

# FLAGLER SCHOOLS

2022-2023

## Primer programa PK ESE/Preescolar voluntario (VPK)

### PAQUETE DE INSCRIPCIÓN

**Para registrarse en la VPK para, debe tener el Certificado de Elegibilidad (Certificate of Eligibility) de la Coalición de Aprendizaje Temprano (Early Learning Coalition) junto con este paquete informativo PK ESE jornada completa no necesitan su certificado.**



#### Escuelas de nivel primario

\_\_\_\_\_ Belle Terre Elementary School \_\_\_\_\_ VPK (1/2 día, M-F) \_\_\_\_\_ VPK + servicios complementarios  
\_\_\_\_\_ Bunnell Elementary School \_\_\_\_\_ VPK (1/2 día, M-F) \_\_\_\_\_ VPK + servicios complementarios  
\_\_\_\_\_ Old Kings Elementary School \_\_\_\_\_ VPK (1/2 día, M-F) \_\_\_\_\_ VPK + servicios complementarios  
\_\_\_\_\_ Rymfire Elementary School \_\_\_\_\_ VPK (1/2 día, M-F) \_\_\_\_\_ VPK + servicios complementarios  
\_\_\_\_\_ Wadsworth Elementary School \_\_\_\_\_ VPK (1/2 día, M-F) \_\_\_\_\_ VPK + servicios complementarios

<http://www.flaglerschools.com>

**NOTA: El padre/madre/tutor debe tener una identificación con fotografía/licencia de conducir actuales Y constancia de domicilio actual para el registro.**

**COMPLETE LOS PASOS UNO A OCHO Y PRESENTE LOS DOCUMENTOS  
ESPECIFICADOS EN EL MOMENTO DE LLEGAR  
EL INCUMPLIMIENTO DE ESTE REQUISITO DEMORARÁ  
LA PLANIFICACIÓN Y EL PROCESO DE INSCRIPCIÓN**

**REQUISITOS DE INSCRIPCIÓN**

Para inscribir a un(a) alumno(a) en las escuelas de Flagler, ya sea como estudiante de Prek-12, una transferencia de otro estado o de otro condado en Florida, existen ocho (8) **REQUISITOS**.

**Los primeros dos (2) requisitos detallados a continuación son EXIGIDOS POR LEY/LA POLÍTICA DE LA JUNTA ESCOLAR y deben ser presentados por USTED en el momento de la inscripción. Los estudiantes transferidos dentro del estado pueden recibir treinta (30) días según la parte B de la política 504 de la Junta Escolar, excepto para los estudiantes de jardín de infantes y séptimo grado.**

1. **FORMULARIO DE VACUNACIÓN 680 del DOH completo.** Florida exige que **todas las vacunas estén al día**, y esto se puede lograr a través de un médico privado, una clínica sin cita previa o el Departamento de Salud.

El Departamento de Salud ofrece **vacunas gratuitas a través de su clínica sin cita previa en el Departamento de Salud del Condado de Flagler (Flagler County Health Department), 301 Dr. Carter Blvd en Bunnell, 386-437-7350.** Es importante que los padres proporcionen registros de salud actualizados para que los funcionarios sepan qué vacunas ha recibido el/la alumno(a) y cuáles necesita.

2. **FORMULARIO DE ESTADO FÍSICO 3040 del DOH completo.** La clínica local o el médico de atención primaria del/de la alumno(a) pueden completarlo. **Si se transfiere a un/una alumno(a) desde un distrito escolar de Florida, se puede usar el FORMULARIO DE ESTADO FÍSICO utilizado para la inscripción en ese distrito de Florida. Si se transfiere a un/una alumno(a) desde OTRO ESTADO, la fecha del FORMULARIO DE ESTADO FÍSICO debe ser inferior a un año desde la fecha de inscripción. (Debe incluir exámenes auditivos y de la vista).**

3. **CERTIFICADO DE NACIMIENTO O CERTIFICADO DE BAUTISMO (u otra constancia de edad)**

4. **TARJETA DEL SEGURO SOCIAL – Opcional**

5. **CONSTANCIA DE RESIDENCIA actual – Copia de UNO de los siguientes documentos:**

- Contrato de arrendamiento firmado por uno de los padres y el arrendatario. Debe incluir firmas legibles y un número de teléfono del arrendatario que verificará el contrato. (Se puede solicitar documentación adicional).
- Contrato hipotecario con el nombre de uno de los padres.
- Factura actual de servicios públicos con la dirección correcta y el nombre de uno de los padres.
- Cambio militar permanent del orden de la estación.
- Declaración certificada por un notario con el nombre de uno de los padres y firmada *por las personas con las que viva* (esa persona tendrá que presentar constancia de residencia)

6. **DOCUMENTACIÓN DE TUTELA o CUSTODIA –** Si un(a) alumno(a) vive con una persona que no es su padre/madre/tutor legal, se **DEBE** proporcionar la documentación de tutela legal. Si existen requisitos de custodia específicos, se deben proporcionar los documentos oficiales. (**Nota: el padre/madre/tutor debe tener una identificación con foto**).

