Spanish

Iniciativa Preescolar de Virginia (VPI)

Estudiantes de 4 años de edad

Inscripciones para el Año Escolar de 2023 comienzan el 20 de abril de 2022

Aspectos resaltantes del programa

La Iniciativa Preescolar de Virginia (VPI, por sus siglas en inglés) es un programa preescolar gratuito de día completo que se ofrece a los niños que tienen cuatro años antes del 30 de septiembre y cumplen con los requisitos de elegibilidad.

- La asignación de la escuela se basa en la ubicación geográfica de la escuela de servicios más cercana. Los programas se ofrecen en:

  - **Centro de Primera Infancia ubicado en John Adams Elementary School, de 8:15 a.m. a 2:50 p.m.**
  - **William Ramsay Elementary School, de 8:00 a.m. a 2:35 p.m.**
  - **Jefferson-Houston School, de 8:00 a.m. a 2:35 p.m.**

- Cada clase la imparte un maestro con licencia
- Desayuno, almuerzo y merienda disponibles
- El autobús DASH es gratuito y está disponible para que los padres y tutores legales transporten a sus hijos

Requisitos de elegibilidad

- **Edad:**
  - Su hijo debe tener cuatro años de edad antes del 30 de septiembre (nacido entre el 1° de octubre de 2017 y el 30 de septiembre de 2018)
- **Residencia:**
  - Su hijo debe vivir en la Ciudad de Alexandria. Verifique su dirección utilizando el Buscador de Zona: https://croppermap.com/alexandria
- **Ingresos:**
  - La familia del niño debe cumplir con las guías de elegibilidad de ingresos brutos anuales de pobreza del gobierno federal de EE. UU.: https://www.acps.k12.va.us/Page/3073

Lo que necesita para la inscripción: :

- ☑ Llene los formularios de inscripción: del año escolar 2023 disponibles en línea: https://www.acps.k12.va.us/Page/3073
- ☑ Revise la lista de verificación de inscripción de VPI y reúna TODOS los documentos, incluidos:
  - ☑ Partida de nacimiento original del niño e identificación original del padre, madre o tutor legal
  - ☑ Tres (3) pruebas recientes de residencia, como se indica en el formulario de inscripción
  - ☑ Comprobante de ingresos familiares reciente
  - ☑ Documentos médicos completos:
    - ☑ Informe de examen físico
    - ☑ Registro de vacunas
    - ☑ La prueba de detección de TB debe mostrar un riesgo negativo o nulo

☑ Visita https://www.acps.k12.va.us/Page/3073 para obtener la lista completa de verificación de inscripción de la VPI

La inscripción es solo por cita:

Programe su cita por teléfono: https://acpsvpi.setmore.com

Llame al: 703-619-8026 y deje un breve mensaje

Correo electrónico: vpiearlychildhood@acps.k12.va.us

Play, Learn and Grow
Early Childhood Programs
Alexandria City Public Schools

ACPS
Alexandria City Public Schools

Iniciativa Preescolar de Virginia (VPI)
Lista de Verificación para la Inscripción de Prekindergarten
Año Escolar 2022-2023

Inscripción: Lunes a viernes, de 9:00 a.m. a 1:00 p.m. **Lugar: Oficina Central de ACPS, 1340 Braddock Place 4º piso, Alexandria, VA 22314** **La inscripción es solo por cita** **El padre, madre o tutor legal debe programar una cita de evaluación telefónica en: https://acpsvpi.setmore.com**	
20 de abril de 2022	Comienza la Inscripción
20 de abril al 3 de junio de 2022	1ª consideración prioritaria
6 de junio al 29 de julio de 2022	2ª consideración prioritaria
24 de agosto de 2022	Primer Día de Preescolar para alumnos de VPI
29 de julio de 2022 a marzo de 2023	Las familias que completen la inscripción serán colocadas en una lista de espera hasta que haya espacio disponible.

Deben proporcionarse TODOS los siguientes documentos durante el proceso de inscripción.

Formularios de inscripción:

- ☐ Encuesta del idioma del hogar
- ☐ Formulario de inscripción estudiantil
- ☐ Formulario de información de salud del alumno

Identificación:

- ☐ Partida de nacimiento original (o partida certificada de nacimiento) **Elegibilidad de fecha de nacimiento: 1° de octubre de 2017 a 30 de septiembre de 2018**
- ☐ Identificación original del padre, madre o tutor legal (Prueba de que el adulto que inscribe al niño es el padre, madre o tutor legal). El nombre en la partida o certificado de nacimiento debe coincidir con el documento de identidad con foto del padre, madre o tutor legal, o los documentos judiciales de la custodia legal.

Documentos médicos:

- ☐ **Formulario de salud para ingresar a las escuelas de Virginia**
  - **Informe de examen físico**
    La ley del estado (Ref. Código de Virginia § 22.1-270) exige que su hijo tenga un examen físico completo en los Estados Unidos antes de ingresar al preescolar en una escuela primaria pública. El examen físico debe estar fechado dentro de un año antes de la fecha del ingreso al preescolar.
  - **Evaluación negativa de riesgo de tuberculosis, prueba cutánea de tuberculina PPD o radiografía de tórax negativa, completada en los Estados Unidos**. Administrada en los 12 meses anteriores al primer día de clases del niño.
  - **Registros de vacunas (documentando el mes, día y año en que se administró cada una)**
    - **HEPATITIS B**
      Se requiere una serie completa de tres (3) dosis de la vacuna contra la hepatitis B para todos los niños.
    - **Difteria, tétanos, tos ferina (Dtap, DTP o Tdap)**
      Un mínimo de cuatro dosis, con una dosis administrada en o después del cuarto cumpleaños.
    - **POLIO (OPV o IPV)**
      Un mínimo de tres (3) dosis, con una dosis administrada en o después del cuarto cumpleaños.
    - **Sarampión, paperas y rubéola (MMR)**
      Todos los niños deben tener al menos una (1) dosis contra el sarampión, dos dosis contra las paperas y una dosis de rubéola antes del kínder. La primera dosis debe administrarse a los 12 meses de edad o más.
    - **Varicela (Chicken Pox)**
      Todos los niños deben tener dos dosis de varicela o documentación médica de haber tenido la enfermedad de la varicela.
    - **Haemophilus Influenzae (Hib)**
      Esta vacuna es necesaria ÚNICAMENTE para niños de hasta 60 meses de edad. Una serie primaria consta de 2 o 3 dosis (según el fabricante). Los niños no vacunados entre las edades de 15 y 60 meses solo deben recibir una dosis de la vacuna.
    - **Vacuna antineumocócica (PCV)**
      Esta vacuna se requiere SOLO para niños menores de 60 meses. Se requiere de una a cuatro dosis, dependiendo de la edad de la primera dosis de la vacuna antineumocócica conjugada.

IMPORTANTE SI LAS VACUNAS SON DEFICIENTES: Si se acaban de poner nuevas vacunas, **un proveedor de salud con licencia debe indicar por escrito la fecha de la próxima visita para vacunas adicionales.** Además, se debe seguir el espaciamiento adecuado de las dosis. Cuando se reciban vacunas adicionales, se debe proporcionar documentación por escrito a la enfermera de la escuela. Los alumnos que no cumplan con la inmunización completa antes de la fecha asignada serán excluidos de la escuela.

****Ver el reverso****

(Actualizado el 3 de enero de 2022)

Iniciativa Preescolar de Virginia (VPI)
Lista de Verificación para la Inscripción de Prekindergarten
Año Escolar 2022-2023

Verificación de ingresos

Por favor proporcione los siguientes documentos recientes (seleccione todos los que correspondan):

- Formulario 1040 del Impuesto sobre la Renta
- W-2
- 2 talonarios de pago recientes (de los últimos 30 días)
- Compensaciones laborales y por desempleo
- Ingreso suplementario de seguridad (SSI)
- Asistencia temporal para familias necesitadas (TANF)
- Programa de Asistencia Nutricional Complementaria (SNAP)
- Carta de Medicaid
- Formulario de verificación de ingresos notariado
- Formulario de verificación de desempleo
- Ingresos por asistencia educativa
- Pensión alimenticia y manutención infantil
- Ingresos patrimoniales y fiduciarios
- Alquileres y regalías
- Ingresos de pensión o jubilación
- Pago de beneficios para veteranos
- Reembolso por cuidado de crianza temporal
- Asistencia financiera de fuera del hogar

Verificación de residencia El adulto que inscribe debe proporcionar los siguientes tres (3) documentos: Todos los documentos deben ser la copia original (vigente dentro de los últimos 60 días) y mostrar claramente el nombre del padre, madre o tutor legal y la dirección en la Ciudad de Alexandria.

