

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 _____ Nombres _____ Nombre preferido _____
(Surnames) (Names) (Preferred)

SSN: _____

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

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

Si el estudiante nació en otro país, ¿ha asistido durante 3 años completos en las escuelas de los EE.UU? Sí No _____ Fecha de Ingreso a las escuelas de los EE.UU. (Si nació en otro país) _____
(If the student was born in another country has he/she attended 3 full years of school in the United States?) (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.)

Domicilio: _____ Calle/Street _____ Ciudad (City) _____ Estado (State) _____ Area Postal (Zip Code) _____ Condado (County) _____
(Home Address-911)

Domicilio Postal (Si es diferente del de arriba): _____ Casilla Postal/ Calle (P.O. Box/Street) _____ Ciudad (City) _____ Estado (State) _____ Area Postal (Zip Code) _____ Condado (County) _____
Mailing Address (if different from above)

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

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

Nombre de la Madre: _____ Empleador/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 Vive con: Ambos Padres Madre Padre
(Single Parent Household) (Yes) (Lives with) (Both Parents) (Mother) (Father)

No Abuelos (Grandparents) Con otra persona Especifique: (Other/Specify) _____

Nombre del Apoderado: _____ Empleador/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)

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

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 Círculo 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 Head Start Otra Escuela Pública
(Pre-School Name) (Publicly Sponsored) (Other Public School)

Ciudad, Estado _____ Privada-Sin Fines de Lucro Privada-Pagante No ha asistido a ninguna Escuela Pre-Escolar
(City, State) (Private-Non-Profit) (Private Private For Profit) (Did Not Attend a Pre-K)

¿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: _____ Área 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.

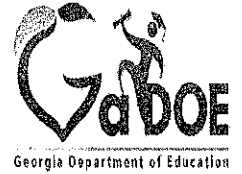
Fecha de caducidad de la Exención: _____ Iniciales del Padre/Apoderado _____

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, firmelo 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	/	_____

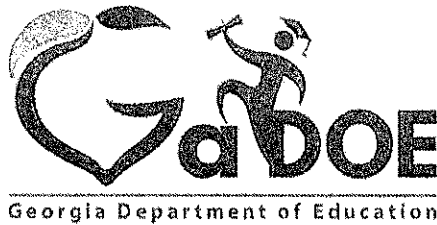
A continuación se detallan las medicinas que la enfermera puede usar o darle a su hijo/a. Por favor encierre en un círculo cualquier medicina que usted **NO** quiere que su hijo/a reciba. La enfermera solo puede darle a su hijo/a estas medicinas. Si usted desea que su hijo/a reciba Tylenol, Advil, o 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 Gárgaras de sal con agua tibia	<u>Erupción/Picadura de Insectos:</u>	Crema Hidrocortisona Benadryl Crema/Spray
<u>Ojos:</u>	Visine Colirio	<u>Cortes/Rasguñones:</u>	Caladryl Bactene/Hibiclens
<u>Boca:</u>	Vaselina Anbesol/Orabase		Dermaplast/Solarcaine Unguento Antibiótico
<u>Acidez estomacal:</u>	Antiácido/ Tums	<u>Meduele la cabeza/Cuepo</u>	Tylenol/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



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:

SISTEMA ESCOLAR DEL CONDADO UNION
Union County School System
ENTREGA DE EXPEDIENTE ACADEMICO POR LOS ESTUDIANTES TRANSFERIDOS
Records Release for Transfer Students
(7^{mo} grado y grados superiores) (7th Grade and Higher)

Legítimo nombre del estudiante: _____
(Student's Legal Name)

Fecha de nacimiento del estudiante: ____/____/____ Seguro Social # ____ - ____ - ____
(Student's Date of Birth) (Social Security #)

Otro nombre por el cual el expediente puede estar registrado: _____
(Other name in which records may be listed)

Nombre y dirección de la escuela anterior a la que asistió: _____
(Name and address of previous school(s) attended:)

Fecha de la última vez que se matriculó: _____ Grado en la fecha de su retiro: _____
(Date last enrolled:) (Grade at time of withdrawal:)

HISTORIA DISCIPLINARIA:
(DISCIPLINARY HISTORY)

(a) ¿Está el estudiante actualmente suspendido o expulsado de la última escuela que asistió _____
(Is student currently suspended or expelled from school last attended?)

(b) ¿Se retiró el estudiante de la escuela para evitar la suspensión/expulsión? _____
(Did student withdraw from school to avoid suspension/expulsion?)

(c) ¿Ha sido el estudiante alguna vez suspendido o expulsado por ser culpable de, juzgado de haber cometido, o acusado de haber solicitado información, cometido cualquier delito o acto delictivo que sería un delito grave si fuera cometido por un adulto? _____
(Has student ever been suspended or expelled for being convicted of, adjudicated to have committed, indicted for or having information filed for, the commission of any felony or any delinquent act which would be a felony if committed by an adult?)

Si la respuesta a las preguntas anteriores es SI, dé los motivos de la suspensión/expulsión y la fecha en terminó la suspensión/expulsión: _____
(If the answer to any of the above questions is yes, give the reason for the suspension/ expulsion and the date on which the suspension/expulsion ends or ended)

La Ley de Georgia, O.C.G.A. §20-2-670,³² requiere que: El padre de un estudiante transferido que solicita la admisión de su hijo/a a un grado superior al 6to, tendrá que revelar si el estudiante ha sido culpable de la comisión de un delito designado como grave; fecha de la sentencia por el juez, lugar de la sentencia y la sentencia impuesta.

