



Dentro De Distrito

Formulario Para Transferencia de Estudiante 2024-2025

SCHOOL USE ONLY
ENTRY DATE _____
ENTRY CODE _____
DATE RECORDS REQUESTED _____
CURRENT GRADE LEVEL _____

Declaración: Crear estudiantes preparados para una Sociedad global en cambio constante..

NOMBRE DE ESCUELA:	NÚMERO DE ESCUELA:	IDENTIFICACIÓN DE ESTUDIANTE:
---------------------------	---------------------------	--------------------------------------

INSTRUCCIONES: Bienvenido al Distrito Escolar del Condado de Volusia. Por favor complete las áreas SOMBRADAS de este formulario de cinco páginas. Por favor imprima claramente con una pluma. Gracias

**SECCIÓN I
DATOS DEMOGRÁFICOS GENERALES**

1. NOMBRE LEGAL DEL NIÑO/NIÑA	MEDIO NOMBRE	APELIDO LEGAL DEL NIÑO/NIÑA	JR./SR./ETC	NOMBRE PREFERIDO
2. SEXO: <input type="checkbox"/> HOMBRE <input type="checkbox"/> MUJER	3. FECHA DE NACIMIENTO: MES / DÍA / AÑO		4. NÚMERO DE SEGURO SOCIAL*	
5. DIRECCIÓN RESIDENCIAL DEL ESTUDIANTE (NUMERO DE CASA, NOMBRE DE CALLE)		APT. NO.	CIUDAD	ESTADO
6. DIRECCIÓN POSTAL SI ES DIFERENTE DE SU RESIDENCIAL		APT. NO.	CIUDAD	ESTADO
7. NÚMERO DE TELÉFONO (PRINCIPAL) NO LISTADO: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO () -		8. PUBLISH/PERMISSION DIRECTORY INFORMATION: (INFORMACIÓN PUBLICADA NO SERA COMPARTIDA A MENOS QUE SEA CON FINES EDUCATIVOS) <input type="checkbox"/> Y – SI <input type="checkbox"/> A – SIN DOMICILIO <input type="checkbox"/> N – SIN TELÉFONO NI DIRECCIÓN <input type="checkbox"/> X – NO..MIEMBRO DE POLICÍA <input type="checkbox"/> P – SIN TELÉFONO		

**Florida Statue 1008.386 requiere que los distritos escolares públicos soliciten un número de Seguro social para cada estudiante en PK – 12 que se escriba o que esté inscrito.*

**SECCIÓN II
DOMICILIOS Y CONTACTOS**

9. CONTACTO ID: 01 GUARDIÁN	NOMBRE DE GUARDIÁN LEGAL	MEDIO NOMBRE	APELIDO DE GUARDIÁN LEGAL	JR./SR./ETC.
RELACIÓN: <input type="checkbox"/> MADRE <input type="checkbox"/> PADRE <input type="checkbox"/> GUARDIÁN	ESTUDIANTE VIVE CON ESTA PERSONA: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	CUSTODIA: <input type="checkbox"/> SI	EMERGENCIA: <input type="checkbox"/> SI	RECOGER: <input type="checkbox"/> SI
OCUPACIÓN DEL GUARDIÁN LEGAL (MIGRANTE)		NOMBRE DEL EMPLEADOR	**TELÉFONO PRICIPAL (VCS CONNECT USE) () -	** TELÉFONO SECUNDARIO (VCS CONNECT USE) () -
TELÉFONO DE TRABAJO (EXTENSIÓN) () -	TELÉFONO CELULAR () -	TELÉFONO DE RESIDENCIA () -		NO LISTADO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
CORREO ELECTRÓNICO PRINCIPAL:				
9A CÓDIGO DE ACCESO DEL ESTUDIANTE (OPCIONAL) (CLASIFICADO)				

