

Inscripción al Sistema Escolar del Condado Union

124 Hughes Street • Blairsville, GA • 30512

Phone: 706-745-2322 Fax: 706-745-5025

Padres/Guardianes:

Bienvenido al Sistema Escolar del Condado Union. El sistema escolar acepta a todos los estudiantes que residen en el Condado Union. Los estudiantes que no residen dentro del condado pueden ser elegible a la inscripción en base a la matrícula. Por favor, comuníquese con el director de la Escuela apropiada para la información de admisión de no residentes. Los estudiantes pueden ser registrados en la oficina de registro de cada escuela.

Documentos que debe traer al inscribir a un estudiante:

► **Verification de edad**

-El sistema escolar requiere evidencia de la fecha de nacimiento del estudiante y acepta como evidencia un certificado de nacimiento o un documento alternativo de la lista de prioridades de las normas de inscripción del estado.

► **Numero del Seguro Social**

El sistema escolar cumple con las disposiciones del O.C.G.A. §20-2-150, que requiere que una persona al inscribir a un estudiante debe proporcionar una copia del número de seguro social del estudiante o firmar un formulario que indique que la persona no desea proporcionar el número del seguro social.

► **Certificado de Inmunización**

- El sistema escolar requiere una prueba de inmunización como lo requiere el O.C.G.A. §20-2-771, que incluye un Exención por motivos religiosos y disposiciones para una exención temporal.

- El formulario 3231 del Departamento de Recursos Humanos de Georgia marcado como "Completarlo para la escuela" deberá ser considerado como Prueba de inmunización.

- Los registros de inmunización de otro estado deberán ser transferidos a un formulario 3231 por el Departamento de Salud del Condado **PREVIO a la inscripción o registro del estudiante.**

-El Departamento de Salud del Condado Union está ubicado en 175 Chase Drive • Blairsville, GA • 706-745-6292

► **Certificado de evaluación de la Vista, Audición, Odontología, y Nutrición (Formato 3300)**

Este certificado puede obtenerlo del médico del niño/a o del Departamento de Salud del Condado Union.

► **Prueba de Residencia en el Condado Union (2 documentos)**

-- Los ejemplos incluyen: contrato de arrendamiento, formulario de registro del vehículo, documentos de la hipoteca, aviso de impuesto a la propiedad, NO se aceptarán facturas de seguro, facturas de servicios públicos, factura de teléfono celular o licencia de conducir, etc.

► **Un Formulario de retiro/boleta de calificaciones** de la escuela anterior más reciente.

Documentación para estudiantes sin hogar

Los estudiantes sin hogar, según lo define la Ley McKinney-Vento, se inscribirán de inmediato con participación plena en las actividades de la escuela, independientemente de si se puede proporcionar todo lo anterior en el momento de la inscripción. El empleado designado y responsable del cuidado de los estudiantes sin hogar ayudará a la persona que inscribe al estudiante sin hogar o al joven que viene no acompañado en la adquisición de los documentos necesarios para la inscripción de acuerdo con los requisitos de las normas de inscripción del estado y de la Ley McKinney-Vento.

No dude en comunicarse con la Oficina de registro de la escuela si tiene alguna pregunta sobre el registro de estudiantes.

Escuela Primaria del Condado Union – 706-745-5450

Escuela Elemental del Condado Union – 706-745-9615

Escuela Secundaria del Condado Union -- 706-745-2483

Escuela Preparatoria del Condado Union – 706-745-2216

Escuela Woody Gap – 706-747-2401

El Sistema Escolar del Condado Union, en sus procedimientos de inscripción, requisitos y proceso no discrimina ni discriminará por motivos de raza, color, origen nacional o estado migratorio.

Un proveedor y Empleador educativo de Igualdad de oportunidades

Revisado el 17/01/2019

Registro del Estudiante al Sistema Escolar del Condado Union

(Student Registration for Union County School System)

En letra de Imprenta

En letra de Imprenta

En letra de Imprenta

Nombre del Estudiante: _____
(Name of the Student)

Apellidos Paterno y Materno
(Surnames)
Nombres
(Names)
Nombre preferido
(Preferred)

SSN: _____

Masculino
(Male)
Femenino
(Female)
Fecha de nacimiento: _____
(Date of birth)
Grado: _____
(Grade)

Teléfono Residencial: _____

Lugar de Nacimiento: _____
(Place of Birth)
Ciudad
(City)
Condado
(County)
Estado
(State)
País
(Country)

Si el estudiante nació en otro país, ¿ha asistido durante 3 años completos en las escuelas de los EE.UU?
(If the student was born in another country has he/she attended 3 full years of school in the United States?)

