

DISTRITO ESCOLAR CONDADO DE PUTNAM
Información del pupilo

Número estudiante de Florida

APELLIDO _____ NOMBRE _____ SEGUNDO NOMBRE _____
NOMBRE DEL MAESTRO(A) _____ NUMERO DE ALMUERZO _____
EDAD _____ GRADO _____ SEXO _____ NUMERO SEGURO SOCIAL _____
FECHA DE NACIMIENTO ____/____/____ LUGAR DE NACIMIENTO _____
RAZA: BLANCA _____ NEGRA _____ COBRIZA _____ AMARILLA _____ MULTIRACIAL _____ ETNIA: HISPANO _____ OTRO _____
ULTIMA ESCUELA QUE ATENDIO _____ CIUDAD _____ ESTADO _____
DIRECCIÓN _____ TELÉFONO _____
INCLUYA EL NOMBRE DE CUALQUIER ESCUELA PÚBLICA O PRIVADA

¿HA ATENDIDO EL ESTUDIANTE A UNA ESCUELA PÚBLICA EN FLORIDA? PRE-K O GRADOS K-12 SI _____ NO _____
¿ESTÁ EL ESTUDIANTE EN UN PROGRAMA DE EDUCACIÓN EXCEPCIONAL? SI _____ NO _____ TERAPIA DE LENGUAJE SI _____ NO _____
ESPECIFIQUE CUALQUIER EXPULSIÓN PREVIA, ARRESTOS, RESULTANDO EN CARGOS Y ACCIONES DE JUSTICIA JUVENIL:

NOMBRE DEL PADRE O GUARDIÁN _____ OCUPACIÓN _____
NUMERO LICENCIA DE CONDUCIR _____ FECHA DE NACIMIENTO _____
TELEFONO DE HABITACION _____ TELÉFONO CELULAR _____
DIRECCIÓN DE CORREOS _____ CIUDAD _____ CODIGO POSTAL _____
DIORECCION 911 _____ CIUDAD _____ CODIGO POSTAL _____
SITIO DE TRABAJO _____ DIRECCION _____ TELEFONO _____
DIRECCION CORREO ELECTRÓNICO _____

NOMBRE DE LA MADRE O GUARDIÁN _____ OCUPACIÓN _____
NUMERO LICENCIA DE CONDUCIR _____ FECHA DE NACIMIENTO _____
TELEFONO DE HABITACION _____ TELÉFONO CELULAR _____
DIRECCIÓN DE CORREOS _____ CIUDAD _____ CODIGO POSTAL _____
DIORECCION 911 _____ CIUDAD _____ CODIGO POSTAL _____
SITIO DE TRABAJO _____ DIRECCION _____ TELEFONO _____
DIRECCION CORREO ELECTRÓNICO _____

EL ESTUDIANTE VIVE CON AMBOS PADRES _____ PADRE _____ MADRE _____ OTRO _____

POR FAVOR LLENE AMBOS LADOS DE ESTA FORMA

FIRMA _____

FECHA ____/____/____

Firmado y jurado en mi presencia el día ____ de _____ 20 ____

(Firma del Notario Público Estado de Florida)

Conocido personalmente _____ o se identificó mediante _____

Imprima el nombre, o Sello del Notario Comisionado

INFORMACIÓN EN CASO DE EMERGENCIA:

NOMBRE DE LA PERSONA A CONTACTAR EN CASO DE EMERGENCIA DIFERENTE A LOS PADRES _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ RELACION CON EL ESTUDIANTE: _____

TELÉFONO HABITACION _____ CELULAR _____ TELEFONO TRABAJO: _____

DIRECCION 911 _____ CIUDAD _____ CODIGO POSTAL _____

SEGUNDA PERSONA A CONTACTAR EN CASO DE EMERGENCIA DIFERENTE A LOS PADRES _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ RELACION CON EL ESTUDIANTE: _____

TELÉFONO HABITACION _____ CELULAR _____ TELEFONO TRABAJO: _____

DIRECCION 911 _____ CIUDAD _____ CODIGO POSTAL _____

| NOMBRE DE LOS HERMANOS Y HERMANAS QUE VIVEN EN LA CASA | EDAD | GRADO | ESCUELA |
|--|-------|-------|---------|
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |

SI EL ESTUDIANTE USA EL BUS, BUS NUMERO _____ CONDUCTOR _____

SI EL ESTUDIANTE NO USA EL BUS, ¿COMO VA A LA ESCUELA? _____

AUTORIZACION MEDICA DE LOS PADRES

Yo, SI _____, NO _____ (MARQUE UNO) autorizo a la escuela para obtener los servicios médicos necesarios para mi hijo/a _____ en caso de que yo no pueda ser localizado. EL doctor de mi hijo/a es _____ Teléfono _____

Firma

_____/_____/_____
Fecha

CONSENTIMIENTO PARA EXÁMENES DE SALUD

Por la presente doy consentimiento para que mi hijo/a _____ participe en los exámenes de salud conducidos durante el año escolar. Dichos exámenes podrán incluir medidas de tamaño, peso, visión, oídos, presión arterial, observación por desviaciones de la columna y evaluaciones por parte de la enfermera por sospecha de problemas o problemas reales de salud.

