



**STUDENT INFORMATION**

Student# \_\_\_\_\_

School: \_\_\_\_\_

**Last name** \_\_\_\_\_ **First name** \_\_\_\_\_ **Middle name** \_\_\_\_\_ **Suffix** \_\_\_\_\_

**Date of Birth** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **Gender:** MALE / FEMALE **Grade:** \_\_\_\_\_

**Social Security Number:** \_\_\_\_\_ **Birth Place:** \_\_\_\_\_

**Is the student Hispanic or Latino?** YES/ NO- **Please indicate a race (PLEASE CHOOSE AT LEAST ONE**

\_\_\_\_ American Indian or Alaska Native \_\_\_\_ Asian \_\_\_\_ Black or African American

\_\_\_\_ Native Hawaiian or other Pacific Islander \_\_\_\_ White

**Date of first entry in U.S. School(if student was born out of the U.S.)** \_\_\_\_\_

**Is parent/guardian active in military?** YES/NO **Is parent/guardian in Military Reserve?** YES/NO

**Student lives with** \_\_\_\_ Both Parents \_\_\_\_ Mother only \_\_\_\_ Father only \_\_\_\_ Mother/Stepfather \_\_\_\_ Father/Stepmother \_\_\_\_ Other \_\_\_\_\_

**1st Emergency Contact(other than parent(s)(Name and Number** \_\_\_\_\_

**2nd Emergency Contact(other than parent(s)(Name and Number** \_\_\_\_\_

**Adults authorized to check out student(list individual names)** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**If you are NOT in a PRZ(Parent Responsibility Zone, will your child ride the bus home?** YES/ NO

**If YES, child will ride the bus:** In the morning/Afternoon/BOTH

**On early release day, child will:** ride the bus home, be a car rider, or walk

**Medical Alerts** \_\_\_\_\_ **Medications** \_\_\_\_\_

**Health Concerns** \_\_\_\_\_ **Past Surgeries** \_\_\_\_\_

**Primary Doctor** \_\_\_\_\_ **Pharmacy** \_\_\_\_\_

**Can child participate in Physical Education(P.E. classes)** YES/ NO

Note for restriction \_\_\_\_\_

OFFICE STAFF ONLY

INITIALS \_\_\_\_\_

DATE ENTERED \_\_\_\_\_



**INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE**

Student# \_\_\_\_\_

School \_\_\_\_\_

**Apellido** \_\_\_\_\_ **Primero Nombre** \_\_\_\_\_ **Segundo Nombre** \_\_\_\_\_ **Sufijo** \_\_\_\_\_  
**Fecha De Nacimiento** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ **Genero:** Hombre o Mujer **Grado:** \_\_\_\_\_  
**Numero de Seguro Social** \_\_\_\_\_ **Lugar de Nacimiento** \_\_\_\_\_

**Fecha de la primera entrada a una escuela de los EE.UU.(Si el estudiante nació fuera de los EE.UU.)** \_\_\_\_\_

**¿Esta el padre/tutor activo con el ejercito? SI /NO      Esta padre/tutor en la Reserva Militar? SI/ NO**

**Si contesto que SI, circule:** Implementado, No Implementado, Retirado, o Descargado

**El estudiante vive con** \_\_\_ Ambos Padres \_\_\_ Mama solamente \_\_\_ Papa Solamente \_\_\_ Mama/Padrasto \_\_\_ Papa/ Madrasta \_\_\_ Tutor Legal \_\_\_ Otro

**Estado civil de los padres** \_\_ Solteros \_\_ Casados \_\_ Divorciados \_\_\_ Separados \_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

**Contacto de emergencia(apartede los padres)(Nombre y Numero)** \_\_\_\_\_

**Contacto de emergencia(aparte de los padres)(Nombre y Numero)** \_\_\_\_\_

**Personas autorizadas a recoger al estudiante dela escuela(lista de nombres individuales)**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Si no es PRZ (zona de responsabilidad de los padres), ¿viajará su hijo en el autobús? SI/NO**