10. CONTACT ID: 02 GUARDIÁN	NOMBRE DE GUARDIÁN LEGAL	MEDIO NOMBRE	APELIDO DE GUARDIÁN LEGAL	JR./SR./ETC.
RELACIÓN: <input type="checkbox"/> MADRE <input type="checkbox"/> PADRE <input type="checkbox"/> GUARDIÁN	ESTUDIANTE VIVE CON ESTA PERSONA: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	CUSTODIA: <input type="checkbox"/> SI	EMERGENCIA: <input type="checkbox"/> SI	RECOGER: <input type="checkbox"/> SI
OCUPACIÓN DEL GUARDIÁN LEGAL (MIGRANTE)		NOMBRE DEL EMPLEADOR	**TELÉFONO PRICIPAL (VCS CONNECT USE) () -	** TELÉFONO SECUNDARIO (VCS CONNECT USE) () -
TELÉFONO DE TRABAJO (EXTENSIÓN) () -	TELÉFONO CELULAR () -	TELÉFONO DE RESIDENCIA () -		NO LISTADO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
CORREO ELECTRÓNICO PRINCIPAL:				
11. RESIDENCIA/DIRECCIÓN POSTAL (SI ES DIFERENTE DEL ESTUDIANTE)				
APT. NO.	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	

***El teléfono principal se utilizará para llamadas VCS Connect. Si su teléfono celular es su teléfono principal, ponga este número en el campo de teléfono principal y celular. Se debe incluir un número de teléfono secundario para los padres/guardianes que viven en lugares separados.*

(CONTACTOS CONTINUADO)

12. CONTACTO ID:03	NOMBRE	MEDIO NOMBRE	APELLIDO	JR./SR./ETC.	USO SOLO PARA MADRE/PADRE: DIFUNTO: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
RELACIÓN:					
<input type="checkbox"/> MADRE <input type="checkbox"/> PADRE <input type="checkbox"/> PADRASTRO <input type="checkbox"/> MADRASTRA <input type="checkbox"/> ABUELO <input type="checkbox"/> ABUELA <input type="checkbox"/> TÍA <input type="checkbox"/> TÍO <input type="checkbox"/> HERMANO <input type="checkbox"/> HERMANA <input type="checkbox"/> MEDIO-HERMANO <input type="checkbox"/> MEDIA-HERMANA <input type="checkbox"/> PRIMO <input type="checkbox"/> DOCTOR <input type="checkbox"/> VECINO <input type="checkbox"/> SCHOOL PATRON <input type="checkbox"/> PADRE ADOPTIVO <input type="checkbox"/> OTRO _____					
ESTUDIANTE VIVE CON ESTA PERSONA: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		EMERGENCIA: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	RECOGER: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	CONTACTO TIENE ACCESO A LOS ARCHIVOS: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO, Si "NO" está marcado para un padre, se requiere documentación legal.	CONTACTO RESTRINGIDO (SOLO MADRE/PADRE) CONTACTO ESTÁ RESTRINGIDO EN TENER ACCESO AL ESTUDIANTE (SE REQUIERE ORDEN JUDICIAL) <input type="checkbox"/>
NOMBRE DEL EMPLEADOR		TELÉFONO DE TRABAJO (EXTENSIÓN) () -		TELÉFONO CELULAR () -	TELÉFONO DE RESIDENCIA NO LISTADO? () - <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
CORREO ELECTRÓNICO PRINCIPAL:					
13. DOMICILIO DE RESIDENCIA		APT. NO	CIUDAD		ESTADO
14. DIRECCIÓN POSTAL		APT. NO	CIUDAD		ESTADO
CÓDIGO POSTAL					

