

LISTA DE VERIFICACIÓN PARA LA INSCRIPCIÓN DEL KÍNDER

Todos los siguientes documentos deben proporcionarse durante el proceso de inscripción.

PARTIDA DE NACIMIENTO ORIGINAL (o un Certificado de Nacimiento Certificado)

PRUEBA DE TUTORÍA LEGAL (Prueba de que el adulto que inscribe al niño es el padre, madre o tutor legal)

El nombre en el 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.

COPIA DE LA BOLETA DE CALIFICACIONES DE LA ESCUELA ANTERIOR (Si corresponde)

INFORME DE EXAMEN FÍSICO (disponible por parte del proveedor de cuidados salud)

- 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 kínder o a educación primaria en una escuela pública. El examen físico debe estar fechado dentro de un año antes de la fecha del ingreso al kindergarten.
- Con base en lo anterior, los alumnos que participan actualmente en un programa de pre kínder de ACPS deben proporcionar prueba de vacunas y un NUEVO examen físico antes de ingresar al kínder, aun si estos documentos se entregarán antes de ingresar al pre kínder.
- Para fines de clarificación, "escuela primaria" indicada anteriormente se refiere a los grados uno al cinco.

PRUEBAS DE VACUNAS (documentando el mes, día y año en que se administró cada una). A continuación todo lo que se requiere:

- **Evaluación negativa del riesgo de tuberculosis, prueba cutánea de tuberculina PPD, examen de sangre IGRA o radiografía de tórax negativa, completada en los Estados Unidos**
Administrada dentro de los 12 meses anteriores al primer día de clases del niño.

- **Hepatitis B**

Se requiere una serie completa de tres dosis de la vacuna contra la hepatitis B.

- **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 cuatro dosis, con una dosis administrada en o después del cuarto cumpleaños.

○ **Sarampión, paperas y rubéola (MMR)**

Al menos dos 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 mayor.

○ **Hepatitis A (HAV)**

Se requiere un mínimo de dos dosis de la vacuna de Hepatitis A para los alumnos que ingresan al kínder.

○ **Varicela (o lechina)**

Dos dosis de varicela o documentación médica de haber tenido la enfermedad de la varicela.

IMPORTANTE SI SON DEFICIENTES LAS VACUNAS: 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.

☐ **PRUEBA DE RESIDENCIA (3 documentos requeridos en total)**

TRES verificaciones de ser residente de la Ciudad de Alexandria, **fechadas en los últimos 60 días.** Solo originales (no copias) que indique el nombre y la dirección del padre, madre o tutor legal que hace la inscripción.

Debe traer UNO (1) de los siguientes documentos:

- Contrato de alquiler
- Título
- Contrato o declaración hipotecaria

Y DOS 2 documentos de respaldo:

- Contrato de alquiler
- Teléfono fijo (fechado en los últimos 60 días)
- Impuesto personal actual a la propiedad de Alexandria
- Talonario actual de pago (indicando la retención de impuestos de Virginia)
- Declaración de impuestos sobre la renta federal o estatal más reciente
- 2 balances bancarios consecutivos
- Póliza de seguro actual del propietario o inquilino
- Factura de servicios: agua, gas, electricidad, cable o recibo
- Carta enviada por correo regular de una agencia gubernamental (TANIF, HUD, IRS, etc.)

Si vive con otra persona, el padre, madre o tutor legal debe completar un Formulario A / B de Vivienda Compartida (PDF) notariado, y proporcionar una copia original de la hipoteca, del título (con una factura de impuestos) o una copia original del contrato de arrendamiento de la persona. con quién viven el padre, madre o tutor legal y los niños. Además, se le pedirá al padre, madre o tutor legal que proporcione dos documentos de respaldo (a nombre del padre, madre o tutor legal) como se indica anteriormente.

NOTA:

Una licencia de conducir o una identificación emitida por el estado NO sirve como prueba válida de residencia.