7. **CALIFICACIONES DE RETIRO o TRANSFERENCIA, FORMULARIOS DEL IEP** de la escuela anterior y cualquier registro que pueda ser útil para colocar al/a la alumno(a) en las clases adecuadas a fin de garantizar su promoción o graduación (según corresponda).

8. **PAQUETE DE INSCRIPCIÓN DEL DISTRITO COMPLETO.**

## FLAGLER SCHOOLS INFORMACIÓN DE INSCRIPCIÓN

APELLIDO DEL/DE LA ALUMNO(A)	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
OTROS NOMBRES USADOS (SI SON DIFERENTES DE LOS ANTERIORES)		N.º DE SEGURO SOCIAL DEL/DE LA ALUMNO(A) (OPCIONAL)	
FECHA DE NACIMIENTO	CIUDAD Y ESTADO O PAÍS DE NACIMIENTO		GRADO ACADÉMICO ACTUAL
DIRECCIÓN POSTAL	N.º DE DPTO.	TELÉFONO DE LA CASA	CORREO ELECTRÓNICO DEL PADRE/MADRE
DIRECCIÓN (SI ES DIFERENTE DE LA ANTERIOR)		CIUDAD	CÓDIGO POSTAL
IDIOMA PRINCIPAL DEL/DE LA ALUMNO(A)		FECHA DE INGRESO A EE. UU.	
		¿ASISTIÓ A UNA O MÁS ESCUELAS DE EE. UU. DURANTE UN TOTAL DE 4 AÑOS O MÁS? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	

**Responda la Pregunta 1 Y la Pregunta 2.**

**1. ¿Es de origen hispano o latino? (Marque solo una opción).**

No, no soy de origen hispano ni latino.

Sí, soy de origen hispano o latino (una persona de cultura u origen cubano, mexicano, puertorriqueño, sudamericano o centroamericano u otra cultura u origen español, independientemente de la raza).

**2. ¿Cuál es su raza? (Marque todas las opciones que correspondan).**

Indio americano o nativo de Alaska: una persona cuyo origen sea en cualquiera de los pueblos nativos de Norteamérica y Sudamérica (incluida Centroamérica) y que mantiene afiliación tribal o conexión con la comunidad.

Asiático: una persona cuyo origen sea en cualquiera de los pueblos nativos del Lejano Oriente, el Sudeste Asiático o el subcontinente indio, por ejemplo, Camboya, China, India, Japón, Corea, Malasia, Pakistán, Filipinas, Tailandia y Vietnam.

Negro o afroamericano: una persona cuyo origen sea en cualquiera de los grupos raciales negros de África. Se pueden usar términos como "haitiano" o "negro", además de "negro o afroamericano".

Nativo de Hawái u otras islas del Pacífico: una persona cuyo origen sea en cualquiera de los pueblos nativos de Hawái, Guam, Samoa u otras islas del Pacífico.

Blanco: una persona cuyo origen sea en cualquiera de los pueblos nativos de Europa, Oriente Medio o el Norte de África.

### INFORMACIÓN FAMILIAR

**EL/LA ALUMNO(A) VIVE CON**  AMBOS PADRES  SOLO CON LA MADRE  SOLO CON EL PADRE  OTRO NOMBRE \_\_\_\_\_

**L/LA ALUMNO(A) VIVE CON UNO DE LOS PADRES QUE ES:**

- Miembro en servicio activo de los servicios uniformados (incluidos los miembros de la Guardia Nacional y la Reserva) que se encuentra cumpliendo órdenes de servicio activo. **SÍ NO** (encierre una de las opciones en un círculo)
- Miembro o veterano de los servicios uniformados que tuvo una lesión grave y fue dado de baja por cuestiones médicas o que se retiró *en el último año*. **SÍ NO** (encierre una de las opciones en un círculo)

**UNO DE LOS PADRES DEL/DE LA ALUMNO(A) TIENE FUE:**

- Miembro de los servicios uniformados que murió mientras estaba en servicio activo, murió a causa de las lesiones sufridas durante el servicio activo o murió como resultado de las lesiones sufridas durante el servicio activo *en el último año*. **SÍ NO** (encierre una de las opciones en un círculo)

### INFORMACIÓN ADICIONAL PARA EL APOYO DEL/DE LA ALUMNO(A)

**El Estatuto 1006.07 de Florida exige que, en el momento de la inscripción, cada alumno(a) informe sobre las derivaciones a servicios de salud mental. Marque esta opción, si corresponde.**

Sí, el/la alumno(a) ha recibido servicios de salud mental anteriormente.

