

Formulario de Inscripción Estudiantil

Fecha ____ / ____ / ____

NOMBRE DEL ESTUDIANTE

_____	_____	_____
Apellido Legal	Primer nombre legal	Segundo nombre
_____	_____	_____
Dirección postal	Ciudad, Estado	Código Postal
____/____/____	_____	_____
Fecha de Nacimiento del Estudiante	Estudiante Grado	Mujer o Hombre
_____	____/____/____	
Padre / Tutor Nombre	Teléfono de la casa	

El niño vive con: (marque todos los espacios que correspondan)
 Father Madre Padrastro /Madrastra Tutor Legal Otro: _____

Padres Legal / Tutor - PRIMERA Contacto

_____	_____	_____	Relación con el estudiante
Apellido Legal	Primer nombre legal	Segundo nombre	
_____	_____	_____	
Dirección postal	Ciudad, Estado	Código Postal	
(____)-____-____	(____)-____-____		
Teléfono de la casa	Teléfono Celular		
_____	(____)-____-____		
Empleador	Teléfono del trabajo		

Padres Legal / Tutor - SEGUNDO Contacto

_____	_____	_____	Relación con el estudiante
Apellido Legal	Primer nombre legal	Segundo nombre	
_____	_____	_____	
Dirección postal	Ciudad, Estado	Código Postal	
(____)-____-____	(____)-____-____		
Teléfono de la casa	Teléfono Celular		
_____	(____)-____-____		
Empleador	Teléfono del trabajo		

* ¿Existen restricciones legales sobre quién puede recoger a su hijo? SÍ NO
 En caso afirmativo, por favor explique: (DOCUMENTOS LEGALES NECESARIAS PARA RESTRICCIONES ordenada por el tribunal)

Por favor escriba el nombre y la edad de las personas que vive en la dirección indicada más arriba que tiene 18 años de edad o menos :

- * ¿Su hijo tiene un IEP actual (Educación Especial) o Plan 504 (Plan de Educación Alternativa) de su /su escuela anterior? SÍ NO
- * ¿Su hijo está recibiendo servicios de voz ? SÍ NO
- * ¿Alguna vez su hijo ha suspendido o expulsado de la escuela? SÍ NO

INFORMACIÓN DE EMERGENCIA

NOMBRE DEL ESTUDIANTE

Apellido Legal

Primer nombre legal

Segundo nombre

Por favor escriba los individuos que deben ser contactados en caso de una emergencia en la escuela y los padres / tutores no pueden ser alcanzados . NO INCLUYA LOS PADRES / TUTORES AQUÍ .

Contacto de Emergencia # 1

____ (no incluya a los padres / tutores)
Relación con el estudiante

Nombre y apellidos

(____)-____-____
Teléfono

(____)-____-____
Teléfono

Contacto de Emergencia # 2

____ (no incluya a los padres / tutores)
Relación con el estudiante

Nombre y apellidos

(____)-____-____
Teléfono

(____)-____-____
Teléfono

Contacto de Emergencia # 3

____ (no incluya a los padres / tutores)
Relación con el estudiante

Nombre y apellidos

(____)-____-____
Teléfono

(____)-____-____
Teléfono

Contacto de Emergencia # 4

____ (no incluya a los padres / tutores)
Relación con el estudiante

Nombre y apellidos

(____)-____-____
Teléfono

(____)-____-____
Teléfono

Primaria East Side
810 Calle East Main Cross
Edinburgh, IN 46124
(812) 526 - 9771
FAX (812) 526 - 3433
www.ecsc.k12.in.us

ESTUDIANTE _____ GRADO _____
(Nombre Apellido, Primero, Segundo)

MAESTRO: _____ CARRO # _____

Autorización de Transporte

Mi hijo será dado de baja del East Side Primaria de la siguiente manera:

_____ Pasajero de Carro Lista las personas que recoger a su hijo con regularidad:

_____ Pasajero del Autobús, Autobús #

_____ Caminando

Las siguientes personas tienen mi permiso para recoger a mi hijo de la East Side Primaria:

Nombre / Relación

Otros hermanos que asisten a East Side

En caso de un despido prematuro de la escuela no planificado, he dado instrucciones a mi hijo: (marque uno)

_____ Ve a casa de su habitual método

_____ Ve a casa de un vecino o cuidador:

Nombre del vecino o cuidador: _____

Dirección _____ Telefono: _____

Padres / Tutores Firma _____ Fecha: _____

Niños Y Hoosiers Inmunización Programa de Registro

C.H.I.R.P.