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Apellido del estudiante: _____ Nombre: _____ Segundo nombre: _____

Dirección principal del estudiante y del padre, madre o tutor legal: Calle _____ Dpto. N° _____ Ciudad _____
 Estado _____ Código postal _____

Fecha de nacimiento: Mes: _____ Día: _____ Año: _____ País de nacimiento: _____ Grado: _____

Género: Masculino Femenino

Identidad de Género: Masculino Femenino Otro

Nombre preferido: _____
 (Para estudiantes cuyo nombre legal no refleja su Identidad de Género. No por apodos.)

¿Es este estudiante hispano o latino? (elegir solo uno)

- No, no hispano o latino Sí, hispano o latino (persona cubana, mexicana, puertorriqueña, suramericana, centroamericana o de otra cultura u origen español, independientemente de su raza)

¿Cuál es la raza del estudiante? (elija uno o más)

- Indígena estadounidense o de Alaska Negro o afroamericano Blanco (una persona teniendo su origen en cualquiera de los pueblos originales de Europa, el Medio Oriente o el Norte de África)
 Asiático Indígena hawaiano o isleño del Pacífico

Última escuela a la que asistió: _____ Pública Privada Dirección: _____
 Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Si no es una escuela de la Ciudad de Alexandria, ¿ha asistido ALGUNA VEZ el estudiante a las Escuelas Públicas de la Ciudad de Alexandria?

- Sí No

En caso afirmativo, proporcione lo siguiente: Escuela: _____ Año: _____ Grado: _____

INFORMACIÓN DEL PADRE, MADRE O TUTOR LEGAL

Padre, madre o tutor legal:

Este es el padre/tutor legal con quien el estudiante vive la mayor parte de la semana y el contacto principal con respecto al estudiante.

¿Usted vive o reside en la Ciudad de Alexandria? Sí No Si la respuesta es No, ¿se ha aprobado una excepción a la política? Sí No

Apellido: _____ Nombre: _____ Masculino Femenino

- Padre Padrastro Tutor legal
 Madre Madrastra Padre de crianza temporal

Otro (favor indicar la relación): _____

Teléfono de casa: (____) _____ - _____ ¿Es el teléfono en casa un celular? Sí No

Teléfono celular: (____) _____ - _____

Dirección de correo electrónico: _____

¿Idioma de comunicación preferido de los padres o tutor legal?

- Inglés Español Amárico Árabe Darí Otro (por favor, especifique) _____

Empleador: _____
Dirección del trabajo: _____
Teléfono del trabajo: _____
Ext.: _____

Padre, madre o tutor legal N° 2:

Apellido: _____ Nombre: _____ Masculino Femenino

- Padre Padrastro Tutor legal
 Madre Madrastra Padre de crianza temporal

Otro (favor indicar la relación): _____

Dirección: La dirección es la misma que la del ESTUDIANTE y del padre, madre o tutor legal principal mencionada antes.

Calle _____ Dpto. N° _____
 Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono de casa: (____) _____ - _____ ¿Es el teléfono de su casa un celular? Sí No

Teléfono celular: (____) _____ - _____

Dirección de correo electrónico: _____

Empleador: _____
Dirección del trabajo: _____
Teléfono del trabajo: _____
Ext.: _____

ANTECEDENTES DEL ESTUDIANTE

¿Tiene su estudiante un IEP actual para servicios de Educación Especial o un Plan 504? Sí No

En caso afirmativo, ¿se ha proporcionado documentación a la escuela? Sí No

¿Ha sido expulsado su hijo de asistir a la escuela en una escuela pública o privada en Virginia o en otro estado, por una ofensa en violación de las políticas de la junta escolar relacionadas con armas, alcohol o drogas, o por infligir deliberadamente lesiones a otra persona? Sí No

HERMANOS DEL ESTUDIANTE

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

CONTACTOS DE EMERGENCIA

Por favor indique al menos dos nombres de personas a las cuales podamos llamar para tomar decisiones de emergencia y puedan recoger a su hijo en la escuela si los padres o el tutor legal no pueden ser encontrados en el caso de una emergencia:

Contacto de emergencia N.º 1 (que no sea el padre, madre o tutor legal):

Nombre: _____

Dirección: Calle _____ Dpto. N° _____ Ciudad _____ Estado _____

Código postal _____ Teléfono de casa: _____ Celular: _____

Teléfono del trabajo: _____ Relación con el estudiante: _____

Contacto de emergencia N.º 2 (que no sea el padre, madre o tutor legal):