<b>MARQUE CUALQUIER CLASE ESPECIAL QUE SE APLIQUE A SU HIJO(A):</b>			
<input type="checkbox"/> ESE/IEP	<input type="checkbox"/> Pre K o VPK	<input type="checkbox"/> MTSS/RTI	<input type="checkbox"/> OTRA: _____
<input type="checkbox"/> PLAN 504	<input type="checkbox"/> ESOL	<input type="checkbox"/> LECTURA SEGÚN EL ARTÍCULO I (TITLE I)	<input type="checkbox"/> ¿SU HIJO(A) HA REPETIDO ALGÚN GRADO ALGUNA VEZ? SÍ ___ NO ___
<input type="checkbox"/> TALENTO EXCEPCIONAL	<input type="checkbox"/> ELL	<input type="checkbox"/> MATEMÁTICAS SEGÚN EL ARTÍCULO I	SI LA RESPUESTA ES SÍ, ¿QUÉ GRADO(S)? _____

**Flagler Schools**  
**ENCUESTA SOBRE LA LENGUA QUE SE HABLA EN CASA**

Alumno: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Nombre del padre/madre/tutor: \_\_\_\_\_

1. ¿Se utiliza otra lengua en el hogar que no sea inglés? Sí No

2. Su hijo(a), ¿tiene una primera lengua que no sea inglés? Sí No

3. Su hijo(a), ¿habla una lengua que no sea inglés con más frecuencia? Sí No

Si respondió "Sí" a cualquiera de las preguntas anteriores, ¿qué lengua? \_\_\_\_\_

4. ¿Cuál es la lengua que se habla con más frecuencia en el hogar? \_\_\_\_\_

5. ¿Cuál es el país de nacimiento de su hijo(a)? \_\_\_\_\_

6. ¿Cuál es el estado / la ciudad de nacimiento de su hijo(a)? \_\_\_\_\_

7. ¿Cuál es la fecha de ingreso de su hijo(a) a Estados Unidos? \_\_\_\_\_

8. ¿En qué fecha ingresó su hijo(a) por primera vez a una escuela en Estados Unidos? \_\_\_\_\_

9. Su hijo(a), ¿ha asistido a otra(s) escuela(s) en Estados Unidos? Sí No

Si respondió "Sí", ¿cuántos años asistió? \_\_\_\_\_

10. ¿Qué lengua aprendió su hijo(a) cuando comenzó a hablar? \_\_\_\_\_

11. ¿En qué lengua le habla con más frecuencia a su hijo(a)? (Padre) \_\_\_\_\_

(Madre) \_\_\_\_\_

12. Describa la lengua que su hijo(a) entiende (marque solo una opción).

- A.  Entiende solamente la lengua del hogar, y no inglés.
- B.  Entiende sobre todo la lengua del hogar y algo de inglés.
- C.  Entiende la lengua del hogar y el inglés por igual.
- D.  Entiende sobre todo inglés y algo de la lengua del hogar.
- E.  Entiende solamente inglés.

13. Si fuera posible, ¿en qué lengua le gustaría recibir notificaciones de la escuela? \_\_\_\_\_

Firma del padre/madre/tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**OFFICE USE ONLY**

Student ID #	Date Distributed	Date Received		

**FLAGLER SCHOOLS**  
**INFORMACIÓN DE EMERGENCIA**

<b>Año escolar</b> _____
-----------------------------

**Nombre del/de la alumno(a)** \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Masculino \_\_\_\_\_ Femenino \_\_\_\_\_

Teléfono de la casa \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_ Maestro \_\_\_\_\_

**Familiar n.º 1:**  
 Nombre del padre/tutor: \_\_\_\_\_ Teléfono celular \_\_\_\_\_  
 Nombre de la madre/del tutor: \_\_\_\_\_ Teléfono diurno \_\_\_\_\_  
 Teléfono celular \_\_\_\_\_  
 Teléfono diurno \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico del padre/madre/tutor: \_\_\_\_\_

Dirección de residencia: \_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_

**Familiar n.º 2:**  
 Nombre del padre/tutor: \_\_\_\_\_ Teléfono celular \_\_\_\_\_  
 Nombre de la madre/del tutor: \_\_\_\_\_ Teléfono diurno \_\_\_\_\_  
 Teléfono celular \_\_\_\_\_  
 Teléfono diurno \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico del padre/madre/tutor: \_\_\_\_\_

Dirección de residencia: \_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_

**Cuestiones de custodia:** es responsabilidad de los padres notificar a la escuela sobre cualquier disposición de custodia especial y cualquier cambio que se produzca en la información incluida en este formulario. La documentación sobre la custodia debe estar archivada en la escuela. Marque el recuadro correspondiente si la documentación está archivada en la escuela.