Edimburgo Comunidad School Corporation participa en C.H.I.R.P.

C.H.I.R.P. es un sistema en línea gratis e innovador que almacena y actualiza los registros de vacunación de niños y adultos en Indiana. Es confidencial y gratuito.

Ventajas del uso de C.H.I.R.P.

* las oficinas de doctor y departamentos de salud puede determinar cuando un paciente se debe a la vacunación, de acuerdo con las directrices actuales.

* Los proveedores pueden reducir la probabilidad de un niño que es más vacunado o bajo vacunados mediante la visualización de la completa .registro en línea

* enfermeras escolares pueden tener acceso a la información relativa a los niños han recibido inmunizaciones, para los registros escolares requeridos por el estado de Indiana, y notificar a los padres si se necesitan vacunas sistema..

* Ninguna otra información se introduce en el

| dar el permiso enfermera Comunidad Edinburgh School Corporation para transferir el registro de vacunas de mi hijo en los niños y los residentes de Indiana Programa de Registro de Inmunización (Chirp) proporcionados por el Departamento de Salud del Estado. Entiendo que la información en el registro puede ser utilizado para verificar que mi hijo ha recibido las vacunas apropiadas y también podría ser utilizado para informarme del estado de las vacunas de mi hijo o una inmunización que se debe de acuerdo con los calendarios de vacunación recomendados.

| Por la presente consentimiento para la divulgación de dicha información.

Fecha: _____

Firma del Padre _____

Nombre Niño _____

Edimburgo Escuela de la Comunidad Corporación de Información de Salud

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Grado: _____ Los padres o tutores: _____

Maestro:

Es importante que la escuela tenga en cuenta la salud de cualquier especial se refiere a su hijo puede tener que le afectan / ella durante el día escolar. También es importante que actualice la enfermera de la escuela con los cambios de salud en todo el año escolar. La comunicación abierta permite a la enfermera y el personal para satisfacer de manera óptima las necesidades del estudiante. Por lo tanto, no dude en llamarme si tiene algún problema de salud o información que tenga. Por favor complete y devuelva esta forma a la escuela, proporcionando la mayor cantidad de información posible.

_____ Mi niño no tiene problemas de salud o limitaciones que afectarán a él / ella en la escuela.

_____ Mi hijo tiene los siguientes problemas de salud diagnosticados médicamente que él o ella puedan afectar durante el día de escuela. (Por favor marque la caja / cajas y explicar a continuación):

Condición	Sí	Comentarios	Condición	Si	Comentarios
Alergias (alimentos, insectos, medicamentos)			Diabetes		
Alergias (temporada)			Lesión en la cabeza, conmociones cerebrales		
Asma O problemas respiratorios			Problemas del corazón		
Déficit de atención/ hiperactividad (ADHD)			Problemas musculares		
Problemas de conducta			Convulsiones		
Problemas del desarrollo			Problemas del habla		
Problemas de la vejiga			Lesión en la columna		
Problemas de sangrado			Cirugía		
Problemas intestinales			Problemas de visión		
Problemas dentales			Problemas de audición o sordera		

Por Favor indique cualquier otra salud - relacionados con la información sobre su hijo:

Lista todos prescripción sobre los medicamentos de venta libre su hijo toma regularmente:

Información de Emergencia Médica: "Si mi hijo o pupilo está lesionado, mientras que en la asistencia a la Corporación de Escuelas de la Comunidad de Edimburgo, y el personal de la escuela no son capaces de ponerse en contacto conmigo, autorizo a su / su transporte y tratamiento, a mi costa, a la siguiente instalación médica apropiada médico:.