Categoría A - un (1) documento:

- **Acuerdo completo de alquiler o renta** El contrato de arrendamiento original debe estar vigente (no vencido) e indicar las fechas, los nombres y la dirección de la propiedad del padre, madre o tutor legal que inscribe al alumno. Si el contrato de arrendamiento es un acuerdo generado de forma privada con el arrendador, el contrato de arrendamiento debe ser notariado.
  - Si su contrato de arrendamiento venció y no se puede renovar, DEBE enviar AMBOS, el contrato de arrendamiento vencido completo Y una carta reciente (dentro de los 60 días) firmada por su oficina de arrendamiento que *indique que su contrato de arrendamiento ahora es mensual.* La carta debe estar firmada en papel con membrete de la empresa o notariada, incluida la fecha, el nombre del padre, madre o tutor legal y la dirección.
- **Hipoteca:** El residente puede presentar una factura hipotecaria preparada por el prestamista (que incluya la fecha, la dirección de Alexandria y el nombre del prestamista) dentro de los 60 días posteriores al registro o el contrato hipotecario inicial con la copia actual del impuesto sobre la propiedad del propietario.
- **Título:** El título de propiedad debe ser acompañado por una copia del impuesto sobre la propiedad del propietario.
- **Residentes de viviendas compartidas:** Si el padre , madre o tutor legal vive en una vivienda compartida, se requerirá un formulario A/B de verificación de residencia notariado, con una copia de la hipoteca del propietario, el título o una copia del contrato de arrendamiento con el que viven el estudiante y el padre. Además, se le pedirá que proporcione dos documentos de respaldo (a nombre del padre, madre o tutor legal) como se indica anteriormente. Se puede realizar una visita domiciliaria, en casos de residencia cuestionable.

Categoría B - dos (2) documentos de respaldo:

- Factura de servicios (agua, gas, electricidad, internet, cable o factura de teléfono fijo). La factura debe estar fechada dentro de los últimos 30 días. Si todos los servicios públicos están cubiertos en su contrato de arrendamiento y no tiene ninguna otra factura, proporcione una carta del administrador de su propiedad con el membrete de la empresa que indique que el agua, el gas, el alcantarillado y la electricidad están incluidos en el alquiler mensual.
- Carta enviada por correo de una agencia gubernamental (SNAP, TANIF, HUD, ARHA, IRS, etc.)
- Recibo de pago actual (indicando la dirección de Alexandria y la retención de impuestos de Virginia)
- 2 extractos bancarios consecutivos enviados por correo a la dirección de la Ciudad de Alexandria
- Declaración de impuestos sobre la renta federal o estatal más reciente, que indique la dirección de la Ciudad de Alexandria
- Póliza de seguro actual del propietario o inquilino que indique la dirección de la Ciudad de Alexandria
- La familia es nueva (menos de 30 días) en la Ciudad de Alexandria. Vence 30 días después de la inscripción

Categoría C:

- Carencia de vivienda
- DSS/Servicios de Adopción Temporal

Ver el reverso
(Página 2 de 2)

Escanee este código QR con la cámara de su teléfono para ver el sitio web de VPI para más información y programar su cita.

Office of English Learner Services
1340 Braddock Place
Alexandria, VA 22314
Telephone: 703-619-8022
E-mail: ELOffice@acps.k12.va.us

Home Language Survey

Parent/Guardian: Federal regulations require school systems to survey all enrolling students regarding the students' home language and any other languages the students may speak. Based on the information provided below, the student may be assessed for English proficiency as required by federal regulations. Based on the results of the assessment, the student may be eligible for supplemental instruction through the English Learner (EL) program. Parents/guardians will be informed about the assessment results and if the student is eligible for supplemental services, the parents will have the opportunity to accept or refuse the supplemental EL services.

Padre, madre o tutor legal: Las leyes federales requieren que los sistemas escolares encuesten al inscribirse a todos los alumnos sobre el idioma que se habla en el hogar y sobre cualquier otro idioma que puedan hablar los alumnos. Con base en la información proporcionada a continuación, el alumno pudiera ser evaluado para determinar su competencia en el idioma inglés tal como lo exigen las normas federales. Con base en los resultados de la evaluación, el alumno pudiera ser elegible para recibir instrucción suplementaria mediante el programa de Aprendizaje del Idioma Inglés (EL). Se informará a los padres o tutores legales sobre los resultados de la evaluación y si el alumno es elegible para recibir servicios suplementarios, los padres tendrán la oportunidad de aceptar o rechazar los servicios suplementarios de EL.

ወላጅ/ አሳዳጊ፤ አዲስ የሚመዘገቡ ተማሪዎች በቤታቸው ስለሚናገሩት ቋንቋ እና ተማሪው ስለሚናገረው ሌላ ቋንቋ የትምህርት ቤት አስተዳደሮች መጠይቅ እንዲያዘጋጁ የፌደራል ሕግ ይጠይቃል። እታች በተገለፀው መረጃ ላይ ተመሰርቶ የፌደራል ሕግ በሚጠይቀው መሰረት የተማሪውን የእንግሊዘኛ ቋንቋ ብቃት ምዘና ይካሄዳል። ከሚካሄደው ምዘና በሚገኘው ውጤት መሰረት ተማሪው በእንግሊዘኛ ቋንቋ ትምህርት (ኢ ኤል) ፕሮግራም ተጨማሪ የቋንቋ ትምህርት ለመውሰድ ብቁ ሊሆን ይችላል። ወላጆች/ አሳዳጊዎች ስለምዘና ውጤት እና ተማሪው ለተጨማሪ ድጋፍ አገልግሎት ብቁ ስለመሆኑ መረጃ የሚደርሳቸው ሲሆን ወላጆችም በተጨማሪነት የሚሰጠውን የኢ ኤል አገልግሎት የመቀበል ወይም ያለመቀበል እድል ያገኛሉ።

ولي أمرالطالب/الوصي الشرعي: تتطلب اللوائح الفيدرالية قيام الأنظمة التعليمية بإجراء إستبيان لجميع الطلاب المسجلين فيما يتعلق باللغة المستخدمة في منزل الطالب وأية لغات أخرى قد يتحدثها الطلاب. وعلى ضوء المعلومات المقدمة أدناه، يمكن تقييم كفاءة الطالب في اللغة الإنجليزية وكما هو مطلوب بموجب اللوائح الفيدرالية. واستنادًا إلى نتائج التقييم، قد يكون الطالب مؤهلاً للحصول على تعليم إضافي من خلال برنامج متعلمي اللغة الإنجليزية (EL). سيتم إبلاغ أولياء الأمور/ الأوصياء الشرعيون بنتائج التقييم وفيما إذا كان الطالب مؤهلاً للحصول على خدمات تكميلية، حيث ستتاح لأولياء الأمور فرصة قبول أو رفض تلقي خدمات EL التكميلية.

Student Name: _____ Date of Birth: _____
Nombre del alumno — Fecha de nacimiento
የተማሪው ስም — የትውልድ ቀን፤
أسم الطالب: — تأريخ الميلاد

Parent/Guardian Name: _____ Telephone: _____
Nombre del padre, madre o tutor legal — Teléfono
የወላጅ/አሳዳጊ ስም — ስልክ
أسم ولي الأمر/ الوصي الشرعي — رقم الهاتف

1. What is the primary language used in the home, regardless of the language spoken by the student? _____
¿Cuál es el idioma principalmente utilizado en el hogar, independientemente del idioma que el alumno hable?
በቤት ውስጥ የሚነገር የመጀመሪያ ዋነኛ ቋንቋ ምንድን ነው ተማሪው ሌላ ቋንቋ የሚናገር ቢሆንም እንኾ?
؟ماهي اللغة الأساسية المستخدمة في البيت، بغض النظر عن اللغة التي يتحدث بها الطالب

2. What is the language most often spoken by the student? _____
¿Cuál es el idioma que el alumno habla con más frecuencia?
ተማሪው ብዙ ጊዜ የሚናገረው ቋንቋ ምንድን ነው?
؟ماهي اللغة التي يتحدث بها الطالب غالباً

3. What is the language that the student first acquired? _____
¿Cuál es el idioma que el alumno aprendió primero?
የተማሪው የአፍ መፍቻ ቋንቋ ምንድን ነው ?
؟ماهي اللغة التي تعلمها الطالب لأول مرة

In which language do you prefer to receive communication from the school? ☐ English ☐ Español ☐ አማርኛ ☐ العربية
¿En qué idioma prefiere recibir comunicación de la escuela?
ከትምህርት ቤት የሚላከውን መረጃ መለዋወጫ መገናኛ እንዲሆን የትኛው ቋንቋ ይመርጣሉ?
؟ماهي اللغة التي تفضل التواصل بها مع المدرسة

☐ Other: _____
Otro
ሌላ
أخرى

Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____
Firma del padre, madre o tutor legal — Fecha
የወላጅ/አሳዳጊ ፊርማ — ቀን
توقيع ولي الأمر/الوصي الشرعي — التأريخ

ACPS Staff Members: This form must be completed for all students registering in Alexandria City Public Schools. It should be the first document provided to the parent/guardian during the registration process. Please ensure that all questions are answered completely.