**Si contesto SI, mi hijo/a viajará en el autobús:** mañana / tarde / AMBOS

**En el dia de salida temprano, mi hijo/a:** va ser recogido por carro, ir en autobus, o caminar a casa

**Alertas Medicas** \_\_\_\_\_ **Medicamentos** \_\_\_\_\_

**Problemas de Salud** \_\_\_\_\_ **Cirugías previas** \_\_\_\_\_

**Doctor** \_\_\_\_\_ **Pharmacia** \_\_\_\_\_

**¿Puede el estudiante participar en Educación Física? SI/ NO**

**Razon por restricción** \_\_\_\_\_

OFFICE STAFF ONLY

INITIALS \_\_\_\_\_

DATE ENTERED \_\_\_\_\_

**Additional Information**

**Do your religious beliefs affect the student from receiving medical attention? YES / NO**

**Do your religious beliefs prevent the child from saluting the flag of the United States? YES/ NO**

**Enrollment History**

**Did student attend a 4 year old Pre-K program? If yes, what program? \_\_\_\_\_**

**Has the student previously attended another Georgia School? YES/ NO**

**Name of School: \_\_\_\_\_**

**Please list the last three schools the student has attended:**

School Name	City/State	Years Attended
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**Is the student CURRENTLY participating in any special programs, such as Special Education, Speech, ESOL, Gifted, EIP/IEP, SST/504, ETC? YES/NO**

If yes, please specify \_\_\_\_\_

**Has the student PREVIOUSLY participated in any special programs, such as Special Education, Speech, ESOL, Gifted, EIP/IEP, SST/504, ETC? YES/NO**

If yes, please specify \_\_\_\_\_

**Is the student currently SUSPENDED/EXPELLED from another public or private school? YES/ NO**

If yes, please explain \_\_\_\_\_

**I am authorized to enroll this student and understand that in compliance with OCGA 20-2-780 that having enrolled the student; I am the only person who can withdraw the student, unless a court order applies. I understand that it is against the law to lie or falsify on a legal document and that I may be prosecuted, held criminally liable, and punished by a fine of not more than \$1,000 or by imprisonment for not less than one or five years, or both, if I am found guilty of false swearing pursuant to O.C.G.A 16-10-71. I hereby certify that all the information contained on this form is true and accurate to the best of my knowledge. \_\_\_\_\_ INITIALS**

**Print Name: \_\_\_\_\_**

**Signature: \_\_\_\_\_**

**Date Registered: \_\_\_\_\_**

My relationship to student \_\_\_Parent \_\_\_Legal Guardian \_\_\_Person having legal Court Order(copy required) \_\_\_  
Other(Kinship Affidavit Required)

## Información Adicional

¿Sus creencias religiosas afectan al estudiante para que no reciba atención médica? SI/ NO

¿Sus creencias religiosas impiden que el niño salude la bandera de los Estados Unidos? SI/ NO

## Historial de inscripciones

¿Asistió el estudiante a un programa de prekínder de 4 años? Si es así, ¿qué programa? SI / NO

¿El estudiante ha asistido anteriormente a otra escuela de Georgia? SI /NO

Nombre de Escuela: \_\_\_\_\_

**Porfavor liste las últimas tres escuelas que el estuidante asistió**

Nombre de escuela

Cuidad/Estado

Años que asistió

Nombre de escuela	Cuidad/Estado	Años que asistió
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

¿Está el estudiante participando ACTUALMENTE en algún programa especial como: Educación Especial, clases de habla, ESOL, IEP/EIP, SST/504, ETC? SI / NO

¿El estudiante ha participado ANTERIORMENTE en programas especiales como: Educación Especial, por empleo clases de alto nivel, clases de habla, ESOL, IEP/EIP,SST,504, ETC? SI / NO

¿El estudiante está actualmente SUSPENDIDO / EXPULSADO de otra escuela pública o privada? SI/ NO