15. CONTACTO ID:04	NOMBRE	MEDIO NOMBRE	APELLIDO	JR./SR./ETC.	USO SOLO PARA MADRE/PADRE: DIFUNTO: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
RELACIÓN:					
<input type="checkbox"/> MADRE <input type="checkbox"/> PADRE <input type="checkbox"/> PADRASTRO <input type="checkbox"/> MADRASTRA <input type="checkbox"/> ABUELO <input type="checkbox"/> ABUELA <input type="checkbox"/> TÍA <input type="checkbox"/> TÍO <input type="checkbox"/> HERMANO <input type="checkbox"/> HERMANA <input type="checkbox"/> MEDIO-HERMANO <input type="checkbox"/> MEDIA-HERMANA <input type="checkbox"/> PRIMO <input type="checkbox"/> DOCTOR <input type="checkbox"/> VECINO <input type="checkbox"/> SCHOOL PATRON <input type="checkbox"/> PADRE ADOPTIVO <input type="checkbox"/> OTRO _____					
ESTUDIANTE VIVE CON ESTA PERSONA: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		EMERGENCIA: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	RECOGER: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	CONTACTO TIENE ACCESO A LOS ARCHIVOS: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Si "NO" está marcado para un padre, se requiere documentación legal.	CONTACTO RESTRINGIDO (SOLO MADRE/PADRE) CONTACTO ESTÁ RESTRINGIDO EN TENER ACCESO AL ESTUDIANTE (SE REQUIERE ORDEN JUDICIAL) <input type="checkbox"/>
NOMBRE DEL EMPLEADOR		TELÉFONO DE TRABAJO (EXTENSIÓN) () -		TELÉFONO CELULAR () -	TELÉFONO DE RESIDENCIA NO LISTADO? () - <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
CORREO ELECTRÓNICO PRINCIPAL:					
16. DOMICILIO DE RESIDENCIA		APT. NO	CIUDAD		ESTADO
17. DIRECCIÓN POSTAL		APT. NO	CIUDAD		ESTADO
CÓDIGO POSTAL					

18. CONTACTO ID:05	NOMBRE DEL CONTACTO DE EMERGENCIA	MEDIO NOMBRE	APELLIO	JR./SR./ETC.
RELACIÓN:				
<input type="checkbox"/> PADRASTRO <input type="checkbox"/> MADRASTRA <input type="checkbox"/> ABUELO <input type="checkbox"/> ABUELA <input type="checkbox"/> TÍA <input type="checkbox"/> TÍO <input type="checkbox"/> HERMANO <input type="checkbox"/> HERMANA <input type="checkbox"/> MEDIO-HERMANO <input type="checkbox"/> MEDIA-HERMANA <input type="checkbox"/> PRIMO <input type="checkbox"/> DOCTOR <input type="checkbox"/> SCHOOL PATRON <input type="checkbox"/> PADRE ADOPTIVO <input type="checkbox"/> VECINO <input type="checkbox"/> OTRA _____				
ESTUDIANTE VIVE CON ESTA PERSONA: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		EMERGENCIA: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	RECOGER: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	CONTACTO TIENE ACCESO A LOS ARCHIVOS: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
TELÉFONO PRINCIPAL () -				
CORREO ELECTRÓNICO PRINCIPAL:				

SECCIÓN III

LA INSCRIPCIÓN DEBE SER COMPLETADA POR EL PADRE / TUTOR LEGAL ASISTIDO POR EL PERSONAL DE LA ESCUELA

19. ESTUDIANTE TRANSFERENCIA DESDE (NOMBRE DE LA ESCUELA EN EL CONDADO DE VOLUSIA)					
20. NIVEL GRADO:	21. FECHA DE INSCRIPCIÓN MES DÍA AÑO / /	22. CÓDIGO DE INSCRIPCIÓN R02	22A. DISTRITO ANTERIOR: 64	22B. ESTADO ANTERIOR: FL	22C. PAÍS ANTERIOR: US
23. CÓDIGO DE ASIGNACIÓN/VARIANCE			24. SALON DE CASA		
25. PROMOCIÓN DE MEDIO GRADO ALTO/ESTADO DE RETENCIÓN AL FINAL DEL AÑO ESCOLAR EXTERIOR <input type="checkbox"/> P – PROMOVIDO ACADÉMICAMENTE <input type="checkbox"/> A – ASIGNADO ADMINISTRATIVAMENTE <input type="checkbox"/> R – RETENIDO <input type="checkbox"/> D – ESTUDIANTE CON DISCAPACIDADES OPTÓ POR PERMANECER IN LA ESCUELA			26. PROMOCIÓN DE GRADO ELEMENTAL/ESTADO DE RETENCIÓN <input type="checkbox"/> P – PROMOVIDO ACADÉMICAMENTE <input type="checkbox"/> A – ASIGNADO ADMINISTRATIVAMENTE <input type="checkbox"/> R – RETENIDO EXENCIÓN POR CAUSA JUSTIFICADO (3 ^{RO} GRADO):		
27A. FECHA DE SALIDA (De escuela anterior) MES DÍA AÑO / /			27B. ALGUNA VEZ HA SIDO SU ESTUDIANTE RETENIDO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO EN CASO AFIRMATIVO, QUÉ GRADO? _____		
28. . HA ESTADO INSCRITO EL ESTUDIANTE O RECIBIDO SERVICIOS EN UNO O MÁS DE LOS SIGUIENTES (MARQUE TODO LO QUE CORRESPONDA)? <input type="checkbox"/> SPEECH <input type="checkbox"/> ESOL <input type="checkbox"/> GIFTED <input type="checkbox"/> 504 <input type="checkbox"/> EDUCACIÓN ESPECIAL					