Si
(Yes)
No
(No)

Fecha de Ingreso a las escuelas de los EE.UU. (Si nació en otro país)
(Date Entered U.S. Schools, if born in another country)

Grupo Etnico: ¿Es el estudiante Hispano/Latino? No, no Hispano o Latino Sí, Hispano o Latino
(Ethnicity) (Escoja solo uno) (No, not Hispanic or Latino) (Yes, Hispanic or Latino)

(Una persona de Cuba, Mexico, Puerto Rico, de los países del Sur y Centro America, o de otra Cultura Hispana u Origin, sin considerar su Raza)
(A person from Cuba, Mexico, Puerto Rico, South or Central America Countries, or other Spanish Culture or Origin, regardless of Race)

¿Cuál es la raza del estudiante? (Escoja una o más) (What is student's race?) (Choose one or more)

Indio Americano o Nativo de Alaska Nativo Hawaiano o de otra Isla del Pacífico Asiático (Asian)
(American Indian or Alaska Native) (Native Hawaiian or Other Pacific Islander) (A person having origins in any of the original peoples of the Far East, Southeast Asia, or the Indian subcontinent including, for example, Cambodia, China, India, Korea, Malaysia, Pakistan, the Philippine Islands, Thailand, and Vietnam)

Negro o Afro Americano Blanca (White)
(Black or African American) (A person having origins in any of the original peoples of Europe, the Middle East, or North Africa.)

(A person having origins in any of the black racial groups of Africa)

Domicilio: _____
(Home Address-911)

Calle/Street
Ciudad (City)
Estado (State)
Area Postal (Zip Code)
Condado (County)

Domicilio Postal (Si es diferente del de arriba): _____
Mailing Address (if different from above)

Casilla Postal/ Calle (P.O. Box/Street)
Ciudad (City)
Estado (State)
Area Postal (Zip Code)
Condado (County)

Nombre del Padre: _____ Empleado/Patrón: _____
(Father's Name) (Employer)

Teléfono Residencial: _____ Teléfono/Trabajo: _____ Inalámbrico: _____ Correo electrónico: _____
(Home Phone) (Day/Work) (Cellphone) (E-mail)

Nombre de la Madre: _____ Empleado/Patrón: _____
(Mother's Name) (Employer)

Teléfono Residencial: _____ Teléfono/Trabajo: _____ Inalámbrico: _____ Correo electrónico: _____
(Home Phone) (Day/Work) (Cellphone) (E-mail)

Vive con la Madre/Padre: Si (Yes) No

Vive con: (Lives with)
 Ambos Padres (Both Parents)
 Madre (Mother)
 Padre (Father)

Abuelos (Grandparents)
 Con otra persona Especifique: (Other/Specify)

Nombre del Apoderado: _____ Empleado/Patrón: _____
(Guardian's Name) (Employer)

Teléfono Residencial: _____ Teléfono del Trabajo: _____ Inalámbrico: _____ Correo electrónico: _____
(Home Phone) (Day/Work) (Cell phone) (E-mail)

Parentesco del Apoderado con el estudiante: _____
(Guardian's Relationship to Student)

El Idioma que más se **HABLA** en el hogar (ejem: Inglés, Español, Francés): _____
(Language Most Often SPOKEN at Home (example: English, Spanish, French)

El idioma que más se usa para **ESCRIBIR** en el hogar (ejem: Inglés, Español, Francés): _____
(Language Most Often WRITTEN Home (example: English, Spanish, French)

A quién llamar en Emergencias:
(Emergency Contacts)

A las siguientes personas se les puede llamar, si la escuela no puede comunicarse con el padre/madre o apoderado
Nota: Si algunas de estas personas van a recoger al estudiante, tienen que estar nombradas en la sección de
"Personas Autorizadas para recoger al estudiante/ Firma de salida del estudiante"
(The following people may be contacted, if the school system is unable to contact parent/guardian.
(Note: If any of these contacts may need to pick-up the student, they will need to be listed in the section below: "Persons Authorized to Pick-up/Sign-out Student)