Es entendido que no se le administrará tratamientos adicionales sin permiso adicional de los padres. Los padres serán notificados en case o de que se detecte algún problema.

Por favor enumere cualquier problema, condiciones o medicamentos que podrían afectar el funcionamiento del niño en la escuela o participación en educación física u otros programas,

FIRMA _____ FECHA _____/_____/_____

Distrito Escolar Condado de Putnam LEP y Encuesta Ocupacional

Para ser completada por el padre, guardián o adulto con el estudiante al momento de la inscripción.

Nombre del estudiante: _____ **Escuela:** _____

Fecha de inscripción inicial en una escuela de los Estados Unidos: _____

Parte I

ENCUESTA IDIOMA HABLADO EN CASA

1. ¿Es un idioma diferente al inglés usado en casa? ___ Si ___ No
2. ¿Tiene el estudiante un idioma como primera lengua diferente al inglés? ___ Si ___ No
3. ¿Habla frecuentemente el estudiante un idioma diferente al inglés? ___ Si ___ No
4. ¿Qué idioma se usa en casa? _____
5. ¿Cuál es la nacionalidad del estudiante? _____

Si usted marcó "Si" en alguna de las preguntas en la encuesta del idioma hablado en casa Parte I, su hijo será ubicado temporalmente en el programa ELL dependiendo de futuras evaluaciones para determinar si su estudiante satisface los criterios para entrar en el programa.

Los servicios del programa ELL incluye:

- Maestros tienen entrenamiento ELL avalado por el estado.
- Los niños serán educados usando estrategias ELL para una instrucción efectiva.
- Los padres son invitados para reuniones especiales LEP (Actuación limitada en Inglés) para discutir los planes de educación de su hijo.
- Todos los estudiantes ELL participan en los mismos programas que los estudiantes regulares.
- Los estudiantes son evaluados cada año y permanecerán en el programa ELL con una nota en LAS de 1, 2, o 3 y saldrán con una nota de 4 ó 5.
- El progreso de los estudiantes es monitoreado por dos años después de salir del programa ELL.
- Los niños que califican para ELL y Educación especial recibirán ambos servicios.

Firma del padre

Traductor

____/____/____
Fecha

Definición Federal de un estudiante Inmigrante

El término "niños y jóvenes inmigrantes" el cual es definido en la sección 3301(6) del Título III, se refiere a individuos que: (A) tienen edades comprendidas entre 3 y 21 años de edad; (B) no nacieron en los Estados Unidos de América; y (C) no han atendido a una o más escuelas en ninguno de los Estados por más de tres años académicos completos, Parte II

Parte II

Ocupación actual de los padres: _____

1. ¿Ha cruzado usted o alguien en su familia las fronteras del estado o condado para trabajar o buscar trabajo en una de las siguientes ocupaciones, a tiempo completo o parcial durante los últimos seis (6) años?

- | Si | No | |
|-----|-----|--|
| ___ | ___ | AGRICULTURA (arando, plantando, cultivando, cosechando, o procesando las cosechas) |
| ___ | ___ | PRODUCTOS LACTEOS |
| ___ | ___ | GANADERIA (arreglando/cortando pezuñas, marcando, alimentando o recogiendo ganado) |
| ___ | ___ | PLANTANDO, SEMBRANDO O PROCESANDO ARBOLES. |
| ___ | ___ | TRABAJANDO CON POLLOS O HUEVOS. |
| ___ | ___ | PESCA COMERCIAL (agua dulce/salada, cangrejos y camarones.) |
| ___ | ___ | TRABAJANDO EN UN CRIADERO DE PESCADO. |
| ___ | ___ | PROCESANDO O TRANSPORTANDO PRODUCTOS DE LA FINCA/PECES. |

2. Si usted marcó Si en alguna de las preguntas en la parte II, ¿su hijo se mudó con usted? ___ Si ___ No



Putnam County School District

Raza y Etnia
Race and Ethnicity

Nombre del estudiante: _____ Grado: _____

Por favor responda ambas preguntas 1 y 2

1.- ¿Es su hijo hispano o latino? (por favor marque una solamente)

- ◇ No, mi hijo no es hispano o latino.