Johnson Memorial: _____ Columbus Regional: _____ Otros: _____

Nombre de los medico: _____ Teléfono Office: _____

Specialist: _____ Teléfono Office: _____

Dentista: _____ Teléfono Office: _____

De escuela del seguro: Ninguno: _____ de Hoosier Healthwise (Medicaid) _____
empleador privado patrocinados _____

I _____ (do __) (do not __) autoriza a la salud de mi hijo prestador de salud y el proveedor designado de cuidado de la salud en el ámbito escolar para discutir los problemas de salud y / o el intercambio de información de mi hijo perteneciente a esta forma. Usted puede retirar su autorización en cualquier momento poniéndose en contacto con la escuela

Firma del padre o tutor legal _____

Fecha _____

Del Padre / Tutor: _____ Fecha: _____

* No dude en ponerse en contacto con Susan Lollar, RN con cualquier pregunta o preocupación. 812-526-9771 ext. 3303

Ausencia de prescripción de permiso para medicación para la ECSC

Algunos común el exceso de medicamentos de venta libre se mantienen en la clínica para cosas tales como el alivio del dolor, molestias en el estómago, y otras cuestiones de menor importancia. Con el fin de cumplir con la política de la CECA, los padres tendrán que proporcionar autorización por escrito para que los estudiantes reciben estos medicamentos.

Tenga en cuenta: Los estudiantes deben traer todos los medicamentos, prescriptivos y over-the-counter, a la clínica inmediatamente después de llegar a la escuela (esto incluye pastillas para la tos) con notas de los padres lo que permite al alumno tener ellos teléfono.

El nombre del estudiante: _____ DOB _____ Grado: _____

Madre /Padre /Guardián: _____ Teléfono: _____

De emergencia Contacto:

Nombre: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____

Este estudiante puede tener la siguiente:

* el acetaminofeno según indica el paquete: Sí _____ No _____

* Ibuprofeno como indica el paquete: Sí _____ No _____

* hayTums * como se indica en el paquete: Sí _____ No _____

* Pastillas para la tos como indica el paquete: Sí _____ No _____

* Crema anti-picazón para irritaciones de la piel como se indica en el paquete: Sí _____ No _____

* ojo anti-picazón gotas: Sí _____ No _____

* Antihistamínicos (Benadryl tipo) según las instrucciones del paquete: Sí _____ No _____

* Orajel o un producto similar para el Dolor boca: Sí _____ No _____

(padre / tutor será notificado)

Firma del padre / tutor legal: _____ Fecha: _____

* No dude en ponerse en contacto con Susan Lollar, RN con cualquier pregunta o preocupación.

812-526-9771 ext. 3303

Home Language Survey (HLS) Spanish Version

Encuesta del Idioma en el Hogar

El Decreto de los Derechos Civiles de 1964, Título VI, Cumplimiento de Normas para Minorías en Lenguaje, requiere a los distritos escolares y escuelas semi-autónomas que determinen el idioma o idiomas que se hablan en el hogar de cada estudiante. Esta información es esencial para que las escuelas puedan ofrecer instrucción útil a todos los estudiantes de acuerdo con Plyler v. Doe, 457 U.S. 202 (1982).

El propósito de esta encuesta es determinar el idioma principal de su hijo/a en el hogar. Esta encuesta (HLS) tiene que darse a todos los estudiantes en el distrito escolar / escuela semi-autónoma. Esta encuesta (HLS) es administrada una vez, durante la matrícula inicial en Indiana, y permanece en el archivo acumulativo del estudiante.

Por favor tenga en cuenta que las respuestas a la encuesta corresponden solamente a su hijo/a. Si en alguna de las tres preguntas escritas abajo, usted identifica un idioma diferente al inglés, la escuela administrará el examen W-APT o WIDA Screener para determinar si su hijo/a calificará para el programa de desarrollo del idioma inglés.