If a language other than, or in addition to, English is listed in response to question **1**, **2**, or **3**, the student should be referred to the Office of English Learner Services (EL Office) for registration and assessment. Families and staff can contact the EL Office at 703-619-8022 with any questions.

Rev. 8/8/18

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DE ESTUDIANTE • Escuelas Públicas de la Ciudad de Alexandria

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Apellido del estudiante: _____ **Primer Nombre:** _____ **Segundo Nombre:** _____

Dirección del estudiante y del padre/tutor principal: Calle _____ Apt # _____

Ciudad _____ Estado _____ Zip _____

Fecha de Nacimiento: Mes: _____ Día: _____ Año: _____ **País de Origen:** _____ **Grado:** _____

Género: ❒ Masculino ❒ Femenino **Identidad de Género:** ❒ Masculino ❒ Femenino ❒ Other **Nombre de preferencia:** _____
(*Para aquellos alumnos cuyo nombre legal no refleja su Identidad de Género. No para apodos.*)

¿Es este estudiante Hispánico o Latino? (elija sólo uno)

❒ No, ni Hispánico ni Latino ❒ Sí, Hispánico o Latino (persona de origen Cubano, Mexicano, Portorriqueño, Sudamericano, Centroamericano, o de otro origen o cultura Española sin importar la raza)

¿De qué raza es el estudiante? (elija uno o más)

❒ Nativo Americano/de Alaska ❒ Negro o Afroamericano ❒ Blanco (personas con origen en cualquiera de los puebos originales de Europa, Cercano Oriente o del Norte de África)
❒ Asiático ❒ Nativo Hawaiano o de Islas del Pacífico

Última escuela a la que concurrió: _____ ❒ Pública ❒ Privada

Dirección: _____ Ciudad _____ Estado _____ Zip _____

Si no fue una escuela de la Ciudad de Alexandria, ¿alguna vez asistió a una Escuela Pública de la C. de Alexandria? ❒ Sí ❒ No

Si respondió SI, escriba lo siguiente: Escuela: _____ Año: _____ Grado: _____

INFORMACIÓN DEL PADRE/TUTOR

Padre/Tutor Principal:
Es el padre/tutor legal con quien vive el estudiante la mayor parte de la semana, y el principal contacto relacionado con el estudiante.

¿Vive/reside usted en la ciudad de Alexandria? ❒ Sí ❒ No Si No, ¿tiene una excepción aprobada a la política? ❒ Sí ❒ No

Apellido: _____ Primer nombre: _____ ❒ Masculino ❒ Femenino

❒ Padre ❒ Padrastro ❒ Tutor legal
❒ Madre ❒ Madrastra ❒ Padre sustituto

Otro (por favor indique la relación): _____

Teléfono del hogar: (_____) _____-_____ ¿Es el teléfono eléfono del hogar un teléfono celular? ❒ Sí ❒ No

Celular: (_____) _____-_____

Dirección Email: _____

Empleador: _____
Dirección laboral: _____
_____
Teléfono laboral: (____) _____-_____ Ext: _____

¿Idioma de comunicación preferido del padre/tutor?

❒ Inglés ❒ Español ❒ Amhárico ❒ Árabe ❒ Otro (por favor especifique) _____

Padre/Tutor #2:

Apellido: _____ Primer nombre: _____ ❒ Masculino ❒ Femenino

❒ Padre ❒ Padrastro ❒ Tutor legal
❒ Madre ❒ Madrastra ❒ Padre sustituto

Otro (por favor indique la relación): _____

Direccion: ❒ La dirección es la misma del estudiante y la dirección del padre/tutor principal que figura arriba.

Calle _____ Apt # _____

Ciudad _____ Estado _____ Zip _____

Teléfono del hogar: (_____) _____-_____ ¿Es el teléfono eléfono del hogar un teléfono celular? ❒ Sí ❒ No

Celular: (_____) _____-_____ Dirección Email: _____

Empleador: _____
Dirección laboral: _____
_____
Teléfono laboral: (____) _____-_____ Ext: _____

ANTECEDENTES DEL ESTUDIANTE

¿Tiene su hijo actualmente IEP para Servicios de Educación Especial o Plan 504? ❒ Sí ❒ No

Si SI, ¿ha entregado documentación en la escuela? ❒ Sí ❒ No

¿Ha sido su hijo expulsado de una escuela privada o pública en Virginia o en algún otro estado por una infracción en violación a las políticas del consejo escolar relacionado con armas, alcohol o drogas o por haber causado intencionalmente lesiones a otra persona? ❒ Sí ❒ No

HERMANOS DEL ESTUDIANTE

Nombre	Fecha de Nacimiento	Sexo	Escuela
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

CONTACTOS DE EMERGENCIA

Indique al menos dos personas a las que podamos llamar para que tomen decisiones de emergencia y/o recojan a su hijo de la escuela si no podemos comunicarnos con los padres/tutores ante una emergencia:

Contacto de Emergencia #1 (Distinto del Padre/Tutor):

Nombre: _____

Dirección: Calle _____ Apt # _____

Ciudad _____ Estado _____ Zip _____

Teléfono del hogar: _____ Celular: _____

Teléfono laboral: _____ Relación con el estudiante: _____

Contacto de Emergencia #2 (Distinto del Padre/Tutor):

Nombre: _____

Dirección: Calle _____ Apt # _____

Ciudad _____ Estado _____ Zip _____

Teléfono del hogar: _____ Celular: _____

Teléfono laboral: _____ Relación con el estudiante: _____

Contacto de Emergencia #3 (Distinto del Padre/Tutor):

Nombre: _____

Dirección: Calle _____ Apt # _____

Ciudad _____ Estado _____ Zip _____

Teléfono del hogar: _____ Celular: _____

Teléfono laboral: _____ Relación con el estudiante: _____

EXPERIENCIA PRE-KINDERGARTEN

Sólo para los estudiantes inscribirse en kindergarten

Durante el año escolar anterior a kindergarten, mi hijo asistió (elija uno):

Programa Iniciativa Preescolar de Virginia (VPI) para niños de 4 años en:

- ❒ Escuelas Públicas de la Ciudad de Alexandria (ACPS)
- ❒ Centro Campagna
- ❒ Centro Red del Niño y la Familia (CFNC)
- ❒ Centro de Desarrollo del Niño
- ❒ Creative Play School (Escuela del Juego Creativo)

Otros programas de pre-K:

- ❒ Educación Especial para Párvulos
- ❒ Preschoolers Learning Together (PLT) (Niños de preescolar que aprenden juntos)
- ❒ Head Start
- ❒ Día completo de preescolar privado/ Guardería
- ❒ Medio día preescolar privado
- ❒ Proveedor de Cuidado Infantil de Hogar Familiar con licencia
- ❒ Programa de Desarrollo Infantil del Departamento de la Defensa

Otro:

- ❒ Padre o pariente
- ❒ Proveedor de cuidado infantil en mi casa (*au pair*, niñera, etc.)
- ❒ Otro:
  Especifique: _____

Al firmar este formulario afirmo que la información contenida es correcta.

Firma de Padre/Tutor: _____ Fecha: _____

FOR OFFICE USE ONLY

Student ID	School ID	Sch/Res	Att/Permit Code	Address/Transfer Permit Verified	Grade	Entry Code	Entry Date	Office Verification/Signature

Verificación de Residencia y Formulario de Inscripción

Alexandria City Public Schools

Parte I: Información del alumno y de la familia

Por favor complete las secciones A, B o C.

A. Yo soy el padre o madre que está inscribiendo a _____en la escuela.
(Nombre completo del alumno)

B. Yo soy el tutor legal/cuidador primario que está inscribiendo a _____ en la escuela (debe proporcionar documentación oficial). (Nombre completo del alumno)

C. Soy un estudiante adulto (18 años o más), _____ inscribiéndome yo mismo en la escuela. (Nombre completo del alumno)

Yo, padre, madre, tutor legal, cuidador o estudiante adulto, afirmo que residimos en el siguiente domicilio*:

Dirección completa:

_____

Nombre de la calle Apto. N° Ciudad Estado Código Postal Teléfono

Parte II: Declaración jurada del padre, madre, tutor, cuidador o estudiante adulto

Entiendo que la inscripción del alumno en las Escuelas Públicas de la Ciudad de Alexandria se basa en mi afirmación de que soy (Parte I) el padre, madre o tutor legal del alumno y residente de la Ciudad de Alexandria, (Parte II) en esta declaración jurada de residencia en la Ciudad de Alexandria y (Parte III) en mi presentación de documentación de verificación de residencia (ver la página 3 - categorías A, B o C). Yo afirmo que resido con el alumno en la dirección indicada en este documento. Si esta declaración jurada es falsa, entiendo que puedo ser responsable del pago retroactivo de la matrícula del alumno, y que el alumno será retirado de las Escuelas Públicas de la Ciudad de Alexandria. Por favor tenga en cuenta que según el Código de Virginia § 22.1-264.1, es un delito menor de Clase 4 tergiversar a sabiendas la residencia a efectos de la inscripción en una escuela fuera de la zona de asistencia en la que reside el alumno. Por la presente renuncio a mis derechos a la confidencialidad de la información relativa a mi residencia y entiendo que las Escuelas Públicas de la Ciudad de Alexandria utilizarán cualquier medio legal a su disposición para verificar mi residencia. También estoy de acuerdo en notificar a la escuela de cualquier cambio de residencia mía o del alumno en tres (3) días hábiles de tal cambio.