Aquellas personas que no sean el padre/madre/tutor que puedan retirar al/a la alumno(a) de la escuela o que cuidarán del/de la alumno(a) en caso de que no nos podamos comunicar con el padre/madre. **SOLO los padres/tutores y estas personas pueden retirar al/a la alumno(a) de la escuela con una identificación.**

Nombre _____	Número de teléfono _____	Relación _____
Nombre _____	Número de teléfono _____	Relación _____
Nombre _____	Número de teléfono _____	Relación _____

¿El/la alumno(a) tiene alergias? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ ¿A qué es alérgico(a) el/la alumno(a)? \_\_\_\_\_

¿El/la alumno(a) usa anteojos o lentes de contacto? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ ¿Usa audífonos? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Nombre del médico \_\_\_\_\_ N.º de teléfono del médico \_\_\_\_\_

Brinde información sobre cualquier otro problema de salud que el/la alumno(a) pueda tener y una lista de los medicamentos al personal de enfermería de la escuela.

<b>Detalle los hermanos inscritos en escuelas de Flagler:</b>		
Nombre (nombre y apellido)	Escuela	Grado
Nombre (nombre y apellido)	Escuela	Grado
Nombre (nombre y apellido)	Escuela	Grado

Nombre del padre/madre (letra de imprenta) \_\_\_\_\_

Firma del padre/madre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

# Flagler Schools

## Cuestionario sobre elegir no revelar la información

Nombre de la escuela \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre del/de la alumno(a) \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

La ley pública federal 107-110, sección 9528 de la Ley de Educación Primaria y Secundaria (Elementary and Secondary Education Act (ESEA)), la Ley “Que ningún niño se quede atrás” (No Child Left Behind Act), exige que los distritos escolares revelen nombres, direcciones y números de teléfono de los alumnos a determinados organismos y entidades, previa solicitud. La ley también exige que el distrito escolar le notifique su derecho a no participar de esto solicitando que el distrito no revele su información. Completar y devolver este formulario representa su solicitud de mantener su información privada.

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

La información del/de la alumno(a) podrá ser revelada a las fuerzas armadas, los reclutadores militares o las escuelas militares. (Milicia)

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

La información del/de la alumno(a) podrá ser revelada a universidades u otras instituciones de educación superior. (Ed. superior)

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

La información del/de la alumno(a) podrá ser revelada a periódicos y otros medios. (Público)

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

El distrito podrá usar la información del/de la alumno(a) para el anuario, fotografías e información deportiva (como programas o artículos). (Local)

**Comprendo que esto tendrá vigencia hasta que revoque esta opción notificando por escrito sobre mi decisión a Flagler Schools. Enviar aviso al encargado de la escuela.**

Firma del/de la alumno(a) \_\_\_\_\_

Firma de padre/madre/tutor si el/la alumno(a) es menor de 18 años \_\_\_\_\_

# Información de Residencia del Alumno

Esta encuesta tiene la intención de atender los requerimientos de la ley “Ningún Niño Se Quedará Rezagado”: Título X/ Parte C, y Título I/Parte C. Las respuestas a las preguntas que se presentan a continuación nos ayudarán a determinar si su hijo puede calificar para servicios adicionales de apoyo a la educación. **POR FAVOR ESCRIBA CLARAMENTE EN LETRA DE MOLDE, LLENE UN FORMULARIO POR FAMILIA.**

¿Cuántos niños/jóvenes más hay en su casa (aunque no estén inscritos en la escuela)? \_\_\_\_\_

Nombres de los Alumnos Inscritos en (PK – 12° grado) o Escuela para Adultos (Si es necesario, use una hoja de papel adicional.)

