

DATOS DEL ESTUDIANTE
AÑO ESCOLAR 2018-2019

Información del Estudiante:										
Nombre _____										
Domicilio _____ Dirección Postal o casilla _____										
Ciudad _____ Condado _____ Municipio _____										
Rango _____ ¿Está en sección de tierras 16? ☐ Sí ☐ No										
Teléfono del Hogar N° _____ Teléfono Celular N° _____										
Sexo: ☐ M ☐ F Raza _____ Fecha de nacimiento _____ Edad _____										
Certificado de nacimiento N° _____ Ciudad _____ Estado _____ País _____										
Seguro Social N° (opcional) _____										
Escuela anterior, si es aplicable _____										
FOR OFFICE USE ONLY										
SOLO PARA USO DE LA OFICINA										
<table style="width: 100%; border: none;"><tr><td style="width: 33%; vertical-align: top;">Escuela/ School _____ Lake Elementary School</td><td style="width: 33%; vertical-align: top;">_____ Lake Middle School</td><td style="width: 33%; vertical-align: top;">_____ Lake High School</td></tr><tr><td style="vertical-align: top;">_____ Morton Elementary School</td><td style="vertical-align: top;">_____ BMJ Middle School</td><td style="vertical-align: top;">_____ Morton High School</td></tr><tr><td style="vertical-align: top;">_____ Scott Central Attendance Center</td><td style="vertical-align: top;">_____ Sebastopol Attendance Center</td><td></td></tr></table>		Escuela/ School _____ Lake Elementary School	_____ Lake Middle School	_____ Lake High School	_____ Morton Elementary School	_____ BMJ Middle School	_____ Morton High School	_____ Scott Central Attendance Center	_____ Sebastopol Attendance Center	
Escuela/ School _____ Lake Elementary School	_____ Lake Middle School	_____ Lake High School								
_____ Morton Elementary School	_____ BMJ Middle School	_____ Morton High School								
_____ Scott Central Attendance Center	_____ Sebastopol Attendance Center									
<table style="width: 100%; border: none;"><tr><td style="width: 50%; vertical-align: top;">Registration Documents Provided ____ Birth Certificate/Certificado de nacimiento ____ Social Security Card/ Tarjeta de Seguro Social ____ 2 Proofs of Residence; Residency Form/2 pruebas de residencia o dirección ____ Photo I.D Cédula de identidad con foto. ____ Withdraw Form, if applicable / Forma de retiro de otra escuela, si es aplicable.</td><td style="width: 50%; vertical-align: top;">Documentos de registración provistos ____ MS Form 121 Immunization/ certificado de inmunización/vacunas</td></tr></table>		Registration Documents Provided ____ Birth Certificate/Certificado de nacimiento ____ Social Security Card/ Tarjeta de Seguro Social ____ 2 Proofs of Residence; Residency Form/2 pruebas de residencia o dirección ____ Photo I.D Cédula de identidad con foto. ____ Withdraw Form, if applicable / Forma de retiro de otra escuela, si es aplicable.	Documentos de registración provistos ____ MS Form 121 Immunization/ certificado de inmunización/vacunas							
Registration Documents Provided ____ Birth Certificate/Certificado de nacimiento ____ Social Security Card/ Tarjeta de Seguro Social ____ 2 Proofs of Residence; Residency Form/2 pruebas de residencia o dirección ____ Photo I.D Cédula de identidad con foto. ____ Withdraw Form, if applicable / Forma de retiro de otra escuela, si es aplicable.	Documentos de registración provistos ____ MS Form 121 Immunization/ certificado de inmunización/vacunas									
Información de contacto con Padres/Guardián										
Nombre _____										
Relación: (Coloque una) _____ Madre _____ Padre _____ Guardián legal (nombrado por la corte) _____ Otro (especifique) _____										
Dirección _____ Ciudad _____ Estado: MS Código postal _____										
Teléfono hogar N° _____ Teléfono celular N° _____										
Lugar de empleo _____ Teléfono N° _____										
Nombre _____										
Relación: (Coloque una) _____ Madre _____ Padre _____ Guardián legal (nombrado por la corte) _____ Otro (especifique) _____										
Dirección _____ Ciudad _____ Estado: MS Código postal _____										
Teléfono N° _____ Teléfono celular N° _____										
Lugar de empleo _____ Teléfono N° _____										
Nombre _____										
Relación: (Coloque una) _____ Madre _____ Padre _____ Guardián legal (nombrado por la corte) _____ Otro (Especifique) _____										
Dirección _____ Ciudad _____ Estado: MS Código postal _____										
Teléfono hogar N° _____ Teléfono celular N° _____										
Lugar de empleo _____ Teléfono N° _____										
Información de transporte										
Revise uno: ____ Usa Bus Escolar (Bus N°/ Conductor _____) ____ Usa automóvil										
Especifique detalles: (Ejemplo: en la mañana auto y bus en la tarde., Bus en Lunes ...)										
** Restricción para recogerlo (si existe _____)										