Persona # 1:
(Emergency Contact #1)

Teléfono: _____ Teléfono Alternativo: _____ Parentesco: _____
(Phone) (Alternate Phone) (Relationship)

Persona # 2:
(Emergency Contact #2)

Teléfono: _____ Teléfono Alternativo: _____ Parentesco: _____
(Phone) (Alternate Phone) (Relationship)

Persona # 3:
(Emergency Contact #3)

Teléfono: _____ Teléfono Alternativo: _____ Parentesco: _____
(Phone) (Alternate Phone) (Relationship)

Personas Autorizadas a Recoger y a Firmar la salida del Estudiante:

(No se olvide incluir su nombre)

(Persons Authorized to Pick-up / Sign-out Student. Don't Forget to Include Yourself)

Las siguientes personas adultas pueden recoger y firmar la salida del estudiante sin tener la escuela que llamar al padre, madre o apoderado por su permiso. (The following adults may be pick up / sign-out student without the school contacting parent/guardian for permission.)

Nombre (Name)

Parentesco con el Estudiante (Relationship to Student)

Nombre (Name)	Parentesco con el Estudiante (Relationship to Student)
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Transporte a la Escuela:

(To School Transportation)

Autobús (Bus) Padre (Parent) Viaja con otra persona en lugar de su padre/madre (Rides w/Someone Other Than Parent) El estudiante maneja su propio vehículo (Student Drives)

Si lo sabe: (If Known)

Autobús #: _____ Conductor del Autobús: _____
(Bus Driver)

Transporte al Hogar:

(From School Transportation)

Autobús (Bus) Padre (Parent) Viaja con otra persona en lugar de su padre/madre (Rides w/Someone Other Than Parent) El estudiante maneja su propio vehículo (Student Drives)

Si lo sabe: (If Known)

Autobús#: _____ Conductor del Autobús: _____
(Bus Driver)

Plan de Salida Temprana/Emergencia
(Early/Emergency Dismissal Plan)

Encierre en un Circulo y Complete una sola Opción

Circle & Complete Only One Option

¿Cómo se irá el estudiante a su hogar en caso de que tengamos que cerrar la escuela temprano?
(How will student go home in the case of an early school closing?)

1. Viaja en su Autobús (Ride Regular Bus) Autobús #/Conductor: _____
(Bus # / Driver)
A: _____ Domicilio: _____
(To) (Address)

2. Viaja en diferente Autobús (Ride Different Bus)
A: _____ Domicilio: _____
(To) (Address)

3. El padre/madre lo recogerá (Parent Will Pick-up) 4. Al estudiante lo recogerá: (Student will be picked up by:)

5. Otra persona: (Other)

Información Médica: (Medical Information)

Alergias: _____
(Allergies)

Otros problemas médicos: _____
(Other Medical Considerations)

Alertas médicas: _____
(Medical Alerts)

Medicinas que está tomando actualmente: _____
(Current Medications)

Programa Pre-K al que Asistió el estudiante:
(Pre-K Program Student Attended)

Nombre de la escuela Pre-Escolar _____ GA Pre-K Patrocinada por el estado (Publicly Sponsored) Head Start Otra Escuela Pública (Other Public School)
(Pre-School Name)
Ciudad, Estado _____ Privada-Sin Fines de Lucro (Private-Non-Profit) Privada-Pagante (Private Private For Profit) No ha asistido a ninguna Escuela Pre-Escolar (Did Not Attend a Pre-K)
(City, State)

¿Ha estado el estudiante en Escuela o Enseñanza Domiciliaria? SI No
(Has student ever been Home-schooled?) (Yes) (No)

¿Ha asistido el estudiante a las escuelas del Condado Union? SI No Si la respuesta es SI, ¿en que grado(s) y que año(s)? _____
(Has student ever attended Union Co. Schools?) (If yes, which grade(s) and/or year(s))

¿Ha repetido el estudiante algún grado? SI No Si la respuesta es SI, ¿en qué grado y porqué? _____
(Has student ever repeated a grade?) (If yes, which grade and why?)

¿Está el estudiante matriculado en algún Prog. de Educación Especial? SI No Si la respuesta es SI, ¿en que grado? _____
(Is student enrolled in a Special Ed. Program?) (If yes, which one?)