- ◇ Si, mi hijo es hispano o latino - Una persona de Cuba, México, Puerto Rico, Sur o Centro América, u otra cultura u origen sin importar la raza.

2.- ¿Cual es la raza de su hijo? (por favor marque todas las que apliquen)

- ◇ Indio Americano o Nativo de Alaska - Una persona con orígenes de Norte y Sur América (incluyendo Centro América) y que mantiene afiliación con las tribus o la comunidad.

- ◇ Asiática - Una persona de origen del Lejano Este, Sureste de Asia, subcontinente Indio ej. Camboya, China, India, Japón, Corea, Malasia, Pakistán, Islas Filipinas, Tailandia, y Vietnam.

- ◇ Negro o Afroamericano - Una persona con orígenes de cualquier grupo racial de África . Términos tales como Haitiano o Negro pueden ser usados además de Afroamericano.

- ◇ Nativo de Hawaii u otras islas del Pacífico. - Una persona con origen en Hawaii, Guam, Samoa, u otras islas del pacífico.

- ◇ Blanco - Una persona de origen de la gente original de Europa, Este Medio o África del norte.

Firma del padre/guardián _____ Fecha: ___ / ___ / ___

Información Enfermedades crónicas
Información de salud

Nombre del estudiante _____ Fecha de nacimiento ___/___/___ Año escolar _____

Salón de clases _____ Escuela _____

Esta forma deberá ser llenada anualmente. El padre o guardián es responsable de mantener al personal de la escuela informado de cualquier cambio en las condiciones médicas del estudiante. La información será compartida con el personal apropiado de la escuela para poder darle el mejor cuidado.

_____ Mi niño no tiene ninguna condición médica

| Liste las condiciones médicas que su hijo tiene actualmente | Liste las medicinas que su hijo está tomando AHORA casa + escuela | Liste cualquier medicina que deberá ser administrada en la escuela. Autorización médica requerida |
|---|--|--|
| ADD ___ ADHD ___ | | |
| A2 ___ Alergias Insectos | | ___ Epipen |
| A4 ___ Alergia medicinas (nombre la medicina) | | ___ Epipen |
| A5 ___ Alergia látex | | ___ Epipen |
| A7 ___ Alergia comidas. (nombre la comida) para dietas especiales se necesita la orden del médico | | ___ Epipen |
| A-9 ___ Otras alergias | | ___ Epipen |
| AS ___ ASMA ¿Que frecuente son los episodios? ___ | | Inhalador en la escuela ___ En la casa ___ Nebulizador en la casa ___ Nebulizador en la escuela ___ |
| CA ___ CANCER | | |
| CP ___ Parálisis cerebral | | |
| CYF ___ Fibrosis cística | | |
| DB ___ DIABETES Hipoglucemia o Hiperglucemia | | ___ dieta ___ medicina oral ___ insulina ___ bomba ___ contador carbohidratos |
| EA ___ Problemas de los oídos (describa) | | ___ Audífono (izquierdo/derecho/ambos) ___ Sistema FM Sordo (izquierdo/derecho/ambos) |
| EP ___ Epilepsia/ataques enumere posible causas | | Último ataque _____ |
| GA ___ Gastrointestinal ___ Reflujo ___ IBS ___ Crohn | | |
| ___ HD Enfermedad el corazón ___ HM murmullo en el corazón | | |
| HE ___ Hemofilia | | |
| HP ___ Presión alta | | |
| KD ___ Enfermedad de los riñones | | |
| MD ___ Distrofia muscular | | |
| MG ___ Migraña | | |
| NO ___ Nariz sangrante ___ ocasional, ___ frecuente ___ condición médica | | |
| PC ___ Condición psiquiátrica Enumere | | |
| SC ___ Anemia | | Última crisis _____ |
| VP ___ Problemas de Visión Describa | | Gafas, contacto, Impedimento visual Ciego _ izq. derecho, ambos |
| Liste cualquier condición médica no mencionada anteriormente | | |

¿Será administrada la medicina en la escuela para alguna de las enfermedades listadas anteriormente? ___ SI ___ NO

SI, Doctor _____ Teléfono _____

Medicinas no podrán ser administradas en la escuela hasta no llenar esta autorización.-

¿Usa su hijo algún equipo ortopédico? ___ Silla de ruedas ___ Andador ___ Muletas ___ Otro (especifique)

Se le contactará para determinar el cuidado de ciertas condiciones listadas anteriormente.

Por favor escriba en letra de imprenta el nombre de las personas a llamar en caso de emergencia:

1 _____ Teléfono casa _____ Celular _____

2 _____ Teléfono casa _____ Celular _____

Firma del padre/Guardián _____ Fecha ___/___/___