Nombre: _____

Dirección: Calle _____ Dpto. N° _____ Ciudad _____ Estado _____

Código postal _____ Teléfono de casa: _____ Celular: _____

Teléfono del trabajo: _____ Relación con el estudiante: _____

Contacto de emergencia N.º 3 (que no sea el padre, madre o tutor legal):

Nombre: _____

Dirección: Calle _____ Dpto. N° _____ Ciudad _____ Estado _____

Código postal _____ Teléfono de casa: _____ Celular: _____

Teléfono del trabajo: _____ Relación con el estudiante: _____

EXPERIENCIA DE PREKINDERGARTEN

Sólo para estudiantes que se inscriben en el kínder

Durante el año anterior al kínder, mi hijo asistió a (elija uno):

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

- Escuelas Públicas de la Ciudad de Alexandria (ACPS)
- Centro Campaña
- Centro de Red de Niños y Familias (CFNC)
- Escuela de juego creativo (Creative Play School)
- Academia Preescolar Hopkins House-Helen Day

Otro programa de prekínder:

- Educación Especial de la Primera Infancia
- Preescolares que aprenden juntos (PLT)
- Head Start
- Preescolar/guardería privada de todo el día
- Preescolar privado de medio día
- Proveedor de guardería diurna en el hogar familiar con licencia
- Programa de Desarrollo Infantil del Departamento de Defensa

Otro:

- Padre o familiar
- Proveedor de cuidado infantil en mi hogar (niñera, guardería, etc.)
- Otro:

Al firmar este formulario, estoy verificando que la información aquí contenida es correcta.

Firma del padre, madre o tutor legal: _____ Fecha: _____

SOLO PARA USO OFICIAL

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

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 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 የራደራል ስኬት ይጠይቃል። አታች በተገለፀው መረጃ ላይ ተመሰርቶ የራደራል ስኬት በሚጠይቀው መሰረት የተማሪውን የእንግሊዘኛ ቋንቋ ብቃት ምዘና ይካሄዳል። ከሚካሄደው ምዘና በሚገኘው ውጤት መሰረት ተማሪው በእንግሊዘኛ ቋንቋ ትምህርት (አ. ኤል) ፕሮግራም ተጨማሪ የቋንቋ ትምህርት ለመውሰድ ብቁ ሊሆን ይችላል። ወላጆች/ አሳዳጊዎች ስለምዘና ውጤት እና ተማሪው ለተጨማሪ ድጋፍ እንዲገኝባቸው ብቁ ስለመሆኑ መረጃ የሚደርሳቸው ሲሆን ወላጆችም በተጨማሪነት የሚሰጠውን የአ. ኤል አገልግሎት የመቀበል ወይም የለመቀበል እድል ያገኛሉ።

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

والدين/ سرپرست: مقررات حکومت فدرال مکاتب را ملزم میسازد تا کلیه شاگردان ثبت نام شده را در مورد زبان خانگی متعلمین و هر زبان دیگری که ممکن است صحبت کنند، بررسی کنند. بر اساس اطلاعات ارائه شده در زیر، شاگرد ممکن است برای مهارت لسان انگلیسی مطابق مقررات فدرال ارزیابی شود. بر اساس نتایج ارزیابی، دانش آموز ممکن است واجد شرایط آموزش تکمیلی از طریق برنامه تعلیم انگلیسی (EL) باشد. والدین/سرپرستان از نتایج ارزیابی مطلع می شوند و اگر شاگرد واجد شرایط خدمات تکمیلی باشد، والدین این فرصت را دارند که خدمات آموزش انگلیسی EL را بپذیرند یا امتناع کنند.

