

Distrito Escolar del Condado de Scott

100 East First Street. Forest Mississippi 39074

RESIDENCIA AÑO ESCOLAR 2017-2018

Los padres deben agregar copias de los ítems cuya lista se encuentra abajo, dentro los sesenta (60) días de actividad escolar. Fecha después del 1 de Junio 2017

REGISTRO Y DOCUMENTACION

ESCUELA _____

Nombre del estudiante _____
Padre/Guardián legal _____
Dirección física _____ Ciudad _____ Estado: MS Código postal: _____
Sección _____ Municipio _____ Rango _____ ¿Está en ésta sección de tierras 16? _____
Escriba una descripción breve usando como referencia las carreteras o señales de la dirección dada más arriba.

Yo certifico que la información anteriormente dada es verdadera. Si mi dirección llegara a cambiar, avisaré prontamente a los oficiales de la escuela y entregaré nueva documentación de acuerdo a lo requerido. Entiendo, además, que el niño no está legalmente enrolado hasta que haya completado esta forma y haya sido firmada por el padre/madre/ guardián legal con quién el niño esté viviendo. Toda información falsa significa que el estudiante no está legalmente enrolado y el responsable del niño estará sujeto a penalidad.

Firma del padre/guardián legal _____
Fecha _____ Teléfono del firmante _____

PARA USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA

Los dos documentos (2) me fueron proporcionados con el nombre de uno de los padres / del guardián legal y estaban fechados dentro de los treinta días de la sesión escolar corriente. Con licencia de conducir - se debe presentar una factura de servicio público.

- Prueba de excepción del archivo de estadía del hogar.
- Documentos de Propiedad de Bienes Raíces o título.
- Contrato de renta de casa o de departamento.
- Recibo de pago de servicios públicos (agua, luz, gas o teléfono) No se acepta recibo de celular.
- Certificado de recibo de Estampilla de Alimento.
- Información de Medicare o Medicaid que posea los datos requeridos.
- Póliza de Seguro de la casa o del departamento.
- Recibo de pago de la placa del automóvil (Solo puede darse uno)

Oficial de la Escuela _____ Fecha _____

UN NIÑO A LA VEZ HACE UNA DIFERENCIA

Distrito Escolar del Condado de Scott

100 East First Street. Forest Mississippi 39074

Escuela: _____

Grado: _____ Sala _____

Registro de salud del estudiante

(Por favor complete: Información que va a ser compartida con los profesores y personal pertinente)

| |
|--|
| Información del estudiante: Nombre: _____ Fecha de nacimiento _____ Edad _____ Domicilio _____ Teléfono del hogar : _____ Nº Seguro Social : _____ Seguro de Salud _____ |
| Información para contacto con Padre o Guardián legal: Nombre _____ Relación: (Coloque una) ___ Madre ___ Padre ___ Guardián Legal (nombrado por la corte) ___ Otra (Especifique) _____ Domicilio _____ Ciudad _____ Estado: MS Código postal _____ Teléfono del hogar: _____ Teléfono celular _____ Lugar de empleo _____ Teléfono: _____ |
| Información de contacto en caso de Emergencia Nombre _____ Relación: (coloque una) ___ Madre ___ Padre ___ Guardián legal (nombrado por la corte) ___ Otra (Especifique) _____ Domicilio _____ Ciudad _____ Estado: MS Código postal _____ Teléfono del hogar : _____ Teléfono celular _____ Lugar de empleo _____ Teléfono _____ |

Historia médica del estudiante

| Problema | No | Si | Síntomas y medicinas que se necesitan |
|--|----|----|---|
| Alergia a alimento | | | Especifique: |
| Alergia a medicamento | | | Especifique: |
| Alergias a picaduras de insectos | | | Especifique |
| Otro tipo de alergia (incluye la estacional) | | | Especifique: |
| Asma | | | Si tiene asma la escuela necesita un plan firmado por médico |
| Déficit o falta de atención (ADD, ADHD) | | | |
| Defecto o impedimento físico de nacimiento | | | |
| Problema a los huesos o articulaciones | | | |
| Convulsiones (ataques o epilepsia) | | | |
| Diabetes (nivel de azúcar alto en la sangre) | | | |
| Dolores al oído (¿frecuentes? ¿tubos?) | | | |
| Desorden emocional o psicológico | | | |
| Dolores de cabeza (frecuentes o toma medicina) | | | |
| Problema al corazón | | | |
| Hipertensión (Presión sanguínea alta) | | | |
| Sangramiento de nariz | | | |
| Problemas de sinusitis | | | |
| Problemas de audición y/o de habla | | | |
| Problemas digestivos o estomacales | | | |
| Operación quirúrgica | | | |
| Problemas de visión | | | ¿Usa lentes? ___ Sí ___ No ¿Lentes de contacto? ___ Sí ___ No |