¿Ha tenido el estudiante alguna evaluación psicológica? SI No Si la respuesta es SI, ¿cuándo lo completó? _____
(Has student had a psychological evaluation?) (If yes, when completed?)

Solo para los Estudiantes de Primaria: (Primary School Students Only)

Por favor explique si tuvo alguna complicación durante el embarazo/nacimiento, o ha tenido él/ella alguna demora en su desarrollo infantil.
(Please explain any complications during the pregnancy / birth or any delays in early development.)

¿Ha tenido el estudiante alguna experiencia que le haya afectado emocionalmente, o tiene él/ella algún problema que le gustaría compartir con nosotros y que nos ayude a conocerlo/a y servirlo en forma más eficiente? _____
(Has student ever had any experience that might have upset him/her emotionally or is there any other milestones regarding student that you would like to share with us that may help us know and serve him/her more effectively?)

Por favor provea la siguiente información de la última escuela a la que el estudiante ha asistido para que podamos solicitar su expediente académico
(Please provide the following information for the school the student most recently attended, so that we may request educational records.)

Nombre de la Escuela: _____
(School Name)

Dirección: _____ Ciudad: _____ Calle: _____ Area Postal: _____
(Address) (City) (ST) (Zip Code)

Teléfono#: _____ Fax #: _____
(Phone #)

***** Información sobre el Retiro del Estudiante *****

(Withdrawal Information)

La persona que matricula al estudiante, es la única persona autorizada para retirarlo de la escuela
(The individual enrolling a student is the only person permitted to withdraw the student.)

¿Quién es un padre Autorizado/Responsable?

La persona que inscribe o registra a un estudiante y que durante el año escolar asume la responsabilidad paterna; esta persona puede ser la madre, O el padre, un apoderado o cualquier otra persona que ha asumido el papel de los padres. Para los efectos del sistema escolar, el padre/madre autorizado es la única persona responsable del estudiante arriba mencionado y será con la única persona que el sistema escolar se comunicará y enviará cualquier información de la escuela con respecto a este estudiante.

Yo confirmo que la información proporcionada es correcta. Entiendo que será mi responsabilidad informar a la escuela de cualquier cambio. Además, entiendo que mi firma más abajo me designa como el padre/madre responsable del estudiante arriba mencionado en los registros del sistema escolar. Por lo tanto, Yo soy la persona responsable de este estudiante y seré yo la primera persona a quién el sistema escolar llamará con relación a cualquier asunto relacionado con el mencionado estudiante

Nombre del Padre responsable
En letras de Imprenta
(Printed Name of Parent of Record)

Firma del Padre responsable
(Parent of Record Signature)

Fecha
(Date)

Union County School System
Immunization Waiver
Hearing/Vision/Dental Waiver

Por favor escriba en letras de Imprenta

Estudiante : _____ Grado : _____

Dirección : _____ Fecha de Nacimiento : _____

_____ Teléfono : _____

Esta exención es concedida por el director o el representante del director de: _____
Nombre de la escuela

- Nuevo estudiante que asiste por primera vez a las escuelas de Georgia.
 (La exención expira 30 días después del primer día de matricularse en la escuela)
- Actual estudiante de Georgia con un Certificado actualizado de Inmunización de la División de Recursos Humanos (DHR) (Formulario 3231) con fecha de caducidad de: _____
 (La exoneración expira 30 días después de la fecha de vencimiento.)
- Estudiante sin un Certificado actualizado de Examen de Audición/Visión/Dental del DHR (Formulario 3300). (Los estudiantes de escuelas privadas y de otros estados están obligados a tener un documento vigente y válido de menos de un año en el momento de la inscripción).

Atención Padre/Apoderado:

Por favor, lea y ponga sus iniciales en las correspondientes condiciones de la exención, que el director de la escuela o la persona designada ha concedido en este día.

En cumplimiento de la ley de Georgia OCGA 20-2-771, OCGA 20-2-770 y de las directrices del Departamento de Recursos Humanos, al estudiante arriba mencionado se le prohibirá asistir a las Escuelas del Condado Union después de la fecha de vencimiento de la exención que se indican a continuación a menos que el requerido certificado válido(s) o la exención aprobada haya sido presentada en o antes de la fecha de vencimiento.

- Exención de 30 días-se concede esta exención para prorrogar la fecha de caducidad indicada en el Certificado de Inmunización del estudiante-Formulario 3231 o para inscribir a un nuevo estudiante de otro estado.