Yo estoy autorizado(a) para matricular a este estudiante, y entiendo que en conforme a la ley OCGA 20-2-780 que al haber matriculado al estudiante, soy la unica persona que puede dar al estudiante de baja, al menos que una orden de corte se aplique. Comprendo que es contrala leymentir o falsificar en un documento legal y que puedo ser procesado y ser criminalmente responsable y condenado a una multa de mas de \$1,000.00 o por encarcelamiento por o menos de uno o ni mas de cinco años, o ambos, si soy declarado culpable de pretérito a O.C.G.A 16-10-71. El suscrito certifica que la informacion contendia en este formulario es cierta y correcta al mejor de mi conocimiento \_\_\_\_\_ INICIALES

Nombre(letras legibles) \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Fecha de matriculación \_\_\_\_\_

Mi relación con el estudiante es: \_\_\_ Madre/Padre \_\_\_ Tutor Legal \_\_\_ Persona con mandato judicial

## Household Information Sheet

Home or Cell Phone:( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

### Primary Physical Address:

Street Number/Name \_\_\_\_\_ Apt# \_\_\_\_\_  
City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Zip Code \_\_\_\_\_

### Secondary Address(If Applicable):

Street Number/ Name \_\_\_\_\_ Apt # \_\_\_\_\_  
City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Zip Code \_\_\_\_\_

### Mailing Adress(if different)

Address/P.O. BOX \_\_\_\_\_ Apt # \_\_\_\_\_  
City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Zip Code \_\_\_\_\_

**Mother/Female Guardian** \_\_\_\_\_

Does this person live with student at his/her primary address? YES/ NO

**Father/ Male Guardian** \_\_\_\_\_

Does this person live with student at his/her primary address? YES/ NO

**Please list all other household members and their relationship to the student:**

## Phone Messenger Preferences

You can receive messages/alerts from the Dalton Public School's messenger service through telephone, email, and text messages regarding events and news at your child's school. Messages are grouped according to their content and urgency. You can also select the type of messages you would like to be notified about.

**GENERAL NOTIFICATION** consists of notices regarding upcoming school events, PTA meetings, fundraisers, and etc.

**HIGH PRIORITY** consists of school closing, delays, or early dismissal due to weather or emergency situations.

Text messages can be sent to your cellphone when it is a **HIGH PRIORITY** alert. (Note: ALL rates and fees with your cellphone provider will apply according to the terms and conditions of your carrier agreement)

Mother/Guardian Cellphone \_\_\_\_\_  High Priority  General  Text

Email Address \_\_\_\_\_  High Priority  General  Text

Employer \_\_\_\_\_

Work Phone \_\_\_\_\_  High Priority  General  Text

Father/ Guardian Cellphone \_\_\_\_\_  High Priority  General  Text

Email Address \_\_\_\_\_  High Priority  General  Text

Employer \_\_\_\_\_

Work Phone \_\_\_\_\_  High Priority  General  Text

*I would like my telephone and email messages in* **ENGLISH**

**SPANISH**

## INFORMACIÓN DE HOGAR

Teléfono de casa o de celular(\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

### Dirección Física:

Dirrección \_\_\_\_\_ No. de Apartamento \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

### Hogar secundario(si corresponde):

Dirrección \_\_\_\_\_ No. de Apartamento \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

### Dirrección de Envío(si es diferente a su domicilio)

Dirrección/P.O. BOX \_\_\_\_\_

Cuidad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Codigo Postal \_\_\_\_\_

**Madre/Tutora legal** \_\_\_\_\_

¿Esta persona vive en casa con el estudiante? SI / NO

**Padre/Tutor legal** \_\_\_\_\_

¿Esta persona vive en casa con el estuidiante? SI / NO

**Por favor nombre cualquier otra persona que vive en este hogar y la relación que tiene con el estudiante:**

---

---

### Preferencias de Mensajes de Teléfono

Usted puede recibir alertas y mensajes por teléfono, correo electrónico, o mensajes de texto, sobre eventos y noticias de la escuela de su hijo(a) por parte del servicio de las Escuelas Publicas de Dalton. Los mensajes son agrupados dependiendo de su contenido y urgencia. Usted puede seleccionar el tipo de mensajes que desea recibir.