1. Nombre del Alumno Inscrito en la Escuela:

Nombre	MI	Apellido	_/_/_	Fecha nacimiento	Grado	Escuela
--------	----	----------	-------	------------------	-------	---------

2. Nombres de otros niños/jóvenes en su casa (aunque no estén inscritos en la escuela):

Nombre	MI	Apellido	_/_/_	Fecha nacimiento	Grado	Escuela
--------	----	----------	-------	------------------	-------	---------

Nombre	MI	Apellido	_/_/_	Fecha nacimiento	Grado	Escuela
--------	----	----------	-------	------------------	-------	---------

Nombre del Padre o Tutor (letra de molde): \_\_\_\_\_

Calle (Ubicación de la casa): \_\_\_\_\_

Dirección Postal: \_\_\_\_\_

Calle	Ciudad	Estado	Zip
-------	--------	--------	-----

Teléfono: \_\_\_\_\_ Tel. celular: \_\_\_\_\_ Tel. trabajo: \_\_\_\_\_

Tiempo viviendo en esta dirección: \_\_\_\_\_ Dirección anterior: \_\_\_\_\_

Firma del padre o tutor: \_\_\_\_\_

**Ponga una “X” en la columna que corresponda para contestar “Sí” o “No.”**

PREGUNTA	SI	NO	CÓDIGO
1. Mi familia vive en un albergue de emergencia o transición o en un tráiler FEMA.			A
2. Mi familia está compartiendo la casa de otras personas porque perdimos nuestra casa, por dificultades económicas o por razones similares; vivimos en un espacio diseñado para la mitad de personas.			B
3. Mi familia está viviendo en un automóvil, parque, parque temporal de tráilers o campamento debido a la falta de otra alternativa adecuada de alojamiento, espacio público, edificio abandonado, albergue de bajo nivel, estación de autobuses o trenes, espacio público o privado no designado para o usado generalmente como un lugar para dormir para seres humanos o entornos similares.			D
4. Mi familia vive en un hotel o motel.			E
6. Un niño/joven en mi casa es un joven no acompañado (joven que no está en custodia física de un padre o tutor).			Sí o No

*Si respondió “sí” a alguna o todas las preguntas anteriores, un representante educacional podría contactarlo para averiguar si su hijo es elegible para servicios educativos adicionales.*

	SI	NO
1. ¿Se ha mudado a una nueva ciudad para encontrar trabajo en los últimos 3 años?		
2. ¿Encontró trabajo en pesca o agricultura (por ejemplo, labor en el campo, fábrica de conservas, trabajo con maderas, trabajo en lecherías)?		
3. ¿Es el trabajo en pesca o agricultura una fuente importante de ingresos en su familia?		

**\*Si respondió “sí” a cualquiera de las preguntas anteriores, por favor indique la causa poniendo una “X” en el cuadro que corresponda.**

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Exclusión Hipotecaria (M)  | <input type="checkbox"/> Desastre Natural-Inundación (F)                 | <input type="checkbox"/> Desastre Natural-Huracán (H)          |
| <input type="checkbox"/> Desastre Natural –Tormenta Tropical (S)  | <input type="checkbox"/> Desastre Natural-Tornado (T)                    | <input type="checkbox"/> Desastre Natural-Fuego o Incendio (W) |
| <input type="checkbox"/> Desastre Natural-Terremoto (E)   | <input type="checkbox"/> Desastre Causado por el Hombre (Importante) (D) |  |
| <input type="checkbox"/> Otro – es decir, falta de vivienda costeable, pobreza a largo plazo, desempleo o subempleo, falta de atención médica costeable, enfermedad mental, violencia doméstica, desalojamiento forzado, etc. (O) |  |  |

## Formulario de autorización del cuidador de Flagler Escuelas

Este formulario es necesario solo si el estudiante reside con alguien que no sea el padre o tutor por orden judicial.

**Este formulario está destinado a abordar la Sección 724 (g) de la Ley McKinney-Vento de Educación para Desamparados de 2001 (MVA) de la Ley McKinney-Vento, según enmendada por la ESSA (Pub. L. 114-95), el requisito de que los niños sin hogar tengan acceso a la educación y otros servicios. La MVA establece específicamente que se deben eliminar las barreras a la inscripción. En algunos casos, un estudiante puede ser considerado sin hogar si no reside con su padre o tutor; sin embargo, este hecho no anula el derecho del estudiante a recibir una educación pública apropiada y gratuita. Este formulario autoriza a un adulto (no padre / tutor) para servir como contacto adulto para un joven sin hogar. Esto cubre la inscripción, la asistencia y el contacto de emergencia médica.**

Instrucciones: Complete este formulario para un estudiante que se presente para la inscripción mientras no está bajo custodia física de un padre o tutor.

- Para autorizar la inscripción en la escuela de un menor, complete los puntos 1 al 4 y firme el formulario.
- Para autorizar la inscripción y la atención médica relacionada con la escuela, complete todos los elementos y firme el formulario.