¿Ha sido el estudiante alguna vez juzgado culpable de un delito designado como grave, tal como se define dicho término en la ley de Georgia? (lea la parte de atrás de este documento)

(Has the student ever been adjudicated guilty of a designated felony, as that term is defined in Georgia law (see back of this document)

Si la respuesta es SI, por favor provea la siguiente información:
(If yes, please supply the following information.)

(a) Fecha de la sentencia: (Date of adjudication):

(b) Tribunal, incluyendo condado y el estado de la sentencia:
(Court, including county and state, of adjudication):

(c) Delito cometido: (Offense committed):

(d) Sentencia dada, incluyendo, libertad condicional y cualquier otra condición:
(Sentence imposed, including any probation or other conditions):

AUTORIZACION: Por el presente autorizo _____ al Sistema/Distrito escolar o a cualquier escuela pública o privada en la que mi hijo/a estuvo previamente matriculado, a remitir inmediatamente al Sistema Escolar del Condado Union, todo el expediente académico y disciplinario del estudiante arriba mencionado, incluyendo los documentos del SST y de educación especial, si procede.

Firma del Estudiante: _____ Fecha: _____

Firma del Padre /Apoderado _____ Fecha: _____

UNION COUNTY SCHOOL SYSTEM
ENTREGA DE EXPEDIENTE ACADEMICO POR LOS ALUMNOS TRANSFERIDOS
(7^{mo} grado y grados superiores)

DELITOS DESIGNADOS COMO GRAVES:

- (a) ...un segundo o consecutivo delito en virtud del inciso (b) de la Sección 16-11-132 del Código; (una persona menor de 18 años que lleva en su cuerpo o sujeta a su ropa una pistola o revólver y las municiones para esa pistola o revólver.)
- (b) Si fuera cometido por un adulto, sería uno o más de los siguientes delitos:
- (1) Secuestro o incendio intencional en primer grado, si es cometido por un menor de 13 de edad, o mayor;
 - (2) Asalto agravado, incendio intencional en segundo grado, batería agravada, robo, o robo a mano armada que no implica un arma de fuego, o batería en violación del inciso 16- 5- 23.1 del Código si la víctima es un profesor/a u otra persona de la escuela, si es cometido por un menor de 13 años de edad, o mayor;
 - (3) Intento de asesinato o intento de secuestro, si es cometido por un menor de 13 años de edad o mayor;
 - (4) Llevar o poseer un arma en violación del inciso (b) de la Sección 6-11-127.1 del Código;
 - (5) Secuestro de un vehículo motorizado, por un menor de 13 años de edad, o mayor;
 - (6) Cualquier violación de la Sección 16-7-82 del Código (fabricación, transporte, distribución o posesión de un artefacto explosivo), 16- 7 -84 (distribución of ciertos materiales a personas menores de 21 años de edad), o 16-7-86 (tentativa o conspiración para cometer cualquier delito relacionado con bombas explosivas y otras armas químicas y biológicas) por un menor de 13 años de edad, o mayor;
 - (7) Cualquier otro acto, que si fuera cometido por un adulto, sería un delito grave, si el menor que comete el acto ya ha sido juzgado tres veces por actos, que si hubieran sido cometidas por un adulto, serían considerados como delitos graves;
 - (8) Cualquier violación de la Sección 16-13-31 del Código, relacionado con el tráfico de cocaína, drogas ilegales , marihuana, o metanfetamina;
 - (9) Cualquier violación penal de la Sección 16-14-4, del Código relacionada con el chantaje;
 - (10) Cualquier violación de la Sección 16-10- 52 del Código, relacionada con fuga, si el menor está involucrado en la comisión de tal acto y ha sido previamente juzgado de haber cometido un delito designado como grave;
- (c) Constituye una segunda o consecutiva sentencia de delincuencia basado en la violación de la Sección 16-7-85 del Código (artefactos engañosos) o la 16-7-87 (interferencia con un funcionario);
- (c.1) Constituye una violación de la Sección 16-15-4 del Código relacionado a los delitos de las pandillas callejeras;
- (d) Constituye un delito dentro de la exclusiva jurisdicción de la corte superior de acuerdo a los subpárrafos (b)(2)(A) de la Sección 15-11-5 del Código (asesinato, homicidio voluntario, violación sexual, delito grave de sodomia, delito grave de abuso sexual contra un niño/a, asalto sexual agravado o robo a mano armada si se comete con un arma de fuego), el cual es transferido por la corte superior al tribunal de menores para su juicio de acuerdo a los subpárrafos (b)(2)(B) de la sección 15-11-5 del Código o es transferido por el fiscal de distrito al tribunal de menores para su juicio en virtud de los subpárrafos (b) (2) (C) de la Sección 15-11-5 del Código; o
- (e) Constituye una segunda o consecutiva violación de las Secciones 16-8-2 y 16-8-9 del Código, relacionado con robo, si la propiedad que fué objeto del robo fue un vehículo motorizado.