29A. ELECCIÓN EDUCATIVA? <input type="checkbox"/> C – FALLÓ DE LA ESCUELA AYP (SOLO PARA USO ESCOLAR) <input type="checkbox"/> Z – NO APLICABLE
29B. ESTA INGRESANDO EL ESTUDIANTE A ESTA ESCUELA DEBIDO A UN DESASTRE NATURAL EST AÑO ESCOLAR? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
29C. EN CASO AFIRMATIVO, INDIQUE EL TIPO DE DESATRE NATURAL: <input type="checkbox"/> Q – CAMBIÓ DE ESCUELA AL DISTRITO DEBIDO A TERREMOTO <input type="checkbox"/> W – CAMBIÓ DE ESCUELA AL DISTRITO DEBIDO A HURACÁN <input type="checkbox"/> Z – NO SE MOVIÓ DEBIDO A UN DESASTRE NATURAL

SECCIÓN IV

DATOS DEMOGRÁFICOS GENERALES

30. ALERTA DE CUSTODIA/ORDEN JUDICIAL: <input type="checkbox"/> Y – ORDEN JUDICIAL O <input type="checkbox"/> C – DOCUMENTOS DE DIVORCIO (INSTRUMENTO LEGAL DE CUSTODIA)		
31. LUGAR DE NACIMIENTO (CIUDAD DE NACIMIENTO)	ESTADO DE NACIMIENTO	PÁIS DE NACIMIENTO
32. CONDADO DE RESIDENCIA	33. ESTADO DE RESIDENCIA DEL ESTUDIANTE (MARCA UNO) <input type="checkbox"/> B – RESIDENTE FUERA DEL CONDADO DE FLORIDA <input type="checkbox"/> 3 – RESIDENTE DEL CONDADO DE VOLUSIA <input type="checkbox"/> 2 – RESIDENTE FUERA DEL ESTADO <input type="checkbox"/> 0 – ESTUDIANTE DE INTERCAMBIO	34. ESCUELA ZONIFICADO FUERA DE VOLUSIA (SOLO COMPLETE CUANDO #33 ES CÓDIGO B)
35A. ES SU HIJO/A HISPANO O LATINO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		35B. RAZA: (MARQUE TODO LO QUE CORRESPONDA) <input type="checkbox"/> BLANCO <input type="checkbox"/> NEGRO O AFROAMERICANO <input type="checkbox"/> ASIÁTICO <input type="checkbox"/> INDIO AMERICANO O NATIVO DE ALASKA <input type="checkbox"/> NATIVO DE HAWÁI U OTRO ISLEÑO PACÍFICO
NOTA PARA EL REGISTRADOR: SI EL PADRE MARCA "SI" EN LA PREGUNTA 35A, SE DEBE MARCAR AL MENOS UN CÓDIGO DE RAZA		