Fecha de caducidad de la Exención: _____ Iniciales del Padre/Apoderado: _____

- 120-Días de Exención- Se concede esta exención para extender la fecha en que el certificado de Audición/Visión/Dental Formulario 3300 es necesario. Esta información será compartida con el personal de enfermería de la escuela.

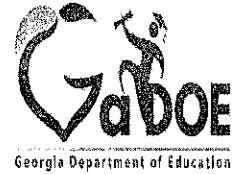
Fecha de caducidad de la Exención: _____ Iniciales del Padre/Apoderado _____

He leído y entiendo las condiciones de esta exención otorgada por el Sistema Escolar del Condado Union.

 Nombre del Padre/Apoderado en letras de imprenta Firma del Padre/Apoderado Fecha

 Nombre del Director/Representate de la Escuela Firma del Director/Rep. de la Escuela Fecha

Georgia Department of Education
ESOL Unit



Encuesta obligatoria en el idioma nativo

Estimado padre o tutor:

Para proporcionarle a su hijo la mejor educación posible, debemos determinar qué tan bien habla y entiende el inglés. Esta encuesta ayuda al personal de la escuela a determinar si su hijo puede ser un candidato para recibir apoyo adicional en inglés. La calificación final para el apoyo idiomático está basada en los resultados de una prueba en inglés.

Gracias.

Nombre del estudiante (información obligatoria):

Antecedentes idiomáticos (preguntas obligatorias):

1. ¿Qué idioma su hijo entiende y habla mejor?

2. ¿Qué idioma su hijo habla con mayor frecuencia en el hogar?

3. ¿Qué idioma usan con mayor frecuencia los adultos del hogar cuando hablan con el niño?

Idioma para la comunicación con la escuela (pregunta recomendada):

4. ¿En qué idioma prefiere recibir toda la información escolar?

Firma del padre/tutor/otro

Fecha

Sistema Escolar del Condado Union

Formato de Autorización para los Servicios de Enfermería

Por favor léalo, complételo, fírmelo y devuélvalo a la escuela dentro de tres días. Si usted tiene alguna pregunta antes de firmarlo, por favor llame a la escuela. Este formulario de autorización debe ser llenado y firmado por el padre/apoderado a fin de que su hijo pueda recibir los servicios de la enfermería. Sin esta autorización, no podemos brindarle a su hijo ningún tratamiento leve o de emergencia.

Apellidos del estudiante	Nombres	Fecha de Nacimiento	Grado	Homeroom
Doctor del estudiante: _____		Teléfono #: _____		
Padre/Apoderado: _____		Teléfono Residencial #: _____		
Domicilio: _____				
Teléfono del trabajo: _____		Teléfono Inalámbrico (cellphone)#: _____		

HISTORIA MEDICA	SI/NO	SI LA RESPUESTA ES SI, EXPLIQUE
Alergias (medicinas o alimentos)	/	_____
Medicina que está tomando actualmente	/	_____
Diabetes	/	_____
Ataques epilépticos	/	_____
Asma	/	_____
Usa Lentes de contacto	/	_____
Enfermedad Mental	/	_____
Alguna Operación de cirugía	/	_____
Hospitalizaciones Previas	/	_____
Otras Enfermedades	/	_____

A continuación se detallan las medicinas que la enfermera puede usar o darle a su hijo/a. Por favor encierre en un círculo cualquier medicina que usted NO quiere que su hijo/a reciba. La enfermera solo puede darle a su hijo/a estas medicinas. Si usted desea que su hijo/a reciba Tylenol, Advil, o cualquier otra medicina mientras está en la escuela, usted tendrá que darnos la medicina y llenar un Formulario de Autorización de Medicación por esa medicina.

<u>Dolor de Garganta:</u>	Spray para el dolor de garganta	<u>Erupción/Picadura de Insectos:</u>	Crema Hidrocortisona
	Gárgaras de sal con agua tibia		Benadryl Crema/Spray
<u>Ojos:</u>	Visine		Caladryl
	Colirio	<u>Cortes/Rasguñones:</u>	Bactene/Hibiclens
<u>Boca:</u>	Vaselina		Dermoplast/Solarcaine
	Anbesol/Orabase		Unguento Antibiótico
<u>Acidez estomacal:</u>	Antiácido/ Tums	Meduele la cabeza/Cuepo	Tynelol/Ibuprofen

Si mi hijo sufre un accidente estando en la escuela, el Sistema Escolar del Condado Union tiene mi permiso para llevar a mi hijo al centro de salud más cercano, en caso de estar yo ausente.
Yo doy mi autorización para que el estudiante arriba mencionado reciba los servicios de la Enfermería de la Escuela. Entiendo que todos los servicios son gratuitos y confidenciales. Yo he dado la información completa y exacta a mi mejor saber y entender.