_____ _____

Nombre impreso del padre, madre, tutor legal, cuidador o del estudiante adulto **Teléfono**

_____ _____

Firma del padre, madre, tutor legal, cuidador o del estudiante adulto **Fecha**

*Un domicilio o residencia bona fide (de buena fe) se define como el lugar donde una persona recuesta su cabeza todas las noches. Poseer o alquilar una propiedad no es suficiente para reclamar residencia en la Ciudad de Alexandria. El alumno y el tutor legal deben dormir por las noches en la Ciudad de Alexandria.

*** PARA EL USO DEL PERSONAL DE ACPS - NO LLENE NADA DEBAJO DE ESTA LINEA***

Parte III: Verificación de Residencia

El adulto que realiza la inscripción debe proporcionar un documento de identificación con foto, la partida de nacimiento del alumno y los siguientes tres (3) documentos: Todos los documentos deben ser de copia original (actualizada en los últimos 60 días) y señalar claramente el nombre del padre, madre, tutor legal o del estudiante adulto y la dirección en la Ciudad de Alexandria. Consulte el reverso para obtener más explicaciones sobre los documentos.

Categoría A: un (1) documento:

- ❒ Contrato de arrendamiento
- ❒ Título propietario de la vivienda (con copia del impuesto sobre la propiedad)
- ❒ Contrato hipotecario

Categoría C:

- ❒ Carece de vivienda
- ❒ DSS/Servicios de adopción provisional (*foster care*)

Categoría B: dos (2) documentos de apoyo:

- ❒ Factura de servicio (agua, gas, electricidad, cable o teléfono fijo)
- ❒ Recibo o factura de impuestos a la propiedad personal de la Ciudad de Alexandria
- ❒ Carta enviada por correo postal desde una agencia del gobierno (TANIF, HUD, ARHA, IRS, etc.)
- ❒ Talón de pago actual (señalando la dirección de Alexandria y la retención de impuestos de Virginia)
- ❒ 2 estados de cuenta bancarios consecutivos (enviados por correo postal)
- ❒ Última declaración federal o estatal de impuestos sobre los ingresos que indique la dirección en la Ciudad de Alexandria
- ❒ Póliza actual de seguro de la vivienda del propietario o del inquilino que indique la dirección en la Ciudad de Alexandria
- ❒ La familia es nueva (menos de 30 días) en la Ciudad de Alexandria. Fecha de cumplimiento _____

Residentes en viviendas compartidas: Si el padre, madre o tutor legal vive en una vivienda compartida, se requiere llenar un formulario A/B notariado y proveer una copia de la hipoteca del propietario, el título o una copia del contrato de arrendamiento de quien está viviendo con el alumno y los padres. Además, deberá proporcionar dos documentos de apoyo (a nombre del padre, madre o tutor legal) como los indicados anteriormente. Se puede llevar a cabo una visita a la casa en casos de dudosa residencia. **FORMULARIO A/B DE CADUCIDAD: _____ (*Registrar - enter date into PowerSchool*).**

I certify that I personally reviewed all the documents presented and affirm that the information represented above is true and factual to the best of my knowledge, information, and belief. I also affirm that copies of all required documentation will be attached to this document and placed in the student's file.

_____

School Official Name (Print) **School Official (Signature)** **Date**

Lista de documentos aceptables para verificar la residencia

Todos los documentos deben indicar el nombre completo del padre, madre, tutor legal o del estudiante adulto y la dirección en la Ciudad de Alexandria

Categoría A: (Un documento de esta lista para comprobar la residencia)

- ❒ Contrato de arrendamiento o de alquiler: El contrato original debe ser actual (no caducado), indicando las fechas, nombres y direcciones de la propiedad para el padre, madre o tutor legal que está inscribiendo al alumno. Si el arrendamiento es un acuerdo privado con el arrendador, el acuerdo debe ser notariado.
- ❒ Título: El título de la propiedad debe estar acompañado por una copia de la declaración de impuestos a la propiedad personal del propietario. Esto se puede obtener (gratis) en http://realestate.alexandriava.gov/index.php?action=address. El título debe estar a nombre del padre, madre o tutor legal
- ❒ Hipoteca: El residente puede presentar una factura de la hipoteca preparada por el ente prestamista (que incluya fecha, dirección en Alexandria y nombre del ente prestamista) dentro de los 60 días después de la inscripción, o el contrato de hipoteca inicial con copia actual del impuesto a la propiedad del titular. Esto se puede obtener (gratis) en http://realestate.alexandriava.gov/index.php?action=address
- ❒ Vivo en una vivienda compartida y el contrato de arrendamiento, el título o la hipoteca no están a mi nombre. Por favor, llene un formulario de vivienda compartida (A/B) y adjunte el contrato de arrendamiento, el título o la hipoteca de la persona con quien usted reside.

Y

Categoría B: (Dos documentos de esta lista para comprobar la residencia)

- ❒ Factura de servicio (agua, gas, electricidad, cable o teléfono fijo). La factura debe estar fechada en los últimos 30 días. Si todos los servicios están incluidos en su contrato de arrendamiento y no tiene otras facturas, por favor proporcione una carta del gerente de la propiedad, con membrete de la compañía, que indique que el agua, gas, drenajes y electricidad están incluidos en el alquiler mensual.
- ❒ Impuestos actuales a la propiedad personal (vehículo, RV, bote) de la Ciudad de Alexandria. Por favor tenga en cuenta lo siguiente: El Departamento de Vehículos Motorizados de Virginia exige que todos los bienes personales deben ser registrados con la dirección actual en 60 días a partir de la mudanza.
- ❒ Carta enviada por correo postal desde una agencia del gobierno (TANIF, HUD, ARHA, IRS, etc.). La carta debe estar dirigida al padre, madre, tutor legal o estudiante adulto.
- ❒ Talón de pago actual (con la dirección en la Ciudad de Alexandria y la retención de impuestos de Virginia)
- ❒ Última declaración federal o estatal de impuestos sobre los ingresos que indique la dirección en la Ciudad de Alexandria
- ❒ 2 estados de cuenta consecutivos del banco enviados por correo postal a la dirección de la Ciudad de Alexandria.
- ❒ Póliza actual de seguros de la vivienda del propietario o del inquilino que indique la dirección en la Ciudad de Alexandria

O

Categoría C: Por favor, reúnase con el registrador de la escuela si aplica cualquiera de las siguientes situaciones.

- ❒ Carecen de vivienda, en transición o están experimentando carencia de vivienda o desamparo.
- ❒ Adopción temporal/DSS: Provea verificación de que el alumno está bajo la custodia del Departamento de Servicios Sociales, en la forma de una orden judicial o documentación oficial del Departamento de Servicios Sociales.

FORMULARIO DE INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD DEL ESTUDIANTE

Escuelas Públicas de la Ciudad de Alexandria

Apellido del estudiante: _____ **Primer Nombre:** _____

Fecha de Nacimiento: _____ **Grado:** _____ **Año Escolar:** _____

AFECCIONES DE SALUD DEL ESTUDIANTE

Marque todos los casilleros que correspondan al estudiante.

ALERGIAS ☐ Sí ☐ No

Tipo de alergia:

- ❒ Alimentos Indique los alimentos: _____
- ❒ Medicamentos Indique los medicamentos: _____
- ❒ Picaduras de abejas o insectos
- ❒ Otro: _____

Fecha de la última reacción grave: _____

Fecha de la última visita al hospital o a la sala de emergencia por alergias: _____

Medicamentos y tratamientos actualmente recetados para alergias:

- ❒ Antihistamina oral (Benadryl, etc.)
- ❒ Epinefrina ❒ Tiene inyector de Epi-Pen
- ❒ Otro: _____

RESTRICCIONES DE ALIMENTOS ☐ Sí ☐ No

- ❒ Debido a malestar gastrointestinal (digestivo) Indique los alimentos: _____
- ❒ Por preferencias religiosas o de otra índole Indique los alimentos: _____

ASMA ☐ Sí ☐ No

Medicamentos y tratamientos actualmente recetados para el asma:

- ❒ Medicamento de control diario (prevención)
- ❒ Medicamento según necesidad (rescate)

Fecha de la última visita al hospital o a la sala de emergencia debido al asma: _____

DIABETES ☐ Sí ☐ No

Fecha de la última visita al hospital o a la sala de emergencia debido a la diabetes: _____

¿Requiere la diabetes del estudiante que se administren medicamentos y/o análisis de sangre EN LA ESCUELA?