SECCIÓN V

PERSONAS EN TRANSICIÓN O PÉRDIDA DE VIVIENDA

<p>36A. FAMILIES EN TRANSICIÓN – CHAPTER 1003.12, F.S., ESTABLECE QUE LOS NIÑOS DEBEN TENER ACCESO A UNA EDUCACIÓN PÚBLICA GRATUITA Y LOS DISTRITOS ESCOLARES AYUDARÁN CUMPLIR CON TODOS LOS REQUISITOS. MARQUE "SI" SI SU FAMILIA VIVE EN ALGUNA DE LAS SIGUIENTES SITUACIONES TEMPORALMENTE</p> <p>PORQUE NO PUEDE ENCONTRAR O PAGAR UNA VIVIENDA ADEQUADA <input type="checkbox"/> SI</p> <p>El niño/joven duerme por la noche en la calle, en un carro, tienda de campana, edificio abandonado, parque u otro lugar que normalmente no se utiliza como alojamiento para dormir para seres humanos;</p> <p>El niño/joven duerme por la noche en un motel, remolque o campamento;</p> <p>El niño/joven duerme por la noche en un refugio, por ejemplo, sin hogar, fugitive, abuso doméstico, abuso;</p> <p>El niño/joven duerme TEMPORALMENTE por la noche en la casa de un familiar o amigo debido a una NECESIDAD económica.</p>	<p>36B. RESIDENCIA NOCTURNA PRINCIPAL – SI SU FAMILIA VIVE TEMPORALMENTE EN ALGUNA DE LAS SIGUIENTES SITUACIONES DE VIVIENDA PORQUE NO PUEDE ENCONTRAR O PAGAR UNA VIVIENDA; MARQUE LA SITUACIÓN QUE LE CORRESPONDA.</p> <p><input type="checkbox"/> A – Niño/joven tiene como residencia nocturna principal Vivir en refugios de emergencia o de transición, tráiler de FEMA, abandonados en hospitales.</p> <p><input type="checkbox"/> B – Niño/joven tiene como residencia nocturna principal compartir viviendo con otras personas debido a dificultades económicas o una razón similar, viven en double</p> <p><input type="checkbox"/> D – Niño/joven tiene como residencia nocturna principal vivir en carros, parques, parques temporales de trailer o campamentos debido a la falta de alojamiento alternativo adecuado, espacios públicos, edificios, casas deficientes, autobuses o campamentos, estaciones de tren, lugares públicos o privados no concebidos o utilizados haitualmente como alojamiento normal para dormir o entornos similares.</p> <p><input type="checkbox"/> E – Niño/joven tiene como residencia nocturna principal vivir en hoteles o moteles</p>
---	--

36C. CAUSA DE TRANSICIÓN O FALTA DE VIVIENDA (POR FAVOR INDIQUE LA RAZÓN DE LA TRANSICIÓN O LA CAUSA D LA FALTA DE VIVIENDA)

- D – Desastre Provocado Por Hombre (Mayor) O – Otro – i.e., falta de Vivienda asequibles, pobreza de larga duración, desempleo o subempleo, falta de seguro medico, las enfermedades mentales, la violencia doméstica, desalojo forzado.
- E – Desastre Natural – Terremoto
- F – Desastre Natural – Inundaciones S – Desastre Natural – Tormenta Tropical
- H – Desastre Natural – Huracán T – Desastre Natural – Tornado
- M – Ejecución Hipoteca W – Desastre Natural – Incendio Forestal o Incendio

38D. JÓVENES NO ACOMPAÑADOS SIN HOGAR

- SI Es el estudiante un “joven no acompañado” – definido como un estudiante que no reside bajo la custodia física de un padre o guardian y vive en una de las situaciones de casa enumeradas anteriormente?

39. ESTADO DE CUIDADO: ESTÁ EL NIÑO EN ESTE MOMENTO EN CUIDADO ADOPTIVO/FOSTER ? SI NO

**SECCIÓN VI
FED/STATE**

40. ESTUDIANTE DE FAMILIA MILITAR – Estos incluyen hijos de 1) Miembros en servicio active de los servicios uniformados, incluidos los miembros de la Guardia Nacional y la Reserva con órdenes de servicio active de conformidad con 10 U.S.C. ss. 1209 y 1211; 2) Miembros o veteranos de los servicios uniformados que estén gravemente heridos y dados de baja por razones médicas o retirados po un período de 1 año después de la baja médica o jubilación; y 3) Miembros de los servicios uniformados que mueren en servicio active o como resultado de lesiones sufridas en servicio activo. SI