Esta autorización estará en vigencia durante el presente año escolar o hasta que el padre notifique lo contrario.

Firma del Padre/Apoderado	Parentesco	Fecha
---------------------------	------------	-------

O

No, Yo no quiero que el/la estudiante arriba mencionado/a reciba los servicios de la enfermera ni que tenga acceso a la Enfermería de la Escuela.

Firma del Padre/Apoderado	Parentesco	Fecha
---------------------------	------------	-------



Georgia Department of Education

Richard Woods, Georgia's School Superintendent

"Educating Georgia's Future"

Distrito Escolar: _____

Fecha: _____

Encuesta Ocupacional para Padres

Favor de completar este formulario para ayudarnos a determinar si su(s) hijo(s) califica(n) para recibir servicios suplementarios de parte del Programa de Título I, Parte C

Nombre del/los Estudiante(s)	Nombre de la Escuela	Grado
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

1. ¿Alguien en su casa se ha mudado para trabajar en otra ciudad, condado, o estado, en los últimos tres (3) años? Sí No

2. ¿Alguien en su casa trabaja, ha trabajado, o tiene la intención de trabajar en una de las siguientes actividades de forma permanente o temporaria, o ha hecho este tipo de trabajo en los últimos tres años? Sí No

Si la respuesta es "sí", marque todo trabajo que aplique:

- 1. Sembrando/cosechando vegetales (como tomates, calabazas, cebollas, etc.) o frutas (como uvas, fresas, arándanos, etc.)
- 2. Sembrando, cortando, procesando árboles, o juntando paja de pino (*pine straw*)
- 3. Procesando/empacando productos agrícolas
- 4. Trabajo en lechería o ganadería
- 5. Trabajo en empacadoras o procesadoras de carnes (como de res, pollo o mariscos)
- 6. Pesca o crianza de peces
- 7. Otra actividad. Por favor especifique en cuál: _____

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

Please maintain original copy in your files.

MEP funded school/district: Please give this form to the migrant liaison or migrant contact for your school/district.

Non-MEP funded (consortium) school/districts: When at least one "yes" and one or more of the boxes from 1 to 7 is/are checked, districts should fax occupational surveys to the Regional Migrant Education Program Office serving your 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

Regional Office use only:

MANTENIMIENTO DEL NIÑO(A)

ARREGLOS DE VIVIENDA DEL NIÑO(A): () AMBOS PADRES () MADRE () PADRE () OTROS ARREGLOS

GUARDIÁN LEGAL DEL NIÑO(A): () AMBOS PADRES () MADRE () PADRE () OTROS ARREGLOS

ADEMAS DE LOS FIRMANTES DE ESTE ACUERDO, LAS SIGUIENTES PERSONAS PUEDEN RECOGER A MI NIÑO(A) :

NOMBRE

DIRECCIÓN

RELACIÓN

NOMBRE DEL MÉDICO O DE LA CLÍNICA DEL NIÑO(A) (PROVEEDOR PRIMARIO DE SERVICIOS DE SALUD DEL NIÑO(A)):

FECHA DE LA ÚLTIMA REVISIÓN MÉDICA:

TELÉFONO: ()

MI NIÑO(A) TIENE LA(S) SIGUIENTE(S) NECESIDAD(ES) ESPECIAL(ES):

MI NIÑO PUEDE NECESITAR LO(S) SIGUIENTE(S) AJUSTES ESPECIALES PARA SATISFACER SUS NECESIDADES EFECTIVAMENTE MIENTRAS ASISTE A ESTE CENTRO:

MI NIÑO(A) ESTÁ TOMANDO MEDICAMENTO(S) RECETADO(S) A LARGO PLAZO Y PARA USO CONTINUO Y/O TIENE LAS SIGUIENTE ALERGIAS, ENFERMEDADES, O PROBLEMAS DE SALUD:

Permiso General

Verifico que la antedicha información es correcta y cierta. Concedo por este medio el permiso para que la información proveída en esta forma de inscripción sea distribuída a los proveedores de Pre-K, al Departamento de Cuidado y Aprendizaje Tempranos (DECAL), y a ciertas agencias o entidades contratadas por los proveedores de Pre-K o DECAL, incluyendo pero no limitándose al Departamento de Educación del Estado de Georgia, a colegios/universidades.