**Tengo 18 años de edad o más y he aceptado desempeñar el papel de cuidador del estudiante nombrado a continuación que vive en mi hogar,**

**Estudiante:**

1. Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_
2. Fecha de nacimiento del estudiante: \_\_\_\_\_
3. La escuela: \_\_\_\_\_

### **Cuidador:**

4. Nombre del cuidador (adulto dando autorización): \_\_\_\_\_
5. Fecha de nacimiento del cuidador: \_\_\_\_\_ El número telefónico: \_\_\_\_\_
6. Licencia de conducir o número de tarjeta de identificación: \_\_\_\_\_
7. Dirección de casa: \_\_\_\_\_ La ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_  
El código de zip: \_\_\_\_\_
8. Marque uno o ambos (por ejemplo, si se avisó a uno de los padres y no se pudo localizar al otro):  
\_\_\_\_\_ He informado a los padres u otra persona que tenga la custodia legal del menor sobre mi intención de autorizar la atención médica y no he recibido ninguna objeción.  
\_\_\_\_\_ No puedo comunicarme con los padres o tutores legales en este momento para notificarles de mi autorización prevista.
9. Declaro bajo pena de perjurio bajo la ley de Florida que la información anterior es verdadera y correcta.
10. Firma del cuidador: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



## Derechos Del Cuidador

- El distrito debe designar al enlace de educación para personas sin hogar. Asegúrese de que cada registrador de la escuela sepa quién es esta persona para que puedan trabajar con el estudiante. El enlace será:
  - Ayudar al estudiante a elegir e inscribirse en una escuela.
  - Ayudar con el transporte
  - Ayudar a garantizar que los estudiantes reciban servicios como los programas Head Start; referencias a servicios de salud, odontología, salud mental y abuso de sustancias, servicios de vivienda y otros servicios apropiados
  - Proporcionar una lista de proveedores de servicios legales y de defensa en el área que pueden brindar asistencia adicional durante cualquier parte del proceso.
  - Determinar si se necesita un padre sustituto educativo
  
- Responsabilidades de la escuela de inscripción:
  - Debe comunicarse de inmediato con la última escuela a la que asistió el estudiante sin hogar para obtener registros académicos o de otro tipo relevantes y debe proporcionar el crédito apropiado por el trabajo de curso completo o parcial completado satisfactoriamente.
  - El estudiante que necesite vacunas u otros registros de salud, debe referir inmediatamente al padre, tutor o joven no acompañado al enlace que ayudará a obtener las vacunas, exámenes u otros registros de salud requeridos.
  - Los registros deben mantenerse y mantenerse para que estén disponibles de manera oportuna si el estudiante ingresa a una nueva escuela o distrito.
  - Pídale al cuidador que complete un formulario de autorización de cuidador: este formulario autoriza al cuidador a:
    - Matricular al estudiante sin hogar
    - Servir como contacto adulto para el estudiante sin hogar.
    - Ser notificado de asistencia
    - Servir como contacto de emergencia médica.
  
- El formulario de autorización del cuidador no
  - Permitir que el cuidador tome decisiones educativas por el estudiante.
  - Permitir que el cuidador tenga acceso a las calificaciones de los estudiantes, la disciplina u otros problemas que puedan requerir un padre sustituto educativo o el nombramiento de un tutor ad litem.