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

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 N°
Nombre:	Relación:	Teléfono N°
Nombre:	Relación:	Teléfono N°
Nombre:	Relación:	Teléfono N°
Nombre:	Relación:	Teléfono N°
Información de parentesco	Necesidades médicas	Permiso de liberación para la media
Lista de los nombres y grados de cualquier hermanos que asisten a esta escuela: 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 SCSD promueve un ambiente seguro y ordenado con el proposito hacia el aprendizaje y se desarrollan planes de disciplina asertivos individuales en el salon. Cuando sea necesario, se permite un castigo corporal razonable. Los padres que no quieren que sus hijos(as) estén sujetos a castigos corporales, deben reunirse con el director y firmar un documento que los acredite. ISS (Suspension en la Escuela) o OSS (Suspension fuera de la Escuela) pueden usarse como una herramienta disciplinaria para estudiantes que no están sujetos al castigo corporal.	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 enrole para el próximo año escolar. _____ SI _____ NO	Se me ha dado una copia de la política de colaboración de los padres del Titulo 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 _____



**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 2018**

RESIDENCIA AÑO ESCOLAR 2018-2019

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.

Fecha _____ Teléfono del firmante _____

Firma del padre/guardián legal _____

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 _____

Registro de salud del estudiante

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

Escuela: _____
Grado: _____ Sala _____
Masculino _____ Femenino _____

Información del estudiante:

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____
Domicilio: _____ Teléfono del hogar: _____
Nº Seguro Social (opcional): _____ 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 _____

Por favor responda
en inglés

Scott County School District
ENCUESTA DE IDIOMA DOMESTICO

Spanish

Home Language Survey

Nombre del alumno: _____ Fecha de nacimiento: _____ Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino

Nombre de los padres/apoderado: _____

Dirección: _____

Teléfono de la casa: _____ Teléfono del trabajo: _____

Escuela: _____ Grado: _____ Fecha: _____

1. ¿Nació su hijo/a en Estados Unidos? ☐ Sí ☐ No
De ser así, ¿en qué estado? _____
De no ser así, ¿en qué país? _____

2. ¿Ha asistido su hijo/a a alguna escuela de Estados Unidos durante tres años cualesquiera de su vida? ☐ Sí ☐ No
Si la respuesta es afirmativa, indique el nombre de la escuela (o escuelas), estado, y fechas de asistencia:
Nombre de la escuela _____ Estado _____ Fechas de asistencia _____
Nombre de la escuela _____ Estado _____ Fechas de asistencia _____
Nombre de la escuela _____ Estado _____ Fechas de asistencia _____

3. ¿Qué idioma habla usted y su familia con más frecuencia en el hogar? _____

4. Si hay a disposición, ¿en qué idioma le gustaría recibir la comunicación de la escuela? _____

5. Marque si su hijo(a) es:
A. ☐ Indio americano nativo C. ☐ Nativo de las islas del Pacífico
B. ☐ Nativo de Alaska D. ☐ Nativo de las Islas Vírgenes de EE.UU.