- ❒ No
- ❒ Sí Indique los medicamentos: _____

TRASTORNO POR CONVULSIONES ☐ Sí ☐ No

¿Requiere el trastorno por convulsiones del estudiante que se administren medicamentos EN LA ESCUELA?

- ❒ No
- ❒ Sí Indique los medicamentos: _____

Fecha de la última convulsión: _____

Fecha de la última visita al hospital o a la sala de emergencia debido a la convulsión: _____

OTRAS AFECCIONES DE SALUD ☐ Sí ☐ No

- ❒ Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad
- ❒ Autismo
- ❒ Parálisis cerebral
- ❒ Retraso en el desarrollo
- ❒ Cardiopatía congénita
- ❒ Hemofilia
- ❒ Enfermedad de células falciformes
- ❒ Fibrosis quística
- ❒ Apnea obstructiva del sueño
- ❒ Trastornos nutricionales
- ❒ Discapacidad física
- ❒ Eczema
- ❒ Cáncer
- ❒ Infección crónica (Hepatitis C, VIH)
- ❒ Trastornos congénitos/ cromosómicos
- ❒ Depresión

❒ Otras afecciones de la salud física o mental: _____

¿Requiere la afección del estudiante que SE UTILICE lo siguiente EN LA ESCUELA?

Medicamentos: ❒ No ❒ Sí Indique los medicamentos: _____

Procedimientos especiales: ❒ No ❒ Sí Indique los procedimientos: _____

Equipo especial: ❒ No ❒ Sí Indique el equipo: _____

AFECCIONES DE LA VISTA ☐ Sí ☐ No

- ❒ Anteojos
- ❒ Lentes de contacto
- ❒ Irreversibles
- ❒ Otro: _____

AFECCIONES AUDITIVAS ☐ Sí ☐ No

- ❒ Audífonos
- ❒ Irreversibles
- ❒ Otro: _____

COBERTURA DE SALUD Y ATENCIÓN MÉDICA DEL ESTUDIANTE

¿Tiene el estudiante seguro de salud? ❒ No ❒ Sí Nombre de la compañía del seguro de salud: _____

Nombre del médico de atención primaria del estudiante: _____ Teléfono: _____

¿Tiene el estudiante seguro dental? ❒ No ❒ Sí Nombre de la compañía del seguro dental: _____

Nombre del odontólogo del estudiante: _____ Teléfono: _____

AUTORIZACIÓN DEL PADRE/TUTOR

Ante una emergencia, el personal de la escuela llamará al 911. Se realizarán todos los intentos para comunicarnos con un padre, tutor legal o contacto de emergencia. Los alumnos serán transportados a la sala de emergencias más cercana, a menos que el padre esté en las instalaciones escolares para asumir la responsabilidad del niño.

El padre o tutor legal es responsable de proveer a la escuela cualquier medicamento, alimento especial, suministros o equipo que el alumno requiera durante el día lectivo. Verifique con el enfermero o la secretaria de admisiones de la escuela para obtener los formularios de procedimientos y medicamentos correctos. Si se indica un plan de atención médica individual en la escuela, el padre/ tutor es responsable de brindarle al enfermero de la escuela la información médica necesaria, los formularios de autorización correspondientes y el consentimiento escrito para intercambiar información con el médico del niño.

Yo, _____ (sí ___) (no___) autorizo al proveedor de atención médica de mi hijo y al proveedor de atención médica designado en la escuela para que analicen asuntos relacionados con la salud de mi hijo y/o intercambien información vertida en este formulario. *Esta autorización estará vigente hasta o a menos que usted la retire. Usted puede retirar su autorización en cualquier momento si se comunica con la escuela de su hijo. Cuando se publica información del registro de su hijo, la documentación de la publicación se conserva en el registro de salud y escolar de su hijo.*

Firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____

ENCUESTA PARA PADRES-HIJOS

Fecha de la encuesta 30/10/2022

Cada sección DEBE ser completada en su totalidad dónde aplique

ACPS puede recibir donaciones de fondos federales por la inscripción de alumnos que tienen conexión con el gobierno federal. Si ningún padre o tutor legal en su hogar vive o trabaja en una propiedad federal, complete la sección 1 y firme e indique la fecha en la parte inferior del formulario.

Sección 1: INFORMACIÓN DEL/DE LA ESTUDIANTE

Nombre del/de la estudiante: Apellido | Nombre | Inicial | identificación del/de la estudiante

Dirección: Número y calle | Ciudad | Estado | Código postal

Nombre de la escuela | Grado | Fecha de nacimiento | Teléfono de la casa

Si la dirección provista arriba es propiedad del gobierno federal, por favor anote el nombre de la propiedad

Sección 2: INFORMACIÓN LABORAL: SOLO PARA CIVILES que trabajan en propiedades del gobierno federal

Padre, madre o tutor/a: Apellido | Nombre | Inicial | Nombre del empleador

Lugar de trabajo (dirección física) | Número del edificio y calle | Ciudad | Estado | Código postal

Nombre de la propiedad federal (*vea al dorso para una lista de las propiedades federales elegibles*)

Dirección de la propiedad federal | Número y calle | Ciudad | Estado | Código postal

Sección 3– INFORMACIÓN LABORAL DEL PADRE, MADRE O TUTOR/A: PADRE, MADRE O TUTOR/A EN LAS FUERZAS UNIFORMADAS

Anote la información del padre, madre o tutor/a que está en el servicio activo en las fuerzas uniformadas de los Estados Unidos en esta sección a la fecha de la encuesta. (Si ambos padres en el hogar están en la milicia a la fecha de la encuesta, por favor, llene un segundo formulario).

❒ El/la estudiante no tiene conexiones con la milicia – (No complete más información de la Sección 3)

Rama del servicio activo:

❒ Air Force (Fuerza Aérea) ❒ Army (Ejercito) ❒ Coast Guard (Guardia Costera) ❒ Marine Corps (Cuerpo de Marines) ❒ Navy (Marina)

❒ Cuerpo Comisionado de la Administración Nacional Oceánica y Atmosférica – NOAA

❒ Cuerpo Comisionado de la Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos – USPHS

❒ Guardia Nacional o Reserva movilizada por la Orden Ejecutiva 13223 de 14/09/2001 y el Título de del Código Federal de los Estados Unidos (Title 10 USC) (Incluya una copia de las órdenes de movilización)

❒ Guardia Nacional; Reserva

❒ Reserva; el/la estudiante es dependiente de un miembro de las fuerzas de reserva (Army, Navy, Air Force, Marine Corp o Coast Guard).

Padre, madre o tutor/a (Apellido, nombre, inicial)

Rango militar/Grado

Sección 4 – INFORMACIÓN LABORAL DEL PADRE, MADRE O TUTOR/A: MILICIA EXTRANJERA

Anote la información en esta sección si el padre, madre o tutor/a estuvo en servicio activo en la fecha de la encuesta. Si no, omita esta sección.

Nombre del padre/madre/tutor(a) (apellido, nombre e inicial)

Nombre del gobierno extranjero

Rango/Grado

Rama de servicio

Esta información se usa para apoyar nuestra solicitud para fondos del gobierno federal bajo el programa Impact Aid (Título VIII de la Ley de la Educación Primaria y Secundaria). Esta información puede ser provista al Departamento de Educación de los Estados Unidos si nuestra solicitud para fondos federales es auditada. Este formulario debe ser firmado y fechado para que ACPS participe de manera equitativa de los fondos federales.

Al firmar este formulario, certifico que toda la información incluida escrita a máquina o a mano es correcta y está completa a la fecha de la encuesta.