Describe cualquier inhabilidad o necesidad especial del estudiante: _____

Proveedor de cuidados médicos del estudiante: _____ Teléfono Nº _____

_____ Teléfono Nº _____

¿Está el estudiante tomando una medicina diaria? ___ No ___ Sí En el caso afirmativo especifique la medicina _____

Doy permiso a mi niño para que participe en el programa de salud de la escuela el cual incluye educación en salud y exámenes básicos (visión, audición escoliosis, etc.) También doy permiso para que en caso necesario mi niño reciba primeros auxilios y/o para el dolor (Tylenol) acidez (Tums) alergia (Benadryl). En caso de emergencia y que no pueda ser localizado en los teléfonos proporcionados, el niño puede ser llevado a un Doctor o al servicio de Emergencia.

Doy mi consentimiento para compartir la información del proveedor médico pertinente y la enfermera y/o el personal de la escuela directamente relacionado con mi niño.

Firma del padre y/o madre, y/o guardián legal _____
Fecha _____

UN NIÑO A LA VEZ HACE DIFERENCIA

Distrito Escolar del Condado de Scott

100 East First Street. Forest Mississippi 39074

DATOS DEL ESTUDIANTE

AÑO ESCOLAR 2017-2018

| | |
|---|--|
| Información del Estudiante: | |
| Nombre _____ | |
| Domicilio _____ Dirección Postal o casilla _____ | |
| Ciudad _____ Condado _____ Municipio _____ | |
| Rango _____ ¿Está en sección de tierras 16? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| Teléfono del Hogar N° _____ Teléfono Celular N° _____ | |
| Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Raza _____ Fecha de nacimiento _____ Edad _____ | |
| Certificado de nacimiento N° _____ Ciudad _____ Estado _____ País _____ | |
| Seguro Social N° _____ | |
| Escuela anterior, si es aplicable _____ | |
| FOR OFFICE USE ONLY | |
| SOLO PARA USO DE LA OFICINA | |
| Escuela/ School _____ Lake Elementary School _____ Lake Middle School _____ Lake High School | |
| _____ Morton Elementary School _____ Morton BMJ Middle School _____ Morton High School | |
| _____ Scott Central Attendance Center _____ Sebastopol Attendance Center | |
| Registration Documents Provided | Documentos de registraci3n provistos |
| <input type="checkbox"/> Birth Certificate/Certificado de nacimiento | <input type="checkbox"/> MS Form 121 Immunization/ certificado de inmunizaci3n/vacunas |
| <input type="checkbox"/> Social Security Card/ Tarjeta de Seguro Social | |
| <input type="checkbox"/> 2 Proofs of Residence; Residency Form/2 pruebas de residencia o direcci3n | |
| <input type="checkbox"/> Photo I.D C3dula de identidad con foto. | |
| <input type="checkbox"/> Withdraw Form, if applicable / Forma de retiro de otra escuela, si es aplicable. | |
| Informaci3n de contacto con Padres/Guardi3n | |
| Nombre _____ | |
| Relaci3n: (Coloque una) <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Guardi3n legal (nombrado por la corte) <input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____ | |
| Direcci3n _____ Ciudad _____ Estado: MS C3digo postal _____ | |
| Tel3fono hogar N° _____ Tel3fono celular N° _____ | |
| Lugar de empleo _____ Tel3fono N° _____ | |
| Nombre _____ | |
| Relaci3n: (Coloque una) <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Guardi3n legal (nombrado por la corte) <input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____ | |
| Direcci3n _____ Ciudad _____ Estado: MS C3digo postal _____ | |
| Tel3fono N° _____ Tel3fono celular N° _____ | |
| Lugar de empleo _____ Tel3fono N° _____ | |
| Nombre _____ | |
| Relaci3n: (Coloque una) <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Guardi3n legal (nombrado por la corte) <input type="checkbox"/> Otro (Especifique) _____ | |
| Direcci3n _____ Ciudad _____ Estado: MS C3digo postal _____ | |
| Tel3fono hogar N° _____ Tel3fono celular N° _____ | |
| Lugar de empleo _____ Tel3fono N° _____ | |
| Informaci3n de transporte | |
| Revise uno: | |
| <input type="checkbox"/> Usa Bus Escolar (Bus N°/ Conductor _____) | |
| <input type="checkbox"/> Usa autom3vil | |
| Especifique detalles: (Ejemplo: en la mañana auto y bus en la tarde., Bus en Lunes ...) | |
| _____ | |
| ** Restricci3n para recogerlo (si existe _____) | |