Flagler Schools Migrant Department

**School Occupational Survey *Encuesta Ocupacional***

School / *Escuela*: \_\_\_\_\_

Child Name / *Nombre del Estudiante*: \_\_\_\_\_

Parent Name / *Nombre del Padre/Madre*: \_\_\_\_\_

Present Occupation / *Ocupacion del Padre/Madre*: \_\_\_\_\_

Phone Number / *Numero de Telefono*: \_\_\_\_\_

Address / *Dirección*: \_\_\_\_\_

English	Español
<p>Title I, Part C Migrant Education Program</p>	<p>Título I, Parte C Programa de Educacion Para Migrantes</p>
<p>We are interested in providing help to children and families who have had to move from one school district to another so a member of the family could work/seek work in certain kinds of jobs. Please assist us in finding these families by answering the following questions:</p>	<p>Este distrito escolar está interesado en ayudar a estudiantes cuyas familias se hayan mudado de un distrito escolar a otro para que alg ú n miembro de la familia trabaje o busque trabajo. Por favor ayúdenos a identiftcar a estas familias contestando las siguientes preguntas :</p>
<p>1. Have you or anyone in your family worked or looked for work outside your hometown, (even for short periods), during the last 6 years in one of the following occupations?</p> <p>Yes No</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Farming (plowing, planting, cultivating, harvesting and processing of farm crops)</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dairy work (feeding, milking, and rounding up)</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Poultry or egg work</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Planting pine trees/pine bailing</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nursery work, planting, potting, pruning</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Commercial fishing (fresh/saltwater, crabbing, shrimping, clamming, etc.)</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Processing fish products</p>	<p>1. Usted o algún miembro de su familia ha ido a trabajar o buscar trabajo, fuera del lugar donde vive, durante los últimos 6 años en alguna de las siguientes ocupaciones? ( aunque sea por corto tiempo.)</p> <p>Si No</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Agricultura (arar, sembrar, cultivar, cosechar y procesar productos agricolas)</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ganaderia (vaquería o lechería)</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Avicultura (trabajar con aves y huevos)</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sembrar pino y/ ó hacer pacas de pino</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Viveros (sembrando y atendiendo plantas)</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pesca comercial (agua dulce y/o salada, cangrejos y/o camarones, etc.)</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Procesar y transportar productos de pesca o de viveros</p>
<p>2. Do you have children under the age of 22?</p>	<p>2. Tiene usted hijos menores de 22 años?</p>
<p>3. Are you or your spouse under the age of 22?</p>	<p>3. Usted o alguien en su hogar es menor de 22 años?</p>

\_\_\_\_\_  
*Parent Signature / Firma de padre/madre*

\_\_\_\_\_  
*Date / Fecha*

**Fax form to:** Victoria Gómez de la Torre, Supervisor  
 Title I, Part C - Migrant Education Program  
 Office: (352) 955-6855 ext. 6361 Fax: (352) 955-7130  
 Revised Date: 12/12/17

**FLAGLER SCHOOLS**  
**CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES PARA CONTROLES DE SALUD**  
**E INFORMACIÓN MÉDICA IMPORTANTE**

Apellido del/de la alumno(a):	Primer nombre:	Segundo nombre:
Escuela:	Edad:	Grado:

**Para su conveniencia, tenemos a disposición personal de enfermería de tiempo completo durante los días escolares.** Se espera que los padres retiren a sus hijos **en el plazo de 1 hora** si el personal de enfermería indica tal necesidad, y todos los alumnos que se enfermen en la escuela **deben** ser retirados en la oficina del personal de enfermería. Los alumnos que tengan fiebre, diarrea o vómitos no deben asistir a la escuela. El/la alumno(a) **no** debe tener fiebre, vómitos ni diarrea durante **24 horas** antes de volver a la escuela.

La política de la Junta Escolar de Flagler prohíbe que los alumnos lleven medicamentos a la escuela, desde la escuela o que los tengan durante el horario escolar. Esta política incluye caramelos para la tos, protector solar, gotas para los ojos, pastillas, cremas para la piel y medicamentos con y sin receta médica.\* Por lo tanto, el padre/madre/tutor debe llevar todos los medicamentos a la escuela, acompañados de la documentación adecuada del médico. No se pueden administrar los medicamentos que un/a alumno(a) lleve a la escuela. No podemos devolverle al/a la alumno(a) los medicamentos para que los lleve a casa. Se confiscarán y eliminarán los medicamentos no autorizados. Cada medicamento debe estar en su envase original y debe coincidir exactamente con la indicación del médico.

\*\* El/la alumno(a) puede tener autoinyectores de epinefrina, inhaladores con receta, medicamentos y suministros para la diabetes, y enzimas pancreáticas, si tiene una autorización por escrito del padre/madre y del médico. El padre/madre/tutor debe completar la documentación adecuada que solicite el personal de enfermería de la escuela ANTES de que el/la alumno(a) pueda llevar estos elementos.

Cualquier alumno(a) que sea enviado(a) a casa por tener piojos/liendres no puede volver a la escuela hasta que el personal de enfermería lo haya revisado y autorizado. El/la alumno(a) no podrá ir en autobús, asistir al horario extendido ni a las actividades escolares hasta que haya recibido la autorización.

\_\_\_\_\_ Iniciales del padre/madre

**Suministro de medicamentos sin receta médica por parte del personal de salud de la escuela en las escuelas de Flagler**

Bajo la supervisión del director médico del FCSB y la aprobación del superintendente y la FCSB, el personal de enfermería de la escuela de su hijo(a) puede proporcionarle **tratamiento adicional de primeros auxilios** con su permiso. Ningún(a) alumno(a) debe recibir ningún **medicamento** sin una autorización firmada por el padre/madre/tutor. Los siguientes tratamientos de primeros auxilios sin receta médica han sido aprobados para su uso en las escuelas de Flagler con el permiso de los padres. Marque aquellos tratamientos que usted no autoriza para su hijo(a).

