additional English language support. Final qualification for language support is based on the results of an English language assessment.

Thank You

Student Name: _____

-
1. Which language does your child most frequently speak at home? _____
 2. Which language do adults in your home most frequently use when speaking with your child? _____
 3. Which language(s) does your child currently understand or speak? _____
 4. If possible, would you prefer notice of school activities in a language **other** than English? Yes No
If yes, which language? _____
-

Signature of Parent/Guardian/Other

Date

PLACE IN PERMANENT RECORD FOLDER

School Office: Please collect all forms for the ESOL teacher to review for student screening. ESOL teachers must place original in ESOL student folder if applicable. A copy should be returned to the school office to be filed in the student Permanent Record Folder. Completion of this form is required only once, upon entry in US School. Record should be requested from previous school for transfer students.

Escuelas del Condado de Habersham
Home Language Survey
Encuesta sobre el idioma que se habla en casa

Estimado padre o tutor:

Con el fin de proporcionar a su hijo la mejor educación posible, debemos determinar qué tan bien habla y entiende el inglés. Esta encuesta ayudará al personal de la escuela a decidir si su hijo reúne los requisitos para recibir apoyo adicional en el aprendizaje del idioma inglés. El requisito final para recibir el apoyo se basa en los resultados de una evaluación del idioma inglés.

Gracias

Nombre del estudiante: _____



1. ¿Qué idioma habla su hijo más frecuentemente en casa? _____
2. ¿En qué idioma hablan los adultos de su casa más frecuentemente cuando hablan con su hijo? _____
3. ¿Qué idioma(s) entiende o habla su hijo actualmente? _____
4. De ser posible, ¿preferiría recibir avisos de las actividades escolares en otro idioma **que no sea inglés**? Sí
No

En caso afirmativo, ¿en qué idioma? _____

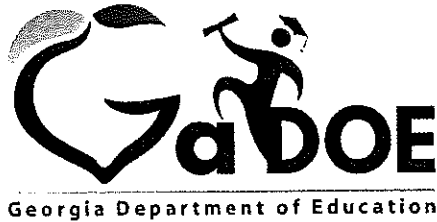


Firma del padre/tutor/otra persona

Fecha

PLACE IN PERMANENT RECORD FOLDER

School Office: Please collect all forms for the ESOL teacher to review for student screening. ESOL teachers must place original in ESOL student folder if applicable. A copy should be returned to the school office to be filed in the student Permanent Record Folder. Completion of this form is required only once, upon entry in US School. Record should be requested from previous school for transfer students.



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

School District: _____

Date Completed: _____

Parent Occupational Survey

Please complete this form to determine if your child(ren) qualify to receive additional services under Title I, Part C

Has your family moved in order to work in another city, county, or state, in the last three (3) years? Yes No

If so, what is the date your family arrived in the city/town you reside? _____

Has anyone in your immediate family been involved in one of the following occupations, either full or part-time or temporarily during the last three (3) years? (Check all that apply)

- 1) Agriculture; planting/picking vegetables or fruits such as tomatoes, squash, grapes, onions, strawberries, blueberries, etc.
- 2) Planting, growing, or cutting trees (pulpwood)/raking pine straw
- 3) Processing/packing agricultural products
- 4) Dairy/Poultry/Livestock
- 5) Meatpacking/Meat processing/Seafood
- 6) Fishing or fish farms
- 7) Other (Please specify occupation): _____

Name of Student(s)	Name of School	Grade
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Names of Parent(s) or Legal Guardian(s) _____

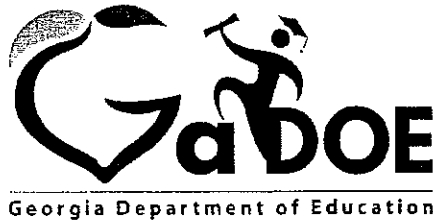
Current Address: _____

City: _____ State: _____ Zip Code: _____ Phone: _____

Thank You!
 Please return this form to the school
The answers to this survey will help determine if your child(ren) are eligible to receive supplemental services from the Title I, Part C Program.

Note for the school/district: When both "yes" and one or more of the boxes from 1 to 7 is/are checked, please give this form to the migrant liaison or migrant contact for your school/district. Please file original in student's records. Non-funded (consortium) systems should fax occupational parent surveys to the regional MEP office serving their 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



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

School District: _____

Date Completed: _____

Encuesta Ocupacional para Padres
Por favor llene este formulario para determinar si sus hijos califican para recibir servicios a través del Programa de Título I, Parte C

¿Ustedes se han movido para trabajar en otra ciudad, condado, o estado, en los últimos tres (3) años? Sí No

Si su respuesta es "Sí", ¿en qué fecha llegaron a la ciudad/pueblo donde viven actualmente? _____

¿Alguien de su familia trabaja, ha trabajado, o tiene la intención de trabajar, en una de las siguientes actividades en forma permanente o temporal o ha hecho este tipo de trabajo en los últimos tres años? (Marque todos los que apliquen)

- 1) Agricultura; plantando/cosechando vegetales o frutas como tomates, calabazas, uvas, cebollas, fresas, arándanos, etc.
- 2) Plantando o cortando árboles/juntando agujas de pino (*pine straw*)
- 3) Procesando /empacando productos agrícolas
- 4) Lechería o ganadería
- 5) Empacadoras o procesadoras de carne/pollo o mariscos
- 6) Pescando o criando pescado
- 7) Otra actividad. Por Favor especifique en cuál: _____

Nombre de los Estudiantes	Nombre de la Escuela	Grado
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

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

Las respuestas a este formulario van a ayudar a determinar si sus hijos califican para recibir servicios a través del programa de Título I, Parte C.

Note for the school/district: When both (Yes) "Sí" and one or more of the boxes from 1 to 7 is/are checked, please give this form to the migrant liaison or migrant contact for your school/district. Please file original in student's records. Non-funded (consortium) systems should fax occupational parent surveys to the regional MEP office serving their 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