**INFORMACIÓN GENERAL:** consiste de noticias sobre eventos, juntas, funciones para recaudar fondos.

**ALTA PRIORIDAD:** consiste de noticias sobre cancelaciones, retrasos, o salida temprana de clases por cause de emergencia o mal tiempo.

Mensajes de texto pueden ser enviados a su celular cuando sean de alta priodidad. *(Nota: Se aplicaran cargos y tarifas de mensajes según sea su plan de teléfono celular)*

Madre/tutora

Tel de Celular \_\_\_\_\_  Alta Prioridad  General  Texto

Correo electrónico \_\_\_\_\_  Alta Prioridad  General  Texto

Lugar de empresa \_\_\_\_\_

Tel de trabajo \_\_\_\_\_  Alta Prioridad  General  Texto

Padre/tutor

Tel de celular \_\_\_\_\_  Alta Prioridad  General  Texto

Correro electrónico \_\_\_\_\_  Alta Prioridad  General  Texto

Lugar de empresa \_\_\_\_\_

Tel de trabajo \_\_\_\_\_  Alta Prioridad  General  Texto

**Deseo recibir mensajes de teléfono y correo electronico en *INGLES* *ESPAÑOL***



**DALTON PUBLIC SCHOOLS APPLICATION FOR TRANSPORTATION**

**2021-2022 SCHOOL YEAR**

**\*\*EACH STUDENT MUST HAVE A SEPERATE FORM\*\***

**Student's Name** \_\_\_\_\_ **Student's ID number** \_\_\_\_\_

**School** \_\_\_\_\_ **Grade** \_\_\_\_ **Homeroom teacher** \_\_\_\_\_

**Parent Signature** \_\_\_\_\_

**Did your child ride the bus to or from school during the 2020-2021 school year? YES / NO**

**Will your child need bus transportation for the 2021-2022 school year? YES / NO**

**If yes, will your child ride the bus:** In the Morning      In the afternoon      BOTH

**\*\*If your child will be riding the bus to or from a different address other than your home, please provide the address of pick up or drop off below:**

**Pick up address** \_\_\_\_\_ **Drop off address** \_\_\_\_\_

**Do you live in the PRZ zone?(within 1/2 mile of the school) YES/NO**

- DPS DOES NOT** provide transportation to students living in the PRZ zone.
- DPS DOES NOT** deliver students to business or locations outside of the students school zone.
- DPS DOES NOT** provide transportation to out of district students.
- If your child does not ride the bus over a 2 week period, then the school must be notified in order to add your child back to the bus route.

Any questions, please contact:

Jeff Wells

Safety and Transportation Coordinator

706-876-4079

First Student Bus Transportation

706-428-9489



**ESCUELAS PÚBLICAS DE DALTON APLICACIÓN PARA TRANSPORTACIÓN  
2021-2022 AÑO ESCOLAR  
\*\*CADA ESTUDIANTE DEBE TENER UNA FORMA\*\***

Nombre del Estudiante \_\_\_\_\_ Numero de Identificación \_\_\_\_\_

Escuela \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_ Maestro de salón principal \_\_\_\_\_

Firma del Padre \_\_\_\_\_

**Su hijo/a uso el autobus durante el año escolar 2020-2021? SI / NO**

**Necesitará transportación su hijo/a para el año escolar? SI / NO**

**Si contesto si, vijará en el autobus/por la mañana en la tarde/ AMBOS**

Si su hijo/a usara el autobús en una dirección diferente a la de su casa, por favor proporcione la dirección a donde se recogerá o a donde se bajarán

Dirección de recogida \_\_\_\_\_

Dirección de bajada \_\_\_\_\_

**¿Vive usted en la zona de PRZ(dentro de 1/2 milla de la escuela) SI / NO**

**DPS NO PROPORCIONA** transportación para estudiantes que viven en la zone PRZ(media milla de la escuela

**DPS NO DEJA** estudiantes en negocios o locaciones fuera de la zona escolar del estudiante

**DPS NO PROPORCIONA** transportación para estudiantes que viven fuera del distrito

Si su hijo/a no usa el autobús durante un periodo de dos semanas, debe notificar a la escuela para que se vuelva agregar el estudiante a la ruta del autobús