Por favor responda las siguientes preguntas acerca del idioma(s) hablado por su estudiante:

1. ¿Cuál es el idioma o el dialecto nativo de su **hijo/hija**? _____
2. ¿Cuál es el idioma(s) más hablado por su **hijo/hija**? _____
3. ¿Cuál idioma(s) habla su **hijo/hija** en casa? _____

Nombre del Estudiante: _____ **Grado:** _____

Nombre del Padre, Madre o Guardián: _____

Firma del Padre, Madre o Guardián: _____ **Fecha:** _____

Al firmar aquí, usted certifica que las respuestas a las tres preguntas mencionadas arriba corresponden a su hijo/a. Usted entiende que si se ha identificado un idioma diferente al inglés, su hijo/a tendrá un examen para determinar si él o ella califica para el programa de desarrollo del idioma inglés, para ayudarlo/a a que sea fluente en inglés. Si entra en el programa de desarrollo del idioma inglés, su hijo/a, tendrá derecho a servicios que lo ayudarán a aprender el idioma inglés y tendrá un examen cada año para determinar su nivel de inglés.

For School Use Only / Para Uso de la Escuela Únicamente:

School personnel who administered and explained the HLS and the placement of a student into an English language development program if a language other than English was indicated:

Name: _____ Date: _____

El Programa de Educación Migrante (MEP) provee servicios educativos suplementarios a niños que califican a través de fondos nacionales. El propósito del MEP es asegurar que todos los estudiantes migrantes tengan éxito académico y que se gradúen con su diploma (o que completen el GED/HSE).

ENCUESTA DE TRABAJO

Gracias por contestar las siguientes preguntas. Si su hijo/a es elegible para el Programa de Educación Migrante, podría recibir apoyo educativo adicional. La información es **completamente confidencial**.

Nombre del Estudiante: _____ Nombres de los Padres: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Teléfono: (____) _____

Fecha: _____ Firma de los Padres: _____

1. ¿Cuanto tiempo han vivido en esta ciudad/distrito escolar? _____
2. Durante los **últimos 3 años**, ¿Se ha mudado su(s) hijo(s) o han cambiado de distrito escolar dentro de los Estados Unidos, solo(s), o con un padre o pariente, para que esa persona pudiera buscar trabajo temporal o de temporada en algo relacionado con la agricultura?

SI _____ **NO** _____ Si contestó **NO**, favor de parar aquí. 

Si contestó **SÍ**, favor de continuar.

3. ¿Cuando fue la última vez que usted o un miembro de su familia se mudó para trabajar en la agricultura? Mes _____ Año _____

4. Por favor marque en la parte abajo la actividad agrícola en que usted buscó trabajo o trabajó.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Matadero de patos, pavos, pollos, cerdos o vacas | <input type="checkbox"/> Enlatar o congelar verduras o frutas en la bodega |
| <input type="checkbox"/> La espiga (maíz) | <input type="checkbox"/> Trabajar en la siembra o cosecha de césped |
| <input type="checkbox"/> Cultivar tabaco | <input type="checkbox"/> Plantar, emparejar o cortar árboles |
| <input type="checkbox"/> Pollería o granja de huevos | <input type="checkbox"/> Granja de vacas lecheras |
| <input type="checkbox"/> Plantar o cosechar verduras o frutas | <input type="checkbox"/> Cultivar y cosechar flores |
| <input type="checkbox"/> Trabajar en un criadero de peces | <input type="checkbox"/> Trabajar en la cría de plantas |

Por favor escribe los nombres de todos los niños, menores de 22 años de edad, que viven con usted.

Nombre del niño(a)	Fecha de nacimiento
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	

Department of Defense Actividad para la Educación

Cuestionario para la Raza / Origen Étnico y Idioma

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____ FECHA: _____

POR FAVOR RESPONDA A TODAS LAS SECCIONES

Etnicidad (Marque una)

_____ **Hispano o Latino.** Una persona de origen cubano, mexicano, puertorriqueño, centro o sudamericano o de otra cultura u origen español, sin importar la raza.