6. ¿Es el idioma primario de su hijo(a) o el que se habla en el hogar distinto al inglés? ☐ Sí ☐ No

Si su respuesta a la pregunta 6 es "Sí", responda las siguientes preguntas:

7. ¿Qué idioma aprendió su hijo cuando recién comenzó a hablar? _____

8. ¿Qué idioma habla en casa su hijo(a) con más frecuencia? _____

9. ¿En qué idioma le habla con más frecuencia a su hijo(a)? (Padre) _____

(Madre) _____

10. Describa el idioma que su hijo(a) entiende. (Marque sólo uno)
A. ☐ Entiende solamente el idioma del hogar y no inglés.
B. ☐ Entiende mayormente el idioma del hogar y algo de inglés.
C. ☐ Entiende el idioma del hogar y el inglés por igual.
D. ☐ Entiende inglés mayormente y algo del idioma del hogar.
E. ☐ Entiende inglés solamente.

Firma del padre o tutor

Fecha

KG Students ONLY

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
☐ Centro Licenciado de cuidado de niños		
☐ Cuidado por familia/ amigo		
☐ En el hogar		
☐ Pre-kinder público		
☐ Pre-kinder privado		
☐ HeadStart		

Firma del padre/madre _____ Fecha _____

Mississippi Migrant Education Service Center

Identification and Recruitment Parent Survey/Encuesta para Padres de Familia

Nombre de los padres: _____
(Name of the Parents)

Domicilio _____
(Address)

Números para llamar: _____, _____, _____
(Numbers to call)

Mejor hora para llamar: _____
(Best time to call)

¿Cuánto tiempo tienen de vivir en este domicilio? _____ años (years) _____ meses (months)
(How long has your family lived at your present address?)

¿En cuál condado vivió antes de que se cambiara a la dirección de ahora? _____
(What city/county did you live in before you moved to the address above?)

Por favor ponga en la lista a todos sus hijos menores de 22 años
(Please list all your children younger than 22 years of age)

Nombre Name	Primer Apellido Last name	Escuela School	Grado Grade	Fecha de Nacimiento Date of Birth

¿Alguien de su familia ha trabajado en algunos de los trabajos que están en esta lista durante los últimos tres años? ☐ Sí (yes) ☐ No (No)
(Has anyone in your family worked at any of the jobs listed below within the last three years?)

Encierre en un círculo los trabajos que haya hecho usted o alguien de su familia, (Please circle the jobs a family member or you have done):



**Con el ganado,
Procesando,
Empacando**
Feed Cattle,
Processing



**En la Pollera,
Procesando, Empacando**
Poultry Processing, Packing



**Cultivando,
Preparando la tierra**
Cultivation, Preparation of Soil



**La Pesca,
Procesando Pescado**
Fishing, Processing Fish



Verduras o camote
Harvest of fruit and vegetables
or sweet potatoes



Moliendo Algodón
Milling, Cotton Gin work



Lechería
Dairy



Plantando árboles o cortándolos
Tree planting or cutting



Viveros, plantando plantas, trabajando con la tierra
Tree Planting, or cutting. Greenhouse, Nursery, Sod

For K-12
yes or no

MHS DENTAL * CONSENTIMIENTO PARA EXAMEN DENTAL

All Students K-12

Dirección: 1904 Lakeland Dr., Suite C, Jackson, MS 39216

Oficina: 844-737-7331 * Director: 601-467-7890 * Fax: 877-737-7331 * Internet: www.mhsdental.com

POR FAVOR COMPLETE Y REGRESE ESTE FORMULARIO EL PRÓXIMO DÍA DE ESCUELA

Es muy importante que los niños vean a un dentista regularmente para mantenerse saludable y evitar dolores de muelas, caries y otros problemas a fin de que estén mejor preparados para aprender. Su hijo ahora tendrá la oportunidad de recibir un examen dental, limpieza, fluoruro, sellantes y otros servicios dentales a través de este programa móvil de alcance dental basado en la escuela. La clínica móvil se instalará en la escuela de su hijo durante una semana durante el año escolar. El formulario de consentimiento es efectivo para todo el año escolar. Después de la visita de su hijo, él/ella recibirá una declaración para llevar a casa que enumera los servicios realizados y cualquier información adicional. Si tiene alguna pregunta, llame a uno de los números mencionados anteriormente o visite mhsdental.com. * Se necesita un formulario separado para cada uno de sus hijos.