Si tiene preguntas, porfavor contacte:

Jeff Wells

Coordinador de Seguridad y Transportación 706-876-4079

Transportación del Autobús

First Student  
706-428-9489



**Georgia Department of Education  
ESOL & Title III Unit  
Required Home Language Survey**



**Dear Parent/Guardian:**

In order to provide your child with the best possible education, we need to determine how well he/she speaks and understands English. This survey assists school personnel in deciding whether your child **MAY** be a candidate for additional English Language support. Final qualification for language support is based on the results of an English language assessment. Thank you.

**Student Name(required information)**

**Language Background(required information):**

1. Which language does your child **BEST** understand and speak?

\_\_\_\_\_

2. Which language does your child **MOST** frequently speak at home?

\_\_\_\_\_

3. Which language do adults in your home **FREQUENTLY** use when speaking with your child?

\_\_\_\_\_

**Language for School Communication(not required):**

4. In which language would you prefer to receive all school information?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Signature of Parent/Guardian**

\_\_\_\_\_  
**Date**

**Departamento de Educación de Georgia**  
**UNIDAD ESOL**  
**Encuesta obligatoria en el idioma nativo**



**Estimado padre o tutor:**

Para proporcionarle a su hijo/a la mejor educación posible, necesitamos determinar qué tan bien habla y entiende el inglés. Esta encuesta ayuda al personal de la escuela a decidir si su hijo **PUEDE** ser candidato para recibir apoyo adicional en el idioma inglés. La calificación final para el apoyo lingüístico se basa en los resultados de una evaluación del idioma inglés. Gracias.

**Nombre del estudiante(Información obligatoria):**

---

**Antecedentes del idioma (información requerida):**

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

---

2. ¿Qué idioma habla su hijo con MÁS frecuencia en casa?

---

3. ¿Qué idioma usan los adultos en su hogar con FRECUENCIA cuando hablan con su hijo?

---

Idioma para la comunicación escolar (no requerido):

4. ¿En qué idioma preferiría recibir toda la información de la escuela?

---

---

**Firma del padre/tutor**

---

**Fecha**



# STUDENT RESIDENCY QUESTIONNAIRE

This questionnaire is intended address the McKinney-Vento Act 42 U.S.C 11435. The answers to this, help us determine the services the student(s) may be eligible to receive.  
**(ONE FORM PER FAMILY)**

**NAME OF STUDENT      MALE/FEMALE      DATE OF BIRTH      SCHOOL      GRADE      STUDENT#**

---

---

---

---

---

Please list any other children in home and their age \_\_\_\_\_

---

**PLEASE ANSWER ALL OF THE FOLLOWING QUESTIONS:**

1. Is your current address a temporary living arrangement? \_\_\_\_YES \_\_\_\_NO
2. Is your living situation due to loss of housing or economic hardship? \_\_\_\_YES \_\_\_\_NO
3. Have you been evicted in the past 12 months? \_\_\_\_YES \_\_\_\_NO
4. Is the student currently under state care or state custody? \_\_\_\_YES \_\_\_\_NO  
If YES, which county? \_\_\_\_\_ Date child entered state care \_\_\_\_\_

If you answered YES to any of the questions above, please complete the remainder of this form. If you answered NO to all questions above you may stop here.

**Where is the student(s) presently living?**

- \_\_\_ In a motel
- \_\_\_ In a shelter
- \_\_\_ With more than ONE family in a house or apartment
- \_\_\_ Moving from place to place
- \_\_\_ In a place not designed for ordinary sleeping accommodations such as car, park, or campsite
- \_\_\_ In a foster home

Name of Parent/Legal Guardian \_\_\_\_\_ Street Address \_\_\_\_\_

City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Zip Code \_\_\_\_\_ Phone# \_\_\_\_\_

**Presenting a false record or falsifying records is an offense under OCGA 16-10-20**

Signature of Parent/Legal Guardian \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