Firma del padre, madre o tutor/a

Fecha [día/mes/año]

Propiedades federales elegibles

- Albert V Bryan Federal Courthouse, 401 Courthouse Sq., Alexandria, VA 22314
- Mt. Weather EOC, 19844 or 19850 Blue Ridge Mountain Rd, Bluemont, VA 20135
- Arlington National Cemetery, Arlington, VA 22211
- MVB Bostetter, Courthouse, 200 S Washington St, Alexandria, VA 22314
- CIA Langley Campus, 1000 Colonial Farm Rd, McLean, VA22101
- Naval Surface Warfare Center, 17320 Dahlgren Rd, Dahlgren, VA 22448
- CIA NRO, 14675 Lee Rd, Chantilly, VA 20151
- NOAA NWS, 43858 or 43872 Weather Service Rd, Sterling, VA 20166
- Dulles International Airport, 1 Saarinen Ci, Sterling, VA 20166
- Pentagon [include bldg location in street address], Arlington, VA 22202
- FAA Air Route Traffic Control Center, 825 E Market St, Leesburg, VA20176
- Ronald Reagan National Airport, 1 Aviation Ci, Arlington, VA 22202
- FAA Potomac TRACON, 3699 Macintosh Dr, Warrenton, VA 20187
- Ronald Reagan National Airport, 2401 Smith Bv, Arlington, VA 22202
- FBI Academy & Laboratory, 2501 Investigation PW, Quantico, VA22135
- Steven F Udvar Hazy Ctr, 14390 Air and Space Museum Pw, Chantilly, VA 20151
- Fort Belvoir 9910 Tracy Loop, Fort Belvoir, VA 22060
- Turner-Fairbank HRC, 6300 Georgetown Pike, McLean, VA 22101
- Fort Belvoir North (NGA), 7500 Geoint Dr, Springfield, VA 22150
- US Army National Guard, 111 S George Mason Dr, Arlington, VA 22204
- Franconia GSA LOC 6808, 6810, 6999, or 7000 Loisdale Rd, Springfield, VA 22150
- US Army Reserve Center, 6901, or 6978 Telegraph Rd, Alexandria, VA 22310
- George P Schulz NFATC, 4000 Arlington Bv, Arlington, VA 22204
- US Attorney's Office (USDOJ), 2100 Jamieson Ave, Alexandria, VA 22314
- George Washington Memorial Parkway, 700 GW Pw, VA 22101
- US Coast Guard Radio Station, 7323 Telegraph Rd, Alexandria, VA 22315
- Henderson Hall, 1555 Southgate Rd, Arlington, VA 22214
- US Geological Survey, 12201 Sunrise Valley Dr, Reston, VA 20192
- Humphreys Engineer Center, 7701 Telegraph Rd, Alexandria, VA 22315
- Warrenton Training Center – Site A, 8094 Shipmadilly Ln, Warrenton, VA 20186
- Hybla Valley Office Bldg, 6801 Telegraph Rd, Alexandria, VA 22306
- Warrenton Training Center – Site B, 7471 Bear Wallow Rd, Warrenton, VA 20186
- Joint Base Myer-Henderson Hall, Fort Myer, VA 22211
- Warrenton Training Center – Site C, 7248 Sumerduck Rd, Remington, VA 22734
- Marine Corps Base Quantico, 3250 Catlin Ave, Quantico, VA 22134
- Warrenton Training Center – Site D, 22129 Confederate Rd, Elkwood, VA 22718
- Mark Center Federal Office Bldg, 1897 N Beauregard St, Alexandria, VA 22350
- Wolf Trap Farm Park, 1551 Trap Rd, Vienna, VA 22182

2022-23 ACPS Hoja de Firmas

Favor de revisar ambos lados de este formulario.

Nombre del estudiante: _____ **Grado:** _____

Escuela: _____

Nombre del padre/madre o tutor: _____ **Fecha en que se completó el formulario:** _____

Cada una de las secciones siguientes se refiere a materiales citados en este formulario, en el Manual de la Familia de ACPS (www.acps.k12.va.us/familyhandbook), o en el Código de Conducta del Estudiante de ACPS (www.acps.k12.va.us/codeofconduct). Después de firmar, por favor devuélvalo al inscribirse a la escuela del alumno o dentro de dos semanas después del primer día de clases del alumno en ACPS. Este formulario debe ser completado cada año escolar.

Sección A: El Código de Conducta Estudiantil

El Código de Conducta del Estudiante se pone a disposición de cada familia cada año escolar. El firmar esta sección y enviar de regreso este formulario, no se considera una renuncia por parte de los padre(s)/tutor(es) no renuncian, sino que se reservan expresamente, sus derechos protegidos por la Constitución o las leyes de los Estados Unidos y/o la Commonwealth de Virginia, y tendrán el derecho a expresar su inconformidad con las políticas y/o las decisiones de la división escolar. El Código de Conducta Estudiantil, el cual es exigido por ley, contiene las pautas y reglas de la Política para el Uso Responsable de los Sistemas de Cómputo para Estudiantes; de Asistencia Obligatoria a la Escuela; la Política de Estándares de Equidad de Conducta Estudiantil y Excelencia; el Formulario para la Denuncia de Acoso Escolar; y el Código de Honor. Los padres tienen el deber de ayudar a las escuelas de ACPS en hacer cumplir las normas de conducta estudiantil y la asistencia escolar obligatoria. Los padres tienen la responsabilidad de entender el Código de Conducta, promover la conducta adecuada el estudiante, ayudar a la escuela a disciplinar al estudiante, y reunirse con el personal escolar si se lo solicita para analizar cuestiones relacionadas con la disciplina y la asistencia escolar. La ley también requiere que los padres firmen una declaración en la que manifiestan conocer sus responsabilidades.

Firma del padre/tutor: _____

Firma del estudiante: _____

Sección B1: Información del Directorio del Estudiante (Ley de Privacidad y Derechos Educativos de la Familia / FERPA)

La información de directorio incluye el nombre del alumno, la dirección, la escuela, fotografía, premios y honores, etc. (no incluye el número de seguro social del alumno). El uso principal de la información de directorio es publicar información del alumno en publicaciones afiliadas a la escuela. Una lista completa de información de directorio está disponible en el Manual de la Familia de ACPS. ACPS podrá revelar la información de directorio sin consentimiento por escrito, a menos que el padre, madre o tutor legal indiquen a continuación que la información del alumno no puede ser revelada.

_____ **NO** revele información de directorio del alumno, excepto cuando sea requerido por ley federal o estatal, desde la fecha en que fue firmado este formulario hasta el 15 de septiembre de 2023. **Entiendo que esto significa que la información y las fotografías que expongan al alumno serán excluidas de publicaciones escolares como los anuarios, las listas de honor y de los programas impresos de graduación, deportes y teatrales.**

Sección B2: Directorios de la PTA y organizaciones relacionadas con la escuela

Muchas Asociaciones de Padres y Profesores (PTA, por sus siglas en inglés) escolares (y otras organizaciones relacionadas con la escuela) producen un directorio anual para las familias. Los estudiantes y las familias usan dichos directorios para comunicarse entre sí sobre las actividades de clases/escolares o para organizar transportes compartidos, etc. Al compartir su información de contacto, también podrá recibir actualizaciones sobre eventos y programas asociados por mensaje de texto o correo electrónico. Todas las PTA y otras organizaciones relacionadas con la escuela han acordado en compartir la información únicamente con aquellas personas que están en el directorio y que no divulguen esta información a empresas ni a ningún otro tercero.

_____ **SÍ, ACPS puede** revelar el **número de teléfono** del alumno o de la familia y la dirección de correo electrónico, a las PTA, a organizaciones recaudadoras de fondos y otras organizaciones relacionadas con la escuela desde la fecha en que fue firmado este formulario hasta el 15 de septiembre de 2023.

Sección C: La participación en medios

En el transcurso del año escolar, la escuela de su hijo, o las Escuelas Públicas de la Ciudad de Alexandria (ACPS) pueden querer compartir fotografías o vídeos de su hijo, imágenes de sus trabajos artísticos o de clase, textos escritos por su hijo o citas de discusiones en clase o presentaciones educativas. Esto incluye imágenes en la página web de ACPS, en videos de ACPS, en las redes sociales, en publicaciones escolares (incluidos anuarios y programas) o compartirlas con terceros, incluido pero no limitado a los medios de comunicación locales o nacionales (televisión, internet y publicaciones impresas).

_____ **NO** utilice la foto, imagen, voz, escritos, trabajos en clase o artísticos de mi hijo en cualquiera de las formas descritas anteriormente desde la fecha en que se firmó este formulario hasta el 15 de septiembre de 2023.

Sección D: Uso Responsable de la Tecnología y Redes Sociales

Las políticas del uso responsable de la tecnología y las redes sociales están disponibles en el Código de Conducta Estudiantil. Por favor, revise estas políticas y firme abajo.

Firma del padre/tutor: _____

Como estudiante, acepto cumplir con las pautas sobre la tecnología y el Internet según están escritas en el Código de Conducta Estudiantil.

Firma del estudiante: _____

Sección E: El Expediente del Estudiante

(Para los padres de estudiantes en la escuela secundaria – grados 11 y 12 ÚNICAMENTE)

La sección 9528 de la Ley de Que Ningún Niño Se Quede Atrás de 2001 requiere que los sistemas educativos provean a los reclutadores militares y las instituciones de enseñanza superior los nombres, direcciones y datos telefónicos de los estudiantes de secundaria cuando sean solicitados. Sin embargo, los padres (o un estudiante, si tiene 18 años o si es un menor legalmente emancipado) puede solicitar que el nombre, la dirección y los datos telefónicos no sean divulgados sin el consentimiento previo por escrito. ACPS, mediante este formulario, le está notificando de su derecho a solicitar que la información de su hijo(a) no sea divulgada. Si **NO** marca ninguna de la opción a continuación, para el año escolar de 2022-23 se divulgará la información de su hijo(a) cuando sea solicitada por un reclutador militar, posibles empleadores o una institución de enseñanza superior.