UN NIÑO A LA VEZ HACE UNA DIFERENCIA

Distrito Escolar del Condado de Scott

100 East First Street. Forest Mississippi 39074

Información de contacto en caso de emergencia y permiso para recoger al estudiante

(Si estamos imposibilitados de alcanzarlo o no está disponible, por favor llene la lista de personas que tienen permiso para hablar con nosotros en torno a cualquier comportamiento médico o de sus necesidades académicas de su niño, como también en caso de emergencia o de enfermedad. Las personas autorizadas para liberar al niño deben mostrar una identificación con nombre y fotografía que calce con la información dada por usted.)

| Nombre: _____ | Relación: _____ | Teléfono Nº _____ |
|--|---|---|
| Nombre: _____ | Relación: _____ | Teléfono Nº _____ |
| Nombre: _____ | Relación: _____ | Teléfono Nº _____ |
| Nombre: _____ | Relación: _____ | Teléfono Nº _____ |
| Nombre: _____ | Relación: _____ | Teléfono Nº _____ |
| Información de parentesco | Necesidades médicas | Permiso de liberación para la media |
| Nombre: _____ Grado: _____ Nombre: _____ Grado: _____ Nombre: _____ Grado: _____ Nombre: _____ Grado: _____ Nombre: _____ Grado: _____ Nombre: _____ Grado: _____ | Mencione alergias conocidas del niño y necesidades específicas que pueda tener: _____ (El registro de salud del niño DEBE ser llenado y archivado en la enfermería) | Las escuelas del condado de Scott promueven el éxito y logros del estudiante. A menudo, se le sacarán fotos/vídeo que se usan para anuncios y reconocimientos en los murales de la escuela, periódicos o en la Red del Distrito. Por favor revise más abajo y nos da o no el permiso para las fotos. ___ Si, Uds. tienen mi permiso para tomarle fotos ___ No, Uds. no tienen mi autorización para fotografiar a mi niño. |

| Castigo corporal | Información de libros textos | Póliza de uso aceptable y política de colaboración de los padres |
|--|---|---|
| El Distrito escolar del condado de Scott promueve un medio ambiente seguro que conduzca al aprendizaje y ha desarrollado la disciplina individual dentro de la sala de clase. Cuando es necesario se permite un razonable castigo corporal. Los padres que no deseen que su niño reciba un tablazo, debe reunirse con el Director y firmar una petición de negación de permiso de castigo y estar de acuerdo que en caso de problema de disciplina sea llamado para retirar inmediatamente de la escuela el niño por un plazo variable. ___ Si, Uds. tienen mi permiso para castigar a mi niño así prefiero que NO sea suspendido. ___ NO Uds. NO tienen mi permiso para castigar corporalmente a mi niño. Estoy de acuerdo en ir a recoger inmediatamente al niño a la escuela. Mi _____ teléfono _____ es _____ | Por este medio reconozco la responsabilidad por cualquier texto de estudio entregado a mi niño para su uso durante el año escolar en curso. Si se pierde se daña o destruye el texto, estoy de acuerdo en pagar por el texto perdido, dañado o destruido por mi niño antes de que se le provea otro u otros y antes de que se enrolle para el próximo año escolar. ___ SI _____ NO | Se me ha dado una copia de la política de colaboración de los padres del Título I y la póliza de uso aceptable por parte del Distrito Escolar del Condado de Scott. Reconozco y estoy de acuerdo con los términos de la póliza y la política de colaboración. Reconozco haber recibido el Manual del Estudiante. ___ SI _____ NO |