**TO BE FILLED OUT BY THE MCKINNEY-VENTO LIAISON**

**Please send a fax (706-226-5457) and send original through inter-office mail to Jackie Taylor, School Social Worker at City Park. I certify the above named student(s) qualifies for the Child Nutrition Program under the provisions of the Mckinney-Vento Act.**

Date \_\_\_\_\_ Signature of McKinney-Vento Liaison \_\_\_\_\_



# CUESTIONARIO DE VIVIENDA DEL ESTUDIANTE

Este cuestionario intenta cumplir con la Ley Mckinney-Vento 42 U.S.C. 11435. Las respuestas de este formulario ayudarán a determinar para qué servicios es elegible el estudiante.  
(LLENE UN FORMULARIO POR FAMILIA)

**NOMBRE DE ESTUDIANTE    HOMBRE/MUJER    FECHA DE NACIMIENTO    GRADO    # DE ESTUDIANTE**

---

---

---

---

---

Por favor escriba los nombres y edades de los otros niños que viven en casa \_\_\_\_\_

---

---

**POR FAVOR CONTESTE TODAS LAS SIGUINETES PREGUNTAS:**

1. ¿La dirección actual donde vive es temporal?(por corto tiempo) \_\_\_SI \_\_\_NO
  2. ¿Su situación de vivienda se debe a que perdió su vivienda o situación económica difícil? \_\_\_SI \_\_\_NO
  3. ¿Ha sido desalojado en los últimos 12 meses? \_\_\_SI \_\_\_NO
  4. ¿Está el estudiante actualmente bajo cuidado o custodia del estado? \_\_\_SI \_\_\_NO
- Si contesto que SI, de que condado \_\_\_\_\_ Fecha de ingreso en el cuidado de estado \_\_\_\_\_

---

**Si contesto SI a una o más de las preguntas de arriba, llene el resto de este formulario. Si contesto NO a todas las preguntas, puede para aquí.**

- \_\_\_ En un motel
- \_\_\_ En un refugio
- \_\_\_ Con más de una familia en una casa o apartamento
- \_\_\_ Mudándose de lugar en lugar
- \_\_\_ En un lugar no diseñado para dormir, como un carro, un parque, o un campamento
- \_\_\_ Bajo cuidado o custodia del estado

Nombre del Padre(s)/Tutor Legal \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_ # de Teléfono \_\_\_\_\_

**Presentar información falsa es una ofensa, según OCGA 16-10-20.**

Firma del padre/tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
Firma de padre adoptivo \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**TO BE FILLED OUT BY THE MCKINNEY-VENTO LIAISON**

**Please send a fax (706-226-5457) and send original through inter-office mail to City Park for Jackie Taylor, School Social Worker. I certify the above student(s) qualifies for the Child Nutrition Program under the provisions of the Mckinney-Vento Act.**

Date \_\_\_\_\_ Signature of McKinney-Vento Liaison \_\_\_\_\_



Educating Georgia's Future

1854 Twin Towers East  
205 Jesse Hill Jr Dr  
Atlanta, GA 30334  
Www.gadoe.org

School District: DALTON PUBLIC SCHOOLS

DATE \_\_\_\_\_

### PARENT OCCUPATIONAL SURVEY

Please complete this form to determine if your child(ren) qualify to receive supplemental services under Title I, Part C

NAME OF STUDENT(S)	NAME OF SCHOOL	GRADE

1. Has anyone in your household moved in order to work in another city, county, or state, in the last three(3) years? \_\_\_ YES \_\_\_ NO

2. Has anyone in your household been involved in one of the following occupations, either full or part-time or temporarily during the last three (3) years? \_\_\_ YES \_\_\_ NO

If you answer YES, check all that applies:

\_\_\_ Planting/picking vegetables (tomatoes, squash, onions, etc) or fruits (grapes, strawberries, blueberries, etc)

\_\_\_ Planting, growing, cutting, processing trees (pulpwood), or raking pine straw

3. \_\_\_ Processing/Packing agricultural products

4. \_\_\_ Packing/Processing meats (beef, poultry, or seafood)

5. \_\_\_ Commercial fishing or fish farms

6. \_\_\_ Other (please specify) \_\_\_\_\_

Name of Parent(s) or Legal Guardian(s) \_\_\_\_\_

Current Address \_\_\_\_\_

City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Zip Code \_\_\_\_\_ Phone # \_\_\_\_\_

Please maintain original copy in your files.