Por favor, marque cualquiera de estos grupos si **NO** quiere que reciban la información de su hijo(a):

_____ **NO** divulguen la información de mi hijo(a) a **Reclutadores Militares**

_____ **NO** divulguen la información de mi hijo(a) a **Universidades/otras Instituciones de Enseñanza**

_____ **NO** divulguen la información de mi hijo(a) a **Posibles Empleadores**

Sección F: Contrato sobre los libros

Por el presente, acepto reemplazar o pagar por cualquier o todos los libros de texto o los libros de la biblioteca que puedan ser retenidos, destruidos, perdidos o mal usados, así como pagar por todos los daños causados por el desgaste o el uso extraordinario, según lo determine la escuela.

Firma del padre/tutor: _____

Sección G: Reglamentos de los Autobuses Escolares

Los reglamentos del uso del autobús escolar están en el Manual de la Familia de ACPS. He leído y entiendo los reglamentos para los estudiantes que viajan en un autobús escolar y acepto asumir la plena responsabilidad de la conducta de mi hijo(a) en el autobús.

Firma del padre/tutor: _____

He leído y entiendo los reglamentos para los estudiantes que viajan en un autobús escolar y acepto, como pasajero, atenerme a estos reglamentos.

Firma del estudiante: _____

Sección H: Educación para la Vida Familiar

Los reglamentos de ACPS permiten que un estudiante sea excluido de recibir el material que se enseña en el programa de Educación para la Vida Familiar (FLE) durante el curso del año escolar. Las lecciones que se utilizarán en el programa FLE están disponibles para su revisión en el centro de información de la biblioteca en la escuela de su hijo y en la Biblioteca Central Charles E. Beatley, Jr., ubicada en 5005 Duke Street. Todos nuestros recursos de la escuela secundaria asociados a este plan de estudios se mantienen en el campus de la escuela secundaria. Para revisar estos recursos, por favor, comuníquese con el Departamento de Educación para la Vida Familiar (Family Life Department). Si usted desea que su hijo participe en el programa FLE, no tiene que tomar ninguna acción.

Por favor, haga una marca en el espacio a continuación si usted **NO** desea que su hijo participe del material de FLE:

_____ Favor de **eximir a mi hijo** de participar del material de Educación para la Vida Familiar.

Firma del padre/tutor: _____

MANCOMUNIDAD DE VIRGINIA

FORMULARIO DE SALUD PARA EL INGRESO ESCOLAR

Formulario de información médica/Informe de examen físico integral/Certificación de vacunación

Parte I – FORMULARIO DE INFORMACIÓN MÉDICA

La ley estatal (Código de Virginia Ref. § 22.1-270) requiere que su hijo esté vacunado y reciba un examen físico integral antes de ingresar al kínder o escuela primaria pública. **El padre/madre o tutor completa esta página (Parte I) del formulario**. El proveedor médico completa la Parte II y la Parte III del formulario. Este formulario debe completarse no más de un año antes del ingreso de su hijo a la escuela.

Nombre de la escuela: _____ Grado actual: _____

Nombre del estudiante: _____
Apellido Nombre Segundo nombre

Fecha nacimiento del estudiante: ____/___/_____ Sexo: _____ Estado o país de nacimiento:_____Idioma principal que habla: _____

Dirección del estudiante_____ Ciudad_____ Estado_____ Código Postal_____

Nombre del padre/madre o tutor legal 1:_____Teléfono:_____-_____-_____Trabajo/celular:_____-_____-_____

Nombre del padre/madre o tutor legal 2:_____Teléfono:_____-_____-_____Trabajo/celular:_____-_____-_____

Contacto de emergencia:_____Teléfono:_____-_____-_____Trabajo/celular:_____-_____-_____

Preferencia de hospital: _____

Seguro médico del niño: Ninguno ☐ FAMIS Plus (Medicaid) ☐ FAMIS ☐ Privado/comercial/patrocinado por el empleador ☐ _____

Cuadro 1. Afecciones preexistentes

Afección	Sí	Comentarios	Afección	Sí	Comentarios
Alergias (alimentos, insectos, medicamentos,látex). Indique **alergias potencialmente mortales**:			Diabetes: Tipo 1		
			Diabetes: Tipo 2		
			Bomba de insulina		
Alergias (estacionales)			Traumatismo craneal, conmoción cerebral		
Asma o afecciones respiratorias			Afecciones auditivas o sordera		
Trastorno por déficit de atención/hiperactividad			Afecciones cardíacas		
Afecciones conductuales/psíquicas/sociales			Intoxicación con plomo		
Afecciones del desarrollo			Afecciones musculares		
Afecciones de la vejiga			Convulsiones		
Afecciones de sangrado			Anemia de células falciformes (no trazas)		
Afecciones intestinales			Afecciones del habla		
Parálisis cerebral			Lesión de la médula espinal		
Fibrosis quística			Cirugía		
Afecciones de la salud dental			Afecciones de la vista		

Describa cualquier otra información importante relacionada con la salud de su hijo (☐ Sonda de alimentación, ☐ Traqueostomía, ☐ Aporte suplementario de oxígeno, ☐ Audífonos, ☐ Aparato dental, Silla de ruedas, Hospitalizaciones, etc.):

Cuadro 2. Medicamentos

Enumere todos los medicamentos recetados, de emergencia, de venta libre y hierbas medicinales que su hijo toma con regularidad (hogar/escuela):

Nombre del medicamento	Dosis	Hora de administración (hogar/escuela)	Notas
1.			
2.			
3.			
4.			
Medicamentos adicionales (nombre, dosis, hora de administración, notas)			

Marque aquí si desea discutir información confidencial con la enfermera de la escuela u otra autoridad escolar. ☐ Sí ☐ No Proporcione la siguiente información:

	Nombre	Teléfono	Fecha de la última cita
Pediatra/proveedor de atención primaria			
Especialista			
Dentista			
Trabajador del caso (si corresponde)			

Yo_____ (autorizo) (no autorizo) al proveedor de atención de salud de mi hijo y al proveedor de atención de salud designado en el entorno escolar para discutir las preocupaciones de salud de mi hijo o intercambiar información relacionada con este formulario. Esta autorización estará vigente hasta que usted la retire. Puede retirar su autorización en cualquier momento comunicándose con la escuela de su hijo. Cuando se divulga información del expediente de su hijo, la documentación de la divulgación se mantiene en el expediente académico o de salud de su hijo.

Firma del padre/madre o tutor legal:_____Fecha:_____/_____/_____

Firma del intérprete: _____Fecha:_____/_____/_____

COMMONWEALTH OF VIRGINIA
SCHOOL ENTRANCE HEALTH FORM
Part II - Certification of Immunization

Check if the student's Immunization Records are attached using a separate form signed by HCP ☐

Section I

See Section II for conditional enrollment and exemptions.

A copy of the immunization record signed or stamped by a physician or designee, registered nurse, or health department official indicating the dates of administration including month, day, and year of the required vaccines shall be acceptable in lieu of recording these dates on this form as long as the record is attached to this form. Form must be signed and dated by the Medical Provider or Health Department Official in the appropriate box. Please contact your local health department for assistance with foreign vaccine records.

Student Name: **Date of Birth :** / / **Sex:**

Race (Optional): **Ethnicity:** **Hispanic** **Non-Hispanic**

IMMUNIZATION	**RECORD COMPLETE DATES (month, day, year) OF VACCINE DOSES GIVEN**				
Diphtheria, Tetanus, Pertussis Vaccine (DTP, DTaP)	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
Diphtheria, Tetanus (DT) or Tdap or Td Vaccine (given after 7 years of age)	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
Tdap Vaccine booster	**1**				
Poliomyelitis Vaccine (IPV, OPV)	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
Haemophilus influenzae Type b Vaccine (Hib conjugate) only for children <60 months of age	**1**	**2**	**3**	**4**	
Rotavirus Vaccine (RV) only for children < 8 months of age	**1**	**2**	**3**		
Pneumococcal Vaccine (PCV conjugate) only for children <60 months of age	**1**	**2**	**3**	**4**	
Varicella Vaccine	**1**	**2**	Date of Varicella Disease OR Serological Confirmation of Varicella Immunity:		
Measles, Mumps, Rubella Vaccine (MMR vaccine)	**1**	**2**			
Measles Vaccine (Rubeola)	**1**	**2**	Serological Confirmation of Measles Immunity:		
Rubella Vaccine	**1**	**2**	Serological Confirmation of Rubella Immunity:		
Mumps Vaccine	**1**	**2**	Serological Confirmation of Mumps Immunity:		
Hepatitis **B** Vaccine (HBV) ☐ Merck adult formulation used	**1**	**2**	**3**	**4**	
Hepatitis **A** Vaccine	**1**	**2**			
Meningococcal **ACWY** Vaccine	**1**	**2**			
Meningococcal **B** Vaccine	**1**	**2**	**3**		
Human Papillomavirus Vaccine (HPV)	**1**	**2**	**3**		
Influenza (Yearly)	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
Other	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
Other	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**

Certification of Immunization

I certify that this child is **ADEQUATELY OR AGE APPROPRIATELY IMMUNIZED** in accordance with the MINIMUM requirements for attending school, child care or preschool prescribed by the State Board of Health's *Regulations for the Immunization of School Children* (Reference Section III).