FIRMA (PADRE/GUARDIÁN): _____

FECHA: _____

Autorización de Fotografía/Videograbación

Autorizo por este medio al proveedor de Pre-K especificado abajo, al Departamento de Cuidado y Aprendizaje Tempranos (DECAL), y a ciertas agencias o entidades contratadas por el proveedor de Pre-K o DECAL, incluyendo pero no limitándose al Departamento de Educación del Estado de Georgia, y colegios/universidades, a grabar la participación de mi niño(a), _____, por medio de la fotografía y/o la videograbación, en relación a las actividades diarias de Pre-K, para propósitos de medios de comunicación, informes y para la determinación del progreso de mi niño(a) y del programa. Autorizo a DECAL y a sus contratistas para exhibir o distribuir tales fotografía(s) y/o videograbacione(s) en su totalidad o en parte, sin restricciones o limitaciones, para cualquier propósito educativo o promocional que DECAL juzgue apropiado. Tal fotografía(s) y/o videograbacion(es) pueden, por ejemplo, aparecer en los materiales impresos o visuales para el sitio web de DECAL. El suscrito, en conjunto y separadamente, absuelve, libera, y exonera al proveedor de Pre-K y a DECAL, y a otras entidades contratadas por el proveedor de Pre-K o DECAL de cualesquiera acciones, acuerdos, demandas, controversias, enjuiciamientos, responsabilidades y procesos, ya sea que se presentan en equidad o en derecho, con respecto a la participación y apariencia del susodicho niño(a). Esta autorización seguirá en efecto sobre todos los sucesores en interés y los representantes personales de los interesados, hasta donde la ley permita.

El Nombre/la Dirección del Proveedor de Pre-K : _____

Firma (Padre/Guardián) : _____

Fecha : _____

Acuerdo entre los Padres y la Guardería

(nombre de la guardería)

acuerda proveer servicios de cuidado infantil durante el día a

(nombre del niño(a)) los días

_____, desde las _____ AM
(días de la semana)

hasta las _____ P.M., y desde el mes de _____ al mes de _____.

Mi niño(a) participará en el siguiente plan de alimentación (circule todos los que apliquen):

Desayuno		Merienda en La mañana		Almuerzo		Merienda en la tarde
	Merienda en la noche		Cena			Merienda antes de acostarse
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Antes de dar algún medicamento a mi niño(a), yo traeré una autorización escrita, que incluya la fecha, el nombre del niño(a), el nombre del medicamento, el número de la receta (si lo tiene), la dosis y la fecha y hora en que éste debe dársele al niño(a). El medicamento estará en el envase original, marcado con el nombre de mi niño(a).

No se le permitirá a mi niño(a) entrar o salir de la guardería sin los padres, personas autorizadas por los padre(s), o personal de la guardería.

Reconozco que soy responsable de mantener los documentos de mi niño(a) al día, y de comunicar cualquier cambio significativo cuando éste ocurra, (por ejemplo, números de teléfono, sitio de trabajo, contactos de emergencia, médico del niño(a), estado de salud del niño(a), planes de alimentación, documentos de vacunas, etc.).

La guardería está de acuerdo en mantenerme informado(a) de cualquier incidente que afecte a mi niño(a), incluyendo enfermedades, heridas, reacciones adversas a un medicamento, etc.

(nombre de la guardería)

está de acuerdo en obtener mi autorización escrita antes de que mi niño(a) participe en transporte de rutina, viajes educativos, actividades especiales fuera de la guardería y actividades que ocurran en agua de más de dos (2) pies de profundidad.

Autorizo a la guardería a obtener cuidado médico de emergencia para mi niño(a) cuando yo no esté disponible.

He recibido una copia y estoy de acuerdo en seguir las reglas y los procedimientos de la guardería.