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

GA DOE Region 1 MEP, 201 West Lee Street Brooklet, GA 30415. GA DOE Region 2 MEP, 221 N Robinson Street, Lenox, GA 31637 Toll Free (800)621-5217

Fax (912) 842-5440 | Toll Free (866) 505-3182 Fax (229)546-3251

Family contacted/attempt date \_\_\_\_\_

Sent to Regional office on \_\_\_\_\_



Educating Georgia's Future

1854 Twin Towers East  
205 Jesse Hill Jr Dr  
Atlanta, GA 30334  
Www.gadoe.org

Districto Escolar: DALTON PUBLIC SCHOOLS

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 1, Parte C

**NOMBRE DEL/LOS ESTUDIANTES**

**ESCUELA**

**GRADO**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- 1. ¿Alguien en su casa se ha mudado para trabajar en otra ciudad, condado, o, estado, en los ultimos tres(3) años? \_\_\_SI \_\_\_NO
- 2. ¿Alguien en su casa trabaja o ha trabajado en una de las siguientes ocupaciones de forma permanente o temporaria en los últimos tres(3) años? \_\_\_SI \_\_\_NO

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

- \_\_\_1. Sembrando/Cosechando vegetales (tomates, calabazas, cebollas, etc) o frutas (uvas, fresas, arándanos, etc)
- 3. \_\_\_ Procesando/ Empacando productos agrícolas
- 4. \_\_\_ Trabajo en lechería, polleras o ganadería
- 5. \_\_\_ Empacando/Procesando carnes (res, pollo, o mariscos)
- 6. \_\_\_ Trabajos relacionados con la pesca (pesca comercial, criadero de pescados)
- 7. \_\_\_ Otra actividad. Explique \_\_\_\_\_

Nombre de los padres o guardianes legales \_\_\_\_\_

Dirección donde vive \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Please maintain original copy in your files.

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

GA DOE Region 1 MEP, 201 West Lee Street Brooklet, GA 30415. GA DOE Region 2 MEP, 221 N Robinson Street, Lenox, GA 31637 Toll

Free(800)621-5217|Fax (912) 842-5440| Toll Free (866) 505-3182 Fax (229)546-3251

Family contacted/attempt date \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_



AUTHORIZATION TO OBTAIN RECORDS

Students name: \_\_\_\_\_
First Middle Last

Students D.O.B. \_\_\_\_\_ Grade \_\_\_\_\_

Please answer both questions:

Is the student currently suspended or expelled from his/her previous school? YES NO

Has he/she been adjudicated guilty of felony act(s)? YES NO

If the student has been adjudicated guilty of felony act(s) please list the felony in the space provided.

Last school attended: \_\_\_\_\_

City State Zip Code Fax: \_\_\_\_\_

NOTE: According to Georgia DOE Board Rule 160-5-1-14, schools must mail or otherwise deliver requested records within 10 calendar days of receipt of request. Schools shall not withhold any student record because of nonpayment fees.

SCHOOL: PLEASE FAX OR MAIL ALL SCHOOL RECORDS TO SCHOOL CIRCLED BELOW. ADDRESS: PHONE/FAX

Table with 3 columns: School Name, Address, Phone/Fax. Rows include Blue Ridge, Brookwood, City Park, Dalton High School, Dalton Junior High, Hammond Creek Middle School, Park Creek, Roan School, The Dalton Academy, and Westwood.

I have received notice that the records indicated above have been requested or released and that the information regarding the suspension/expulsion and designated felony(act)s is correct.

Parent Signature

Date

NOTE: According to Final Regulations- Family Education Rights and Privacy Act(Buckley Amendments) dated June 17, 1976; it is no longer necessary to obtain written consent to release school records. It states that the school officials of other schools in school systems in which student may intend to enroll may receive student's record without written consent for such release.