Student Name: _____ Date of Birth: _____
 Nombre del alumno Fecha de nacimiento
 የተማሪው ስም የትውልድ ቀን፤
 اسم الطالب تأريخ الميلاد
 اسم شاگرد تاریخ تولد

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

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 ዋና ቋንቋ ምንድን ነው ተማሪው ሌላ ቋንቋ የሚናገር ቢሆንም እንኾን?
 ماهي اللغة الأساسية المستخدمة في البيت، بغض النظر عن اللغة التي يتحدث بها الطالب؟
 بدون توجه به زبانی که شاگرد صحبت میکند، زبان اصلی مورد استفاده در خانه، چیست؟

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؟
 زبانی که اغلب شاگرد صحبت میکند، چیست؟

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؟
 زبانی که شاگرد برای اولین بار صحبت نمود، چیست؟

In which language do you prefer to receive communication from the school? English Español አማርኛ العربية دیگر

¿En qué idioma prefiere recibir comunicación de la escuela?
 ከትምህርት ቤት የሚለከውን መረጃ መለዋወጫ መገናኛ እንዲሆን የትኛው ቋንቋ ይመርጣሉ?
 ماهي اللغة التي تفضل التواصل بها مع المدرسة؟
 در کدام زبان ترجیح می دهید با مکتب ارتباط برقرار کنید؟

Other: _____
 Otro
 ሌላ
 أخرى
 دیگر

Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____
 Firma del padre, madre o tutor legal Fecha
 የወላጅ/አሳዳጊ ፊርማ ቀን
 توقيع ولي الأمر/الوصي الشرعي التاريخ
 امضای والدین/ سرپرست تاریخ

Verificación de residencia y Formulario de Inscripción



Parte I: Información del alumno y la familia

Por favor completa A, B o C.

- A. Soy el padre que está inscribiendo a _____ en la escuela. (nombre completo del alumno)
- B. Soy el tutor legal o guardián, o cuidador principal inscribiendo a _____ en la escuela (debe proveer documentación oficial). (nombre completo del alumno)
- C. Soy un estudiante adulto (18 años de edad o mayor) inscribiéndome yo mismo, _____ en la escuela. (nombre completo del alumno)

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

Nombre de la calle y apartamento, ciudad, estado, código postal y teléfono

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

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

Nombre en letra de imprenta del padre o tutor legal/cuidador o estudiante adulto Número de teléfono

Firma del padre/tutor legal/cuidador o estudiante adulto

Fecha

*Una residencia o domicilio de buena fe se define como el lugar donde una persona reposa la cabeza cada noche. Poseer o alquilar una propiedad no es suficiente para reclamar la residencia en la Ciudad de Alexandria. El estudiante y el tutor legal deben dormir en la Ciudad de Alexandria todas las noches.

Julio de 2018

Parte III: Verificación de residencia

El adulto que inscribe debe proporcionar una identificación con foto, certificado de nacimiento del estudiante y los siguientes tres (3) documentos: Todos los documentos deben ser la copia original (actualizada, dentro de los últimos 60 días) y anotar claramente el nombre del padre/tutor legal o del estudiante adulto y la dirección de la Ciudad de Alexandria. Consulte el reverso para obtener una explicación más detallada de los documentos.

Categoría A - un (1) documento:

Contrato de Arrendamiento

Factura de servicios (agua, gas, electricidad, cable o factura de teléfono fijo)

Título (con copia del impuesto a la propiedad)

Factura o recibo actual de impuestos a la propiedad de Alexandria

Carta enviada por correo de una agencia gubernamental (TANIF, HUD, ARHA, IRS, etc.)

Contrato de hipoteca

Recibo de pago de salario actual (indicando la dirección de Alexandria y la retención de impuestos de Virginia)

2 extractos bancarios consecutivos (enviados por correo)

Categoría B - dos (2) documentos de respaldo:

Categoría C:

Declaración de impuestos sobre la renta federal o estatal más reciente, que indique la dirección de la Ciudad de Alexandria

Carencia de vivienda

DSS/Servicios de Adopción Temporal

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. Debido para el _____

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 indicó anteriormente. Se puede realizar una visita domiciliaria, en casos de residencia cuestionable.

VENCIMIENTO DEL FORMULARIO A/B: _____ (Registrar - enter date into PowerSchool).

Certifico que revisé personalmente todos los documentos presentados y afirmo que la información representada arriba es verdadera y objetiva a mi leal saber y entender. También afirmo que se adjuntarán copias de toda la documentación requerida a este documento y se colocarán en el archivo del alumno.