*INFORMACIÓN DEL PACIENTE

NOMBRE DEL NIÑO _____ FECHA DE NACIMIENTO _____ GRADO _____

SEXO ___ M ___ F TELÉFONO _____ MAESTRA _____ ESCUELA _____

DIRECCIÓN _____ CIUDAD _____ CÓDIGO POSTAL _____

*INFORMACIÓN DE ASEGURANZA (MARQUE UNA)

_____ MEDICAID / MS CHIP / MS CAN (*Número de Identificación _____)

_____ SEGURO DENTAL PRIVADO (*Número de Póliza _____) & (*Número de Grupo _____)

Nombre de la Aseguradora: _____

Nombre del Suscriptor: _____

Fecha de Nacimiento del Suscriptor: _____ Seguro Social del Suscriptor: _____

_____ SIN ASEGURANZA

* HISTORIAL DE SALUD / INFORMACIÓN

- ¿Ha tenido su hijo alguna vez alguno de los problemas graves de salud mencionados a continuación? (Por favor marque todas las que aplican)

___ Diabetes ___ Asma ___ Problemas de comportamiento ___ Anemia ___ Célula falciforme

___ Otro (Explique) _____

- ¿Su hijo es alérgico a algún alimento o medicamento? Si es así, por favor liste _____
- ¿Su hijo está tomando actualmente algún medicamento? Si es así, por favor liste _____
- Es su hijo alérgico a? ___ Látex ___ Acrílico / Plástico
- ¿Su hijo tiene algún dolor dental? ___ Sí ___ No Si es así, ¿por cuánto tiempo? _____
- Si su hijo está viendo a un dentista, anote su nombre: _____ última consulta dental: _____

EL PADRE O TUTOR LEGAL DEBE FIRMAR ANTES QUE EL NIÑO PUEDA PARTICIPAR

Al firmar a continuación, el padre o tutor legal está diciendo: Sí, autorizo a un dentista con licencia de estado de MS con MHS Dental para proporcionar a mi hijo un examen dental, radiografías, limpieza, fluoruro, sellantes en su escuela sin mi presencia a menos que retire el consentimiento. El servicio de cuidado dental se proporciona para los niños con Medicaid, CHIP, seguro privado, o ellos sin cobertura de seguro. Los servicios no les costarán nada y se cobran directamente a Medicaid, MS CHIP, MS Can, o proveedor de seguros privados. Si su hijo ya ve a un dentista regularmente, el padre o tutor debe continuar visitando al mismo proveedor. El tratamiento de su hijo a través de esta clínica dental móvil puede afectar los beneficios del seguro (como con cualquier consultorio dental) ya que los servicios de tratamiento serán facturados a su proveedor de seguro dental. De tres a seis meses después de esta visita inicial, MHS Dental en asociación con El Centro Médico North Sunflower puede proveer un examen básico de seguimiento.

➤ POR FAVOR FIRME AQUÍ _____ FECHA: _____

➤ NOMBRE: _____ RELACIÓN CON EL NIÑO: _____

For All 7th graders

For 7th Graders ONLY

SCOTT COUNTY SCHOOL DISTRICT

Dear Parent/Guardian:

Enclosed is an outline of the Abstinence Only education curriculum that was selected by our district. The overall goal of the course is to promote the health and well-being of our students, and to help them make wise and informed decisions during their teen-age years and beyond. The instructional material that our school nurses and or health classes will be using with the 7th graders is called *Choosing the Best Path*. If you would like to review this material at the school, you are welcomed to do so. Please call the school to arrange a time.

During the course, students will be able to ask questions, which will be answered factually and in an age appropriate manner. Each student's privacy will be respected, and no one will be asked to reveal personal information.