41. FUE ATENDIDO SU HIJO EN EL PROGRAMA DE EVEN START FAMILY LITERACY ?

(PRE-K EVEN START FAMILY?) PRE-K REGISTRACIÓN SI NO

42. EN QUÉ PROGRAMA DE PRE-K SE ESTÁ INSCRIBIENDO SU HIJO?

- REGISTRACIÓN Pre-K C – CSI Pre-K (Title 1 Pre-Kindergarten) D – Programa de Pre-Kindergarten para Niños con Discapacidades
- (PROGRAMA PRE-K) T – Programa Para Padres Adolescentes V – Programa Voluntario de Educación Pre-Kindergarten

**SECCIÓN VII
SEGUROS MÉDICALES**

DEBE SER COMPLETADO POR EL PADRE/GUARDIAN

43A. ESTÁ CUBRIDO SU HIJO POR MEDICAID? SI, Niño tiene Medicaid IVCS0000002 NO

43B. TIENE SU HIJO OTRO SEGURO QUE NO SEA MEDICAID? (MARQUE UNO):

- Niño tiene Seguro de Salud IVCS0000001
- Niño tiene Seguro de Healthy Kids (Florida KidCare) IVCS0000003
- Niño No tiene Seguro Médico/Medicaid IVCS0000004

**SECCIÓN VIII
CONDICIONES MEDICALES**

44A. TIENE SU HIJO UNA CONDICION POTENCIALMENTE MORTAL? SI NO

44B. SI, INDIQUE SI LA CONDICIÓN REQUIERE ALGUNO DE LOS SIGUIENTES: (SE REQUIERE ALERTA MÉDICA)

(Marque todo los que corresponda):

- A – Inhalador Para Asma D – Diastat E – Epi-Pen I – Inyección de Insulina S – Inyección de Solu-Cortef

45. CONDICIONES DE SALUD: MARQUE TODO LO QUE CORRESPONDA. Indique la fecha de Diagnóstico (si se conoce) y Si se requiere Medicación.

TIPO DE CONDICIÓN	FECHA DE CONDICIÓN	MED. REQ.?	TIPO DE CONDICIÓN	FECHA DE CONDICIÓN	MED. REQ.?
<input type="checkbox"/> AA – Alergia-Aspirina	___/___/___	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> HM – Hemofilia	___/___/___	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> AB – Alergia Picaduras de Insecto	___/___/___	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> HN – Hernia	___/___/___	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> AC – Alergia-Yodo	___/___/___	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> HR – Enfermeda Cardíaca	___/___/___	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> AD – Alergia-Penicillina	___/___/___	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> HY – Hipertensión	___/___/___	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> AE – Allergy-Sulfa	___/___/___	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> KI – Nefropatía	___/___/___	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> AF – Allergy-Otra Cosa	___/___/___	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> LE – Leucemia	___/___/___	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> AG – Allergy-Nueces	___/___/___	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> MA – Alerta Médica	___/___/___	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> AI – Insuficiencia Suprarrenal	___/___/___	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> MD – Distrofia Muscular	___/___/___	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> AN – Anemia	___/___/___	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> MO – Discapacidad Motora	___/___/___	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> AR – Reacción Anafiláctica	___/___/___	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> MU – Múltiples Problemas de Salud	___/___/___	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> AS – Asma	___/___/___	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> PA – Desarrollo Físico	___/___/___	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> AT – Déficit de Atención Hipreactividad	___/___/___	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> PI – Discapacidad Física	___/___/___	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> CF – Fibrosis Quística	___/___/___	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> PR – Embarazo	___/___/___	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> CP – Parálisis Cerebral	___/___/___	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> RC – Ver Registros Escolares	___/___/___	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> DI – Diabetes	___/___/___	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> RH – Sangre RH Negativa	___/___/___	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> SC – Escoliosis	___/___/___	<input type="checkbox"/>

(CONDICIONES CONTINUÁN EN A PÁGINA SIGUIENTE)