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

Lista de documentación de verificación de residencia aceptable

Todos los documentos deben notar el nombre completo del padre o tutor legal o estudiante adulto registrado y la dirección de la Ciudad de Alexandria

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

- Contrato de arrendamiento o alquiler: 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.
- Título: El título de propiedad debe ser acompañado por una copia del impuesto sobre la propiedad del propietario. Esto se puede obtener (sin cargo) en <http://realestate.alexandriava.gov/index.php?action=address>. El título debe estar a nombre del padre o tutor legal.
- 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. Esto se puede obtener de forma gratuita en <http://realestate.alexandriava.gov/index.php?action=address>
- Vivo en una vivienda compartida y el contrato de arrendamiento o título o hipoteca no está a mi nombre. Complete un formulario de vivienda compartida (A/B) y adjunte el contrato de arrendamiento/título o hipoteca de la persona con la que vive.

Y

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

- Factura de servicios (agua, gas, electricidad, internet, cable o factura de teléfono fijo). La factura debe estar fechada dentro de los últimos 60 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.
- Impuesto actual sobre la propiedad personal de la Ciudad de Alexandria (vehículo, RV, bote). Por favor tenga en cuenta lo siguiente: El Departamento de Vehículos Motorizados de Virginia exige que todos los bienes personales se registren en la dirección actual dentro de los 60 días posteriores a la reubicación.
- Carta enviada por correo de una agencia gubernamental (TANIF, HUD, ARHA, IRS, etc.). La carta debe estar dirigida al padre/tutor legal o estudiante adulto.
- Recibo de pago actual de sueldo (indicando la dirección en la Ciudad de Alexandria y la retención de impuestos de Virginia).
- Última declaración de impuestos sobre la renta federal o estatal que indique la dirección de la Ciudad de Alexandria.
- 2 extractos bancarios consecutivos enviados por correo a la dirección de la Ciudad de Alexandria.

- Póliza de seguro actual de propietario o inquilino que indique la dirección de la Ciudad de Alexandria.

O

Categoría C: Por favor, consulte con el registrador de la escuela si aplica alguno de los siguientes.

- Falta de vivienda, en transición o sin hogar.
- Cuidado de crianza/DSS: Proporcione verificación de que el estudiante está bajo la custodia del Departamento de Servicios Sociales, en forma de una orden judicial o documentación oficial del Departamento de Servicios Sociales.



ENCUESTA PARA PADRES-HIJOS

Fecha de la encuesta 31/10/2024

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 (Ejército) 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

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 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

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad | <input type="checkbox"/> Cardiopatía congénita | <input type="checkbox"/> Apnea obstructiva del sueño | <input type="checkbox"/> Cáncer |
| <input type="checkbox"/> Autismo | <input type="checkbox"/> Hemofilia | <input type="checkbox"/> Trastornos nutricionales | <input type="checkbox"/> Infección crónica (Hepatitis C, VIH) |
| <input type="checkbox"/> Parálisis cerebral | <input type="checkbox"/> Enfermedad de células falciformes | <input type="checkbox"/> Discapacidad física | <input type="checkbox"/> Trastornos congénitos/cromosómicos |
| <input type="checkbox"/> Retraso en el desarrollo | <input type="checkbox"/> Fibrosis quística | <input type="checkbox"/> Eczema | <input type="checkbox"/> 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: _____

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 :	<input type="checkbox"/>		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	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------

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: <input type="checkbox"/> Hispanic <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 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 <i>Regulations for the Immunization of School Children</i> (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 ____ <input type="checkbox"/> Age / gender appropriate history completed <input type="checkbox"/> Anticipatory guidance provided	Physical Examination 1 = Within normal 2 = Abnormal finding 3 = Referred for evaluation or treatment											
		1	2	3	Neurological	1	2	3	Skin	1	2	3	
					Lungs				Genital				
					Heart				Urinary				
Tuberculosis Screening													
Check the box that applies:													
<input type="checkbox"/> No risk for TB infection identified				<input type="checkbox"/> No symptoms compatible with active TB disease				<input type="checkbox"/> Risk for TB infection or symptoms identified					
Test for TB Infection: TST IGRA Date: _____ TST Reading ____ mm TST/IGRA Result: <input type="checkbox"/> Negative <input type="checkbox"/> Positive CXR required if positive test for TB infection or TB symptoms. CXR Date: _____ <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal													
EPSDT Screens <u>Required</u> for Head Start – include specific results and date:													
Blood Lead: _____ Hct/Hgb _____													