- **Atención en caso de heridas leves** (cortes, rasguños y abrasiones) – Vaselina/alcohol/ungüento con triple antibiótico/bacitracina
- **Irritación leve de los ojos** – Solución ocular estéril
- **Mordidas y picaduras leves** – Protector para el alivio de picaduras/loción con calamina/crema con hidrocortisona al 1 %
- **Dolores estomacales e indigestiones leves** – Ginger Ale

**Solicito que los productos anteriores estén a disposición de mi hijo(a) según sea necesario. Mi hijo(a) no tiene alergias conocidas a los productos anteriores.** \_\_\_\_\_ Iniciales del padre/madre

Autorizo a que mi hijo(a) participe en el programa de servicios de salud de la escuela. Esto significa que mi hijo(a) recibirá controles de salud en la escuela que, según los estatutos actuales de Florida, pueden incluir los siguientes:

- |  |  |
|--|--|
| 1. Examen de la vista  | Obligatorio para jardín de infantes, 1.º, 3.º y 6.º grado, y para todos los alumnos nuevos desde jardín de infantes hasta 6.º grado. |
| 2. Examen auditivo   | Obligatorio para jardín de infantes, 1.º y 6.º grado, y para todos los alumnos nuevos de jardín de infantes a 6.º grado.             |
| 3. Altura y peso   | Obligatorio para 1.º, 3.º, 6.º y 9.º grado.  |
| 4. Escoliosis  | Obligatorio para 6.º grado.  |
| 5. Exámenes de salud específicos, que incluyen desde preescolar hasta 12.º grado a pedido o según sea necesario. |  |

\_\_\_\_\_ Iniciales del padre/madre

**Este permiso médico tiene vigencia, a menos que sea revocado por escrito ante el personal de enfermera de la escuela de mi hijo(a).**

Nombre del padre/madre (letra de imprenta) \_\_\_\_\_

Firma del padre/madre \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

**FLAGLER SCHOOLS**  
**Permiso y autorización médica mientras**  
**el alumno está en la escuela y para excursiones**

(Imprenta) Apellido del/de la alumno(a): \_\_\_\_\_ Primer nombre: \_\_\_\_\_ Segundo nombre: \_\_\_\_\_

En caso de accidente o lesión grave, la escuela se pondrá en contacto con el padre/madre/tutor. Si la escuela no puede comunicarse con el padre/madre/tutor, la escuela se pondrá en contacto con el médico o dentista y seguirá sus indicaciones según se menciona en el formulario de información de emergencia del alumno. Si la escuela no puede comunicarse con este médico o dentista, la escuela puede hacer lo que sea necesario para brindar atención y tratamiento al alumno. Si no es posible comunicarse con las personas del formulario de información de emergencia, el personal de la escuela tiene permiso para trasladar a mi hijo(a) a la sala de emergencias más cercana.

Como padre/madre/tutor, reconozco mi responsabilidad de informar a la escuela por escrito sobre cualquier cambio de médico o dentista de mi hijo(a) y cualquier modificación de una afección médica. En caso de accidente o enfermedad en que mi hijo(a) no necesite tratamiento inmediato, pero no pueda quedarse en la escuela, la escuela me contactará para coordinar el transporte de mi hijo(a). Si la escuela no puede ponerse en contacto conmigo, la escuela contactará a una de las personas indicadas en el formulario de información de emergencia para que cuiden a mi hijo(a) hasta que se puedan comunicar conmigo.

Doy permiso para que traten a mi hijo(a) en caso de una emergencia médica que ocurra a la ida o vuelta de una excursión o durante esta si dicho tratamiento médico se considera lo mejor para él/ella. Entiendo que, por cada excursión planificada, me enviarán un formulario de permiso para informarme sobre la actividad específica para que la autorice.

***SU FIRMA DEBE ESTAR CERTIFICADA POR UN NOTARIO Q SER PRESENCIADA POR DOS PERSONAS.***

Nombre del padre/madre/tutor en imprenta \_\_\_\_\_

Firma del padre/madre/tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

***DOS TESTIGOS NO RELACIONADOS CON EL ALUMNO***

Nombre: \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_

***O NOTARIO (Nota: Las escuelas tienen notarios).***

Jurado y suscrito ante mí el \_\_\_\_\_ día \_\_\_\_\_

Tipos de identificación \_\_\_\_\_

Firma del notario \_\_\_\_\_

Nombre del notario \_\_\_\_\_ (sello del notario público)

**\*\* Esta autorización es válida para todos los años de inscripción en Flagler Schools.**

**Puedo anular esta autorización en cualquier momento con una solicitud por escrito certificada por un notario dirigida al personal de enfermería de la escuela de mi hijo(a). \*\***