Signature of Medical Provider or Health Department Official:_____**Date (*Mo., Day, Yr.*):** ___/___/____

Section II
Conditional Enrollment and Exemptions

Complete the medical exemption or conditional enrollment section as appropriate to include signature and date. This section must be attached to Part I Health Information (to be filled out and signed by parent).

Student's Name: _____ Date of Birth: |____|____|_____|
Parent or Legal Guardian Name: _____
Parent or Legal Guardian Name: _____
Phone Number: _____

MEDICAL EXEMPTION: As specified in the *Code of Virginia* § 22.1-271.2, C (ii), I certify that administration of the vaccine(s) designated below would be detrimental to this student's health. The vaccine(s) is (are) specifically contraindicated because (please specify):

_____

_____

_____

DTP/DTaP/Tdap :[____]; DT/Td:[____]; OPV/IPV:[____]; Hib:[____]; PCV:[_____]; RV:[____]; Measles :[_____];

Mumps:[____]; Rubella :[____]; VAR:[_____]; Men ACWY:[____]; Men B:[____]; Hep A:[_____]; HBV:[____]

This contraindication is permanent: [ ], or temporary [ ] and expected to preclude immunizations until: Date (*Mo., Day, Yr.*): |_____|_____|_____|.

Signature of Medical Provider or Health Department Official:_____Date (*Mo., Day, Yr.*):___/___/___

RELIGIOUS EXEMPTION: The *Code of Virginia* allows a child an exemption from receiving immunizations required for school attendance if the student or the student's parent/guardian submits an affidavit to the school's admitting official stating that the administration of immunizing agents conflicts with the student's religious tenets or practices. Any student entering school must submit this affidavit on a CERTIFICATE OF RELIGIOUS EXEMPTION (Form CRE-1), which may be obtained at any local health department, school division superintendent's office or local department of social services. Ref. *Code of Virginia* § 22.1-271.2, C (i).

CONDITIONAL ENROLLMENT: As specified in the *Code of Virginia* § 22.1-271.2, B, I certify that this child has received at least one dose of each of the vaccines required by the State Board of Health for attending school and that this child has a plan for the completion of his/her requirements within the next 90 calendar days. Next immunization due on_____.

Signature of Medical Provider or Health Department Official:_____Date (*Mo., Day, Yr.*):|___|___|___|

Section III Requirements

For Minimum Immunization Requirements for Entry into School and Day Care, consult the Division of Immunization web site at http://www.vdh.virginia.gov/epidemiology/immunization

Children shall be immunized in accordance with the Immunization Schedule developed and published by the Centers for Disease Control (CDC), Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP), the American Academy of Pediatrics (AAP), and the American Academy of Family Physicians (AAFP), otherwise known as ACIP recommendations (Ref. *Code of Virginia* § 32.1-46(a)).
(Requirements are subject to change.)

Part III -- COMPREHENSIVE PHYSICAL EXAMINATION REPORT

A qualified licensed physician, nurse practitioner, or physician assistant must complete Part III. The exam must be done no longer than one year before entry into kindergarten or elementary school (Ref. Code of Virginia § 22.1-270). Instructions for completing this form can be found at www.vahealth.org/schoolhealth.

Student's Name: _____ Date of Birth:_____/_____/_____Sex: ☐ M ☐ F

Health Assessment

Date of Assessment: ____/____/_____

Weight:_____lbs. Height:_____ft._____in.

Body Mass Index (BMI):_____BP_____

- ❑ Age / gender appropriate history completed
- ❑ Anticipatory guidance provided

Physical Examination

1 = Within normal 2 = Abnormal finding 3 = Referred for evaluation or treatment

	1	2	3		1	2	3		1	2	3	
HEENT				Neurological				Skin				
Lungs				Abdomen				Genital				
Heart				Extremities				Urinary				

Tuberculosis Screening

Check the box that applies:

☐ No risk for TB infection identified	☐ No symptoms compatible with active TB disease	☐ Risk for TB infection or symptoms identified

Test for TB Infection: TST IGRA Date:_____ TST Reading____ mm TST/IGRA Result: □ Negative □ Positive

CXR required if positive test for TB infection or TB symptoms. CXR Date:_____ □ Normal □ Abnormal

EPSDT Screens Required for Head Start – include specific results and date:

Blood Lead:_____ Hct/Hgb _____

Developmental Screen

Assessed for:	*Assessment Method:*	*Within normal*	*Concern identified:*	*Referred for Evaluation*
Emotional/Social				
Problem Solving				
Language/Communication				
Fine Motor Skills				
Gross Motor Skills				

Hearing Screen

❑ Screened at 20dB: Indicate Pass (P) or Refer (R) in each box.

❑ Screened by OAE (Otoacoustic Emissions): □ Pass □ Referred

	1000	2000	4000
R			
L			

□ Referred to Audiologist/ENT □ **Unable to test – needs rescreen**

□ Permanent Hearing Loss Previously identified: □ Left □ Right

□ Hearing aid or another assistive device

Vision Screen

□ With Corrective Lenses (Check if yes)

Stereopsis □ Pass □ Fail				□ Not tested
Distance	Both	R	L	Test used:
	20/	20/	20/	

□ Pass ☐ Referred to eye doctor ☐ **Unable to test-needs rescreen**

Dental Screen

□ Problems Identified: Referred for Treatment

□ No Problem: Referred for prevention

□ No Referral: Already receiving dental care

☐ **Unable to perform**

Recommendations to (Pre) School , Child Care, or Early Intervention Personnel

Summary of Findings (check one):

□ Well child; no conditions identified of concern to school program activities

□ Conditions identified that are important to schooling or physical activity (complete sections below and/or explain here):

_____

____**Allergy:** □ food:_____□ insect:_____ □ medicine:_____ □ other:_____

Type of allergic reaction: □ *anaphylaxis* □ *local reaction Response required:* □ *none* □ *epinephrine auto-injector* □ other::_____

____In**dividualized Health Care Plan needed** (e.g., asthma, diabetes, seizure disorder, severe allergy, etc)

____**Restricted Activity Specify:** :_____

____**Developmental Evaluation** □ Has IEP □ Further evaluation needed for: _____

____**Medication.** Child takes medicine for specific health condition(s). □ Medication must be given and/or available at school.

____**Special Diet Specify:** _____

____**Special Needs Specify:**_____

Other Comments:_____

Health Care Professional's Certification (Write legibly or stamp) ☐ **By checking this box, I certify with an electronic signature that all of the information entered above is accurate (enter name and date on signature and date lines below).**

Name:_____ **Signature:**_____**Date:**_____

Practice/Clinic Name: _____ **Address:**_____

Phone:_____-_____-_____ **Fax:** _____-_____-_____ **Email:**_____

Alexandria City Public Schools

TUBERCULOSIS EVALUATION CERTIFICATE

Name: _____ Date of Birth: _____
Last First Middle

Place of Birth: _____

History of TB Test and Treatment: _____

Risk Factor	Yes	No
Is the child in recent close or prolonged contact with a person known to have infectious tuberculosis?		
Is the child foreign born or a recent traveler (3 months or longer) to a high-prevalence area? (Especially Asian, Africa, Latin America, a refugee or a migrant.)		
Has the child ever had an abnormal chest x-ray with fibrotic changes suggesting inactive or past TB?		
Is the child infected with HIV or is he/she considered at risk for HIV infection?		
Is the child an organ transplant recipient?		
Is the child an injection drug user?		
Is the child in contact with an incarcerated person, or a person who has been incarcerated in the past five years?		
Is the child a resident of a high-risk congregant setting (E.g. homeless shelter, prison, long-term care facility, or hospital)?		
Does the child have a medical condition or receives treatment for a medical condition which suppresses the immune system? (E.g. Diabetes mellitus, silicosis, cancer of head or neck, Hodgkin's disease, leukemia, and end-stage renal disease, intestinal bypass or gastrectomy, chronic malabsorption syndrome, low body weight 10% or more below ideal for given population)		
Does the child have signs and symptoms of TB? (E.g. Cough > 3 weeks, unexplained fever, weight loss, hemoptysis. Child ≤ 6 years: wheezing, failure to thrive, decreased activity, playfulness, and/or energy.)		

☐ No risk factors identified, no PPD needed
☐ PPD required, positive risk factors identified

Signed: _____ Date: _____
Registered Nurse

CDC. (2012) "Appendix A: Sample TB Risk Assessment Tool." Latent Tuberculosis Infection: A Guide for Primary Health Care Providers. Retrieved from http://www.cdc.gov/tb/publications/ltbi/appendixa.htm

Virginia Department of Health Division of TB Control, TB Risk Assessment Form (TB 512)