Developmental Screen	<i>Assessed for:</i>	<i>Assessment Method:</i>	<i>Within normal</i>	<i>Concern identified:</i>	<i>Referred for Evaluation</i>
	Emotional/Social				
	Problem Solving				
	Language/Communication				
	Fine Motor Skills				
	Gross Motor Skills				
Hearing Screen	<input type="checkbox"/> Screened at 20dB: Indicate Pass (P) or Refer (R) in each box. <input type="checkbox"/> Screened by OAE (Otoacoustic Emissions): <input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Referred		<input type="checkbox"/> Referred to Audiologist/ENT <input type="checkbox"/> Unable to test – needs rescreen <input type="checkbox"/> Permanent Hearing Loss Previously identified: <input type="checkbox"/> Left <input type="checkbox"/> Right <input type="checkbox"/> Hearing aid or another assistive device		
		1000	2000	4000	
	R				
	L				

Vision Screen	<input type="checkbox"/> With Corrective Lenses (Check if yes)				Dental Screen	<input type="checkbox"/> Problems Identified: Referred for Treatment <input type="checkbox"/> No Problem: Referred for prevention <input type="checkbox"/> No Referral: Already receiving dental care <input type="checkbox"/> Unable to perform			
	Stereopsis <input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Fail		<input type="checkbox"/> Not tested						
	Distance	Both	R	L		Test used:			
		20/	20/	20/					
<input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Referred to eye doctor <input type="checkbox"/> Unable to test-needs rescreen									

Recommendations to (Pre) School, Child Care, or Early Intervention Personnel	Summary of Findings (check one):	
	<input type="checkbox"/> Well child; no conditions identified of concern to school program activities <input type="checkbox"/> Conditions identified that are important to schooling or physical activity (complete sections below and/or explain here):	
	Allergy: <input type="checkbox"/> food: _____ <input type="checkbox"/> insect: _____ <input type="checkbox"/> medicine: _____ <input type="checkbox"/> other: _____ Type of allergic reaction: <input type="checkbox"/> anaphylaxis <input type="checkbox"/> local reaction Response required: <input type="checkbox"/> none <input type="checkbox"/> epinephrine auto-injector <input type="checkbox"/> other:: _____	
	Individualized Health Care Plan needed (e.g., asthma, diabetes, seizure disorder, severe allergy, etc)	
	Restricted Activity Specify: _____	
	Developmental Evaluation <input type="checkbox"/> Has IEP <input type="checkbox"/> Further evaluation needed for: _____	
	Medication. Child takes medicine for specific health condition(s). <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 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: _____	

El Código de Conducta del Estudiante se pone a disposición de todas las familias cada año escolar. Al firmar esta sección y devolver este formulario, no se considerará que los padres o tutores legales renuncian, sino que se reservan expresamente sus derechos de protección por la Constitución o las leyes de los Estados Unidos y/o el Estado de Virginia, y tendrán derecho a expresar su desacuerdo con las políticas o decisiones de la división escolar. El Código de Conducta del Estudiante, requerido por ley, contiene pautas y reglas para la Política de Uso Responsable del Sistema Informático para Estudiantes; Asistencia Escolar Obligatoria; Normas de Conducta Estudiantil; Política de Equidad y Excelencia; formulario de denuncia de intimidación; y Código de Honor. Los padres y tutores legales tienen el deber de ayudar a las escuelas de ACPS a hacer cumplir las normas de conducta de los estudiantes y la asistencia escolar obligatoria. Los padres y tutores legales tienen la responsabilidad de comprender el Código de Conducta, promover la conducta adecuada del estudiante, ayudar a la escuela con la disciplina del alumno y reunirse con los funcionarios escolares si se solicita para discutir asuntos relacionados con la disciplina y la asistencia escolar. La ley también exige que los padres y tutores legales firmen una declaración que demuestre que conocen sus responsabilidades. La firma del padre, madre o tutor legal solo reconoce acuse de recibo y no requiere que las familias estén de acuerdo con las políticas incluidas en el documento.