Under Mississippi Law-HB 999 you may exempt your child from any portion of the curriculum that primarily involves human sexual education or human sexuality issues. No student who is exempted from this portion of the curriculum will be penalized. We will provide alternative assignments to students who are exempted.

We look forward to working with you to ensure that your child has a positive and educationally enriching experience this school year. If you have any questions about sex-related education or any other matter concerning you child's education, please contact the school.

Sincerely,

Parent/Guardian please sign and mark at bottom of the page.

SCHOOL NAME: _____ STUDENT NAME: _____

PARENT SIGNATURE: _____ DATE: _____

PLEASE MARK ONE:

☐ YES, MY CHILD MAY PARTICIPATE IN THE INSTRUCTION OUTLINED IN THIS CORRESPONDENCE.

☐ NO, MY CHILD MAY NOT PARTICIPATE IN THE INSTRUCTION OUTLINED IN THIS CORRESPONDENCE.

(OVER)

CONT 7th

For 7th Graders ONLY

CHOOSING THE BEST PATH FOR 7TH GRADERS

CURRICULUM- Students will learn the facts about risks and consequences of sex before marriage, as well as the benefits of choosing healthy relationships. Step by step, students develop the skills, character, and commitment to remain abstinent until marriage. Topics include:

1. Sex: Everyone's Talking About It

Teens hear what others say about sex, discover the overlooked emotional consequences of sexual activity, and learn the importance of self-respect.

2. The Risks of STDs and HIV/AIDS

Often believing "It can't happen to me," students hear from teens who have STDs and AIDS. They study the most common STDs, how STDs are spread, and the need for compassion.

3. Teen Pregnancy and "Safe Sex"?

Teen parents share the lost dreams of youth and highlight the importance of responsibility.

4. Pressures to be Sexually Active

Students identify and discuss four major pressures, including alcohol use and abuse, which contribute to teens' sexual activity, and they learn the role of respect in overcoming these pressures.

5. Choosing the Best Path

After hearing teens, married couples and sports and entertainment personalities present the case for abstinence, teens are encouraged to make their own commitment to the healthy choice: abstinence until marriage.

6. Set It! The Need for Boundaries

In a fun activity, students see what guys and girls look for in a relationship, while learning about infatuation and love. Teens realize that self-discipline helps them set personal boundaries.

7. Say It! The Need to Speak UP

After learning the skills of saying "NO", students put them into practice, finding out that it often takes courage.

8. Show It! The Need to Be Assertive

Four role-plays provide practical ways for teens to test their newly acquired skills as they recognize the need for perseverance.

For 7-12 Grade Students ONLY

All 7-12

SCSD Extracurricular Drug and Alcohol Testing Policy

Exceptions may be made for those activity students with a documented medical history demonstrating the need for regular use of such a drug.

(proof of Rx)
if positive results

CONSENT TO SCSD EXTRACURRICULAR DRUG & ALCOHOL TESTING PROGRAM

I, the undersigned activity student, acknowledge that I have received a copy of the Scott County School District Extracurricular Drug and Alcohol Testing Policy. I acknowledge that I have had the opportunity to read and understand the policy, and I agree to comply with the rules and regulations of this program. I hereby consent to random testing throughout the year and to testing for drug/alcohol or steroid use in the circumstances of reasonable suspicion as outlined in the policy. I authorize the confidential release of the results of the testing to the site drug test coordinator to my parents or guardians, and as provided in the policy.

Printed name of student

Date: _____

Signature of student

Please list ALL activities you plan to participate in:

CONSENT AND ENDORSEMENT OF PARENT/GUARDIAN

I, the parent or legal guardian of the above activity student, join in the above consent, acknowledging that I have received, read, and understand the Scott County School District Extracurricular Drug and Alcohol Testing Policy and that I consent to the testing of my activity student as provided in the policy.

Printed name of parent or legal guardian

Date: _____

Signature of parent or legal guardian

See policy @ www.scott.k12.ms.us.