FIRMA: _____
Padre/Guardián

Fecha

FIRMA: _____
Administrador(a) de la Guardería /Persona Autorizada

Fecha



Georgia's Pre-K Program 2018-2019 Roster Information Form

This form is to be completed after school starts, not at the time of registration. **Please clearly print the name as it appears on the birth certificate.** *(Por favor escriba el nombre como aparece en el certificado de nacimiento.)*

Legal Last Name <i>(Apellido)</i>	
Legal First Name <i>(Primer Nombre)</i>	
Legal Middle Name <i>(Segundo Nombre)</i>	Name Suffix <i>(Sufijo)</i> (Jr, II, III)
Child's Social Security #	DOB <i>(Fecha de Nacimiento)</i> (M/D/Y) Gender <i>(Sexo)</i>
____ - ____ - ____	____ / ____ / ____ <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Date enrolled in Pre-K (M/D/Y)	If different from birth certificate, name student is called
____ / ____ / ____	

1. Is your child's ethnicity **Hispanic/Latino/Spanish Origin**, regardless of race? *(¿Es Ud. Hispano/Latino o de Origen Hispano, sin importar la raza?)*

Yes *(Si)*
 No *(No)*
 Decline to Answer *(negarse a contestar)*

Please select **ONE OR MORE** of the following races regardless of how you answered question one. **(TODOs deben seleccionar UNA O MAS de las siguientes razas sin importar cómo haya contestado la primera pregunta.)**

2. Is your child:

a. **White** – A person having origins in any of the original peoples of Europe, the Middle East, or North Africa. *(Blanco – Una persona que tiene orígenes en los pueblos provenientes de Europa, el Medio Oriente, o África del Norte.)*

b. **Asian** – A person having origins in any of the original peoples of the Far East, Southeast Asia, or the Indian subcontinent including Cambodia, China, India, Japan, Korea, Malaysia, Pakistan, the Philippine Islands, Thailand, and Vietnam. *(Asiática – Una persona con orígenes en los pueblos provenientes del Lejano Oriente, Suroeste de Asia, o el subcontinente Hindú incluyendo, a Cambodia, China, India, Japón, Corea, Malasia, Pakistán, Las Filipinas, Tailandia, y Vietnam.)*

c. **Native Hawaiian or Other Pacific Islander** – A person having origins in any of the original peoples of Hawaii, Guam, Samoa, or other Pacific Islands. *(Nativo de Hawaii u Otra Isla del Pacífico – Una persona con orígenes en los pueblos provenientes de Hawaii, Guam, Samoa, u otra Isla del Pacífico.)*

d. **Black or African American** – A person having origins in any of the Black racial groups of Africa. *(Negro o Afro Americano – Una persona con orígenes en los pueblos provenientes de África o en grupo racial Negro.)*

e. **American Indian or Alaskan Native** – A person having origins in any of the original peoples of North and South America including Central America, who maintains a tribal affiliation or community attachment. *(Indio Americano o Nativo de Alaska – Una persona con orígenes en los pueblos provenientes de América Del Norte y del Sur, incluyendo América Central, que mantiene una afiliación tribal o comunitaria.)*

f. **Decline to Answer** *(negarse a contestar)*

3. What is your child's primary language? *(¿Cuál es el idioma primario de su hijo(a)?)*

English *(Inglés)*
 A language other than English *(Un idioma diferente al Inglés)*

4. Was your child born as a: *(El parto en que Ud. tuvo a su hijo(a) fue de:)*

Single Birth (1) *(Un sólo niño)*
 Twin (2) *(De mellizos)*
 Triplet (3) *(De trillizos)*
 Quadruplet (4) *(De cuatrillizos)*
 Quintuplet (5) *(De quintuplas)*

5. Does your child have an Individualized Education Plan (IEP)? *(¿Tiene su hijo(a) un Plan de Educación Individualizada (IEP)?)*

Yes *(Si)* No *(No)*

6. Does your child receive any of the following services? *(¿Recibe su hijo(a) alguno de estos servicios?)*

Childcare and Parent Services (CAPS) *(child care subsidy program)*
 Food Stamps *(Cupones de Alimentos)*
 SSI
 Medicaid
 Temporary Assistance for Needy Families (TANF)

7. Will the Pre-K center be providing transportation for your child? *(¿Recibirá su hijo(a) transporte en el Centro donde va a asistir a Pre-K?)*

Yes *(Si)* No *(No)*

Parent/Guardian Signature

Date