TIPO DE CONDICIÓN (CONTINUACIÓN)	FECHA DE CONDICIÓN	MED. REQ.?	TIPO DE CONDICIÓN (CONTINUACIÓN)	FECHA DE CONDICIÓN	MED. REQ.?
<input type="checkbox"/> EA – Infección de Oído Repetida	___/___/___	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SD – Trastorno Convulsivo	___/___/___	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> EP – Epilepsia	___/___/___	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SI – Anemia Falciforme	___/___/___	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> GA – Afección Gastrointestinal	___/___/___	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SP – Discapacidad del Habla	___/___/___	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> HE – Discapacidad Auditiva	___/___/___	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> UR – Condición Urológica	___/___/___	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> HG – Hypogluccemia	___/___/___	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> VI – Discapacidad Visual	___/___/___	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> NINGUNAS DE LAS ANTERIORES		

SECCIÓN IX

NOTA PARA EL REGISTRADOR: NO SE REQUIERE INGRESO DE DATOS

46. LA LEY 1006.07(1)(B) F.S. REQUIERE QUE CADA ESTUDIANTE ANOTE EN EL MOMENTO INICIAL DE LA INSCRIPCIÓN A LA ESCUELA CUALQUIER EXPULSIÓN ESCOLAR PREVIA, ARRESTOS QUE RESULTEN EN UN CARGO Y ACCIONES DE JUSTICIA JUVENIL QUE EL ESTUDIANTE HA TENIDO:

POR FAVOR PONGA SUS INICIALES EN LOS SIGUIENTES:

HA SIDO SU HIJO/HIJA ALGUNA VEZ:

- SI NO EXPULSADO DE UNA ESCUELA ANTERIOR
 SI NO PUESTO BAJO ARRESTO, LO QUE RESULTÓ EN UNA CARGA
 SI NO PARTICIPADO EN UN PROGRAMA JUVENIL
 SI NO SUSPENDIDO DE UNA ESCUELA ANTERIOR
 SI NO REFERIDO A SERVICIOS DE SALUD MENTAL

SECCIÓN X

TRANSPORTATION

TO BE COMPLETED BY SCHOOL PERSONNEL

47. BUS RIDERSHIP CODE

- Y – Student is Eligible and Requests Transportation
 S – Summer Only
 B – Regular and Summer
 N – Not a Rider

48. TRANSPORTATION NEEDS

- C – Contracted Transportation – GIS ONLY
 S – Sibling of ESE siblings – GIS ONLY
 O – Out of Zone
 G – Votran Gold – GIS ONLY
 V – Votran Transportation Pass
 T – Temporary Medical – GIS Only
 M – Medical Limitations – GIS ONLY
 I – In Zone

49. SPECIAL REQUIREMENTS (SPECIAL BUS REQUIREMENTS)

- B – Baby Seat (20-40 lbs.)
 C – Curbside (upon accessibility)
 E – Electric Wheelchair
 G – Curbside/Baby Seat
 H – Harness
 I – Infant Seat (under 20 lbs.)
 K – Curbside/Harness
 W – Wheelchair

50. OPTIONAL SERVICES

- A – Alternative Hours/Pre-K AM
 B – Alternative Hours/Pre-K PM
 E – Environmental Control
 F – Multi-VE
 O – Multi-VE/Environment Control
 T – Stop Change/Same Route – GIS Only

Note: All requests for after hours transportation (tutoring, activities, etc.) should be made to GIS routing where the appropriate codes will be determined and entered.

FLA. STATUTE 837.06 – QUINQUIERA QUE A SABRIENDO HAGA UNA DECLARACIÓN FALSA POR ESCRITO CON LA INTENCIÓN DE ENGAÑAR A UN SERVIDOR PÚBLICO EN EL DESEMPEÑO DE SU DEBER OFICIAL SERÁ CULPABLE DE UN DELITO MENOR DE SEGUNDO GRADO, PUNIBLE SEGÚN LO DISPUESTO EN EL S.775.082 O S.775.083.

LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA POR MÍ EN ESTE FORMULARIO ES VERDADERA Y CORRECTA A MI LEAL SABER Y ENTENDER

FIRMA (PADRE/GUARDIAN LEGAL)	FECHA
------------------------------	-------