Firma del padre, madre o tutor lega: _____

Uso responsable de la tecnología y las redes sociales

Como alumno, acepto cumplir con las directrices sobre tecnología e Internet, tal como están escritas en el Código de Conducta del Estudiante.

Firma del alumno: _____

Reglamentos del autobús escolar

Los reglamentos del autobús escolar se proporcionan en el Manual de la Familia de ACPS. He leído y entiendo los reglamentos para los alumnos que viajan en un autobús escolar y estoy de acuerdo en asumir completa responsabilidad por la conducta del estudiante en el autobús escolar.

Firma del padre, madre o tutor lega: _____

He leído y comprendo los reglamentos para los estudiantes que viajan en un autobús escolar y acepto, como pasajero, cumplir con estos reglamentos.

Firma del alumno: _____

La información del 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 del 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 puede divulgar información del directorio sin consentimiento por escrito, a menos que el padre o tutor legal indiquen a continuación que la información del alumno no puede divulgarse.

NO divulgue la información del directorio del alumno, excepto según lo exija la ley estatal o federal, desde la fecha en que se firma este formulario hasta el 15 de septiembre de 2024. **Entiendo que esto significa que la información y las fotografías del alumno se excluirán de las publicaciones escolares, como anuarios, listas de honor y programas impresos de graduación/deportivos/teatrales.**

Directorios de PTA y organizaciones relacionadas con la escuela

Muchas PTA de escuelas y organizaciones educativas escolares y comunitarias producen un directorio anual para las familias. Sin embargo, de acuerdo con la ley de Virginia, ninguna escuela puede divulgar la dirección, el número de teléfono o la dirección de correo electrónico de un estudiante (a menos que lo exija la ley o se describa en el Manual de la Familia de ACPS), a menos que el padre o tutor legal dé su consentimiento afirmativo por escrito..

Sí, ACPS puede divulgar el número de teléfono y la dirección de correo electrónico del estudiante/familia a las PTA, organizaciones de recolección de fondos y otras organizaciones relacionadas con la escuela desde la fecha en que se firma este formulario hasta el 15 de septiembre de 2024.

Participación en los medios

A lo largo del año escolar, la escuela del alumno o ACPS pueden querer compartir fotografías o videos del estudiante, imágenes de su arte o trabajo en clase, pasajes de sus escritos o citas de debates en clase o presentaciones educativas. Esto incluye imágenes en el sitio web de ACPS, en videos de ACPS, en las redes sociales, en publicaciones escolares (incluidos anuarios y programas) o compartidas con terceros, incluidos, entre otros, los medios de comunicación locales o nacionales (televisión, publicaciones en línea e impresas).

NO use la fotografía, la imagen, la voz, los escritos, el trabajo de clase o el arte del estudiante de ninguna de las formas descritas anteriormente desde la fecha de firma de este formulario hasta el 15 de septiembre de 2024.

Información del expediente del alumno

(Para padres de escuela secundaria: ÚNICAMENTE para alumnos de 11.º y 12.º grados)

La sección 9528 de la Ley Que Ningún Niño se Quede Atrás de 2001 requiere que los sistemas escolares proporcionen a los reclutadores militares y a las instituciones de educación superior los nombres de los estudiantes de secundaria, las direcciones y los números telefónicos cuando lo soliciten. Sin embargo, los padres o tutor legal (o un estudiante, si tiene 18 años o es un menor legalmente emancipado) pueden solicitar que el nombre, la dirección y las listas de teléfonos del estudiante no se divulguen sin el consentimiento previo por escrito. ACPS, mediante este formulario, le notifica su derecho a solicitar que no se divulgue la información de su hijo.

Si usted **NO** marca ninguna de las opciones a continuación, la información del alumno se divulgará cuando lo solicite un reclutador militar, un posible empleador o una institución de educación superior para el año escolar 2024-2025.