ELL / SERVICIOS ESPECIALES / SERVICIOS DE CONSEJERIA / SIN CASA / INFORMACION DE MIGRANTE

- [] ¿Requiere su niño del servicio para aprendiz de lenguaje Inglés ELL? (El idioma primario que se habla en el hogar no es Inglés.) ___ Si ___ No
- [] ¿Tiene corrientemente su niño?: (Chequee lo que corresponda)
- ___ Servicio de educación especial (IEP) ___ Plan o regla 504 ___ una pauta de regla del habla ___ regla para superdotados
- [] ¿Es usted corrientemente un migrante sin casa? ___ Si ___ No (Hay disponible ayuda para migrantes y familias sin casa, sin usted lo requiere.)
- [] Hay algún evento que signifique un cambio de vida que necesite de servicios de consejería para ella/o él ___ si ___ no

Firma del padre /y, o madre _____ Fecha _____

Distrito Escolar del Condado de Scott

100 East First Street Forest. Mississippi 39074

FORMA DE CONTACTOS DEL ESTUDIANTES AL DIA

AÑO ESCOLAR 2017-2018

| | | | |
|------------------------------------|-----------------------|--|--|
| Información del estudiante: | | FOR OFFICE USE ONLY / SOLO PARA USO DE LA OFICINA | |
| Nombre: _____ Grado: _____ | Escuela: _____ | <input type="checkbox"/> Lake Elementary School | <input type="checkbox"/> Morton BMJ Middle School |
| | | <input type="checkbox"/> Lake Middle School | <input type="checkbox"/> Morton High School |
| | | <input type="checkbox"/> Lake High School | <input type="checkbox"/> Scott Central Attendance Center |
| | | <input type="checkbox"/> Morton Elementary School | <input type="checkbox"/> Sebastopol Attendance Center |

ADICION DE INFORMACION DE CONTACTOS

Nombre : _____
Relación: (Chequee una) ___ Madre ___ Padre ___ Guardián Legal (Nombrado por la corte) ___ Otra (Especificar) _____
Dirección: _____ Ciudad _____ Estado: MS Código Postal _____
Teléfono del hogar N° _____ Teléfono Celular N° _____
Lugar de empleo : _____ Teléfono N° _____

Nombre: _____
Relación: (Chequee una) ___ Madre ___ Padre ___ Guardián Legal (Nombrado por la corte) ___ Otra (Especificar) _____
Dirección: _____ Ciudad _____ Estado: MS Código Postal _____
Teléfono del hogar N° _____ Teléfono Celular N° _____
Lugar de empleo: _____ Teléfono N° _____

Nombre: _____
Relación: (Chequee una) ___ Madre ___ Padre ___ Guardián Legal (Nombrado por la corte) ___ Otra (Especificar) _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: MS Código Postal _____
Teléfono del hogar N° _____ Teléfono Celular N° _____
Lugar de empleo : _____ Teléfono N° _____

Nombre: _____
Relación: Chequee una) ___ Madre ___ Padre ___ Guardián Legal (Nombrado por la corte) ___ Otra (Especificar) _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: MS Código Postal _____
Teléfono del hogar N° _____ Teléfono Celular N° _____
Lugar de empleo: _____ Teléfono N° _____

UN NIÑO A LA VEZ HACE UNA DIFERENCIA

Distrito Escolar del Condado de Scott

100 East First Street. Forest Mississippi 39074

MATRICULACION DE KINDERGARTEN

Desde el año escolar 2015-2016 el Departamento de Educación del Estado (MDE) requiere entrar datos adicionales en la matrícula de estudiantes para el Kindergarten, eso incluye el nombre, la localidad y el tipo de programas en los cuales el niño participó hasta los cuatro años de edad. Complete, por favor, la información en la lista incluida más abajo.

| | | |
|--|---------------|------------------|
| Nombre del estudiante: | | |
| Tipo de programa | Nombre | Dirección |
| <input type="checkbox"/> Centro Licenciado de cuidado de niños | | |
| <input type="checkbox"/> Cuidado por familia/ amigo | | |
| <input type="checkbox"/> En el hogar | | |
| <input type="checkbox"/> Pre-kinder público | | |
| <input type="checkbox"/> Pre-kinder privado | | |
| <input type="checkbox"/> HeadStart | | |

Firma del padre/madre _____ Fecha _____

UN NIÑO A LA VEZ HACE UNA DIFERENCIA