_____ **NO Hispano o Latino.**

Raza (Marque una o más)

_____ **Indio Americano o Nativo de Alaska.** Una persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos originales de Norte y América del Sur (incluyendo América Central), y que mantiene afiliación tribal o de comunidad.

_____ **Asiático.** Una persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos originales del Lejano Oriente, Sureste de Asia o el indio subcontinente, incluyendo, por ejemplo, Camboya, China, India, Japón, Corea, Malasia, Pakistán, Filipinas Islas, Tailandia y Vietnam.

_____ **Negro o afroamericano.** Una persona que tiene orígenes en cualquiera de los grupos raciales negros de África.

_____ **Blanco.** Una persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos originales de Europa, el Medio Oriente o África del Norte.

_____ **Nativo de Hawai o de otras islas del Pacífico.** Una persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos originales de Hawai, Guam, Samoa u otras islas del Pacífico.

Idioma (Si o No)

1. ¿Un adulto en el hogar hablan un idioma que no sea Inglés en casa?

_____ Sí _____ No

2. ¿El niño está registrando habla un idioma que no sea Inglés en casa?

_____ Sí _____ No

Si la respuesta a cualquiera de las preguntas número 1 o el número 2 es "sí", por favor complete el Cuestionario de idioma.

**STUDENT RESIDENCY STATEMENT (SRS)
ESTADO DE DOMICILIO DEL ESTUDIANTE**

Escuela: _____ Fecha: _____

Nombre del Estudiante (Imprima): _____ Fecha Nacimiento: _____ Grado: _____

Por favor enumere todos SUS otros hijos en edades preescolares y escolares, que viven con usted (POR FAVOR IMPRIMA):

Nombre: _____ Fecha Nacimiento: _____ Escuela: _____

Nombre: _____ Fecha Nacimiento: _____ Escuela: _____

Nombre: _____ Fecha Nacimiento: _____ Escuela: _____

La información proporcionada en este formulario es confidencial.

1. Usted vive en alguna de las siguientes condiciones?

- Comparte la vivienda con otras personas debido a: (marque uno)
 - Perdida de vivienda, dificultad económica o una razón similar (por ejemplo; desalojo de la casa, etc.)
Explique: _____
 - Compartiendo vivienda a largo plazo para ahorrar dinero o alguna razón similar
 - Otro (favor explicar): _____
- En un motel, hotel, campamento o algún lugar similar, debido a: (marque uno)
 - Falta de alojamientos alternativos adecuados, explique: _____
 - Un acuerdo de vivienda alternativa mientras espero por un apartamento o una casa
 - Otro (especifique): _____
- En albergues de emergencia o de paso, tales como; albergues para personas que han sufrido de violencia doméstica, albergues para personas sin hogar o viviendas de paso a través de MUST, Centros de Recursos para Familias (Center for Family Resources), u otros albergues o agencias
- Tiene una residencia nocturna primaria que no está diseñada para uso regular como alojamiento para personas
- En carros, parques, espacios públicos, edificios abandonados, vivienda de baja calidad, estaciones de bus o tren o algún sitio similar.
- Ninguno de los anteriores

2. Cuánto tiempo más cree usted que vivirá en este sitio? _____

Dirección Actual: _____ Teléfono: _____

3. Marque para indicar que recibió la información del McKinney-Vento Homeless Assistance Act (Formulario JBC(1)-5 en esta fecha, anexo a este formulario, el cual esta también disponible en la escuela local o en la página web del Distrito; www.cobbk12.org.

Los estudiantes que vivan en alguna situación de vivienda de paso, pueden calificar como personas sin hogar. La elegibilidad es determinada por el personal de la oficina del District's Homeless Education Program (HEP) y debe ser renovado cada año escolar.

Padre/Tutor/Firma del Joven sin Compañía _____ Teléfono _____ Fecha _____

Para más información, comuníquese con la oficina del HEP al 678-503-0173.
Los formularios diligenciados deben ser enviados por fax a la oficina del HEP al 770-437-5935 (fax).

*****FOR OFFICE USE ONLY*****

Name of local school staff person referring student(s) (PLEASE PRINT): _____