Marque cualquiera de estos grupos si **NO** desea que reciban la información del alumno:

NO divulgar la información del alumno a los reclutadores militares

NO divulgar la información del alumno a universidades u otras instituciones educativas

NO divulgar la información del alumno a los posibles empleadores

La sección 9528 de la Ley Que Ningún Niño se quede atrás de 2001 requiere que los sistemas escolares proporcionen a los reclutadores militares y a las instituciones de educación superior los nombres de los estudiantes de secundaria, las direcciones y los números telefónicos cuando lo soliciten. Sin embargo, los padres o tutor legal (o un estudiante, si tiene 18 años o es un menor legalmente emancipado) pueden solicitar que el nombre, la dirección y las listas de teléfonos del estudiante no se divulguen sin el consentimiento previo por escrito. ACPS, mediante este formulario, le notifica su derecho a solicitar que no se divulgue la información de su hijo.

Si usted NO marca ninguna de las opciones a continuación, la información del alumno se divulgará cuando lo solicite un reclutador militar, un posible empleador o una institución de educación superior para el año escolar 2024-2025.

Marque cualquiera de estos grupos si NO desea que reciban la información del alumno:

_____ NO divulgar la información del alumno a los reclutadores militares

_____ NO divulgar la información del alumno a universidades u otras instituciones educativas

_____ NO divulgar la información del alumno a los posibles empleadores

Contrato de libros

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

Firma del padre, madre o tutor legal: _____

Educación para la Vida Familiar

El plan de estudios de Educación para la Vida familiar de ACPS está diseñado para proveer un programa integral y secuencial de K-10, que incluye instrucción apropiada para la edad sobre la vida familiar y las relaciones comunitarias, educación sobre la abstinencia, sexualidad y reproducción humana, y el valor de posponer la actividad sexual y los beneficios de la adopción como una opción positiva en caso de un embarazo no deseado. Para conocer más sobre los planes de estudio de educación para la vida familiar, sírvase visitar la página web de Educación para la Vida Familiar de ACPS: <https://www.acps.k12.va.us/academics/family-life-education>

Además, La información para optar por no participar en Educación para la Vida Familiar se puede encontrar en el sitio web de Educación para la Vida Familiar de ACPS.

El plan de estudios de Educación para la Vida familiar de ACPS está diseñado para proveer un programa integral y secuencial de K-10, que incluye instrucción apropiada para la edad sobre la vida familiar y las relaciones comunitarias, educación sobre la abstinencia, sexualidad y reproducción humana, y el valor de posponer la actividad sexual y los beneficios de la adopción como una opción positiva en caso de un embarazo no deseado. Para conocer más sobre los planes de estudio de educación para la vida familiar, sírvase visitar la página web de Educación para la Vida Familiar de ACPS: <https://www.acps.k12.va.us/academics/family-life-education>

Además, La información para optar por no participar en Educación para la Vida Familiar se puede encontrar en el sitio web de Educación para la Vida Familiar de ACPS.

Alternate Authorized Persons for Kindergarten/Special Education Release/Persona Alternativa para recoger Jardín de infancia/Educación Especial

Transportation Department/ Departamento de transportación

Fecha: _____

Nombre de Estudiante:	ID de Estudiante #:		
Dirección:	Dpto:		Código Postal:
Nombre de Padre(S):		Lenguaje Hablado por Padres/Guardián:	
Numero de Tel:	Casa:	Trabajo:	Cell:
Escuela:			
Persona(s) autorizada para recoger (aparte de el guardián legal) Solo 3 nombres autorizados permitido.			
Nombre de persona autorizada	Relación al estudiante	Numero de telefono	
Firma de Padre/ Guardian :		Fecha:	
Firma del Principal:			
Solo para uso de la oficina:			
Recibido por: _____ Fecha: _____ Hora: _____			

Por Favor Note: Este formulario debe ser entregado a las 12p.m. en orden para ser efectivo inmediatamente. Si es entregado después de las 12 p.m., el cambio estará en efecto hasta el siguiente día escolar. El principal DEBE aprobar en orden para ser procesado.