

CONDADO DE RUSSELL

Por favor use pluma y letra de molde. Complete todas las secciones, adelante y atrás.
INSCRIPCION/RECOGER/SALUD/INFORMACION DE EMERGENCIA
2024/2025 AÑO ESCOLAR

Información del Estudiante

Nombre Completo (Apellidos) (Nombre) (Segundo Nombre) Grado

Dirección Ciudad Código Teléfono
A los padres se les puede solicitar que provean prueba de residencia (escritura, recibos, recibo de renta, contrato de renta, etc.) a la hora de la inscripción.

Dirección del correo (Si es diferente que la de arriba) Número de seguro social

Instrucciones de cómo llegar a su casa: (Opcional, debe de estar en el archivo para la beca de KEES)

Condado en que reside Escuela previa y Estado

Fecha de Nacimiento Hombre Mujer Circule uno: Tomará el autobús AM PM Lo recogerán AM PM Caminará AM PM
Conductor del autobús Reside con referencia a la escuela: Menos de 1 milla Más de 1 milla

Raza (cheque todos los que le apliquen) Blanco Negro Indio Americano/Nativo de Alaska Asiático Nativo de Hawái u Otra Isla del Pacifico
El niño es Hispano/Latino? Sí No Si aquí arriba escogió más de una raza, elija la que prefiera:
Correo Electrónico del Estudiante:

INFORMACION DEL ESTUDIANTE QUE ESTA APRENDIENDO EL IDIOMA INGLES

País de origen Lenguaje hablado más frecuentemente en la casa Primer lenguaje que su hijo empezó a hablar
Lenguaje que su hijo habla más frecuentemente en la casa Lenguaje que se habla primordialmente a su hijo

INFORMACION DEL PADRE/MADRE O TUTOR LEGAL

El niño(a) vive con: Papá y Mamá Papá Mamá Papá/Madrastra Mamá/Padrastro
Tutor escogido por la corte (adjunte la orden de la corte) Padres adoptivos (adjunte la forma del servicio social) Otro(especifique)

Note: En el evento de divorcio o algún otro procedimiento de custodia, una copia del acuerdo de custodia o juicio DEBERA estar en los archivos de la escuela Y en la oficina central con el Director de Personal Estudiantil. Cualquier estudiante al que se le haya cambiado legalmente su nombre, deberá presentar a la escuela y al Director del Personal Estudiantil.

1o Nombre del Tutor Legal Nombre de Soltero Fecha de Nacimiento

Dirección (si es diferente del estudiante)

Parentesco Celular Teléfono del hogar Tel. Trabajo

Nombre de su Trabajo Correo electrónico

Conexiones Militares: Servicio Activo, Enviado Servicio Activo, No Enviado Dado de Alta Herido Muerto en Combate Estudiante Militar Solamente Identificador Inactivo Retirado En transición Fuera de Servicio Activo

2o Nombre del Tutor Legal Nombre de Soltero Fecha de Nacimiento

Dirección (si es diferente del estudiante)

Parentesco Celular Teléfono del hogar Tel. Trabajo

Nombre de su Trabajo Correo electrónico

Conexiones Militares: Servicio Activo, Enviado Servicio Activo, No Enviado Dado de Alta Herido Muerto en Combate Estudiante Militar Solamente Identificador Inactivo Retirado En transición Fuera de Servicio Activo

¿Hay alguna circunstancia acerca de la custodia de su hijo(a) que nosotros deberíamos de saber, que limita el compartir los documentos, o recoger a su hijo(a), etc.? Sí No (Es la responsabilidad del padre/madre mantener a la escuela informada de los cambios en la custodia al proveer a la oficina con los documentos legales actuales y completos cada año y después de cada cambio). Traiga los papeles de custodia a la oficina.

Haga una lista de todos los niños(as) que viven en el hogar

Table with 4 columns: NOMBRE, EDAD, FECHA DE NACIMIENTO, MAESTRA. Rows 1-10.

ARREGLOS TEMPORALES DE VIVIENDA

Las siguientes preguntas abordan McKinney-Vento Act 42 U.S.C. Las respuestas a estas preguntas ayudaran a determinar los servicios que el estudiante pueda tener derecho a recibir.

¿Es la dirección actual del estudiante un arreglo temporal de vivienda? No Sí

¿Es este arreglo temporal de vivienda debido a la pérdida de la vivienda o a la dificultad económica? No Sí

Si contesto Sí, Por favor indique dónde vive el estudiante: En un motel/hotel Joven solo En un albergue para gente sin hogar

Compartiendo con familia o amigo(a) Otro (un lugar no designado para alojamiento ordinario para dormir)

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_

En caso de emergencia, el padre/madre será contactado primero. ¿A quién necesitamos contactar en caso de que no se encuentren los padres?

Nombre de la Persona para Contactar de Emergencia \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_

Teléfono # \_\_\_\_\_ Teléfono Adicional # \_\_\_\_\_

NTI (Día que se suspenden clases por la nieve) Persona de Contacto \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

**REGISTRO PARA RECOGER AL ESTUDIANTE**

Por medio de la presente autorizo a los siguientes individuos para representarme para recoger a mi hijo(os) de la escuela durante mi ausencia. Es mi expreso consentimiento que los siguientes individuos puedan recoger a mi hijo(s) de la escuela por una causa razonable.

Por favor recuerde incluir en su lista a todos los individuos que puedan recoger a su hijo en la escuela. Si alguien no está en la lista, no se le dejará salir a su hijo(a). Asegúrese que su nombre esté en la lista. Adicionalmente, mientras la escuela progresa y necesita quitar o poner más gente en la lista, por favor venga a la escuela a hacer estos cambios. El permiso esta dado para las siguientes personas:

**(EN LA PREPARATORIA EXISTE EL REQUISITO ADICIONAL DE QUE SE LE LLAMARA A LOS PADRES PARA VERIFICAR EL PERMISO)**

NOMBRE	Parentesco	Teléfono del hogar	Teléfono del trabajo	Celular
<b>PADRE/MADRE/TUTOR</b>				
1.				
2.				
<b>OTRAS PERSONAS AUTORIZADAS</b>				
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
<b>AQUELLOS QUE NO ESTAN AUTORIZADOS</b>				
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				

**INFORMACION DE LA SALUD**

Mi hijo tiene permiso de ver a la enfermera \_\_\_ Sí \_\_\_ No

1. Empresa del Seguro Médico \_\_\_\_\_ Póliza No. \_\_\_\_\_ No. del Grupo (si aplica) \_\_\_\_\_

2. Doctor \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Hospital \_\_\_\_\_

3. Enliste la historia de cualquier condición médica seria de su hijo(a), accidente, enfermedad, dolencia u operación. \_\_\_\_\_

4. ¿Tiene su hijo (a) alergia a una comida, insecto, medicamento, o látex? \_\_\_\_\_ ¿Otro? \_\_\_\_\_

En caso de que SI, especifique: \_\_\_\_\_ ¿Necesita un EPI-PEN? \_\_\_\_\_

5. ¿Tiene asma su hijo(a) \_\_\_\_\_ ¿Proveerá un inhalador para usarse en la escuela? \_\_\_\_\_

6. ¿Tiene su hijo Diabetes? \_\_\_\_\_ \*Tipo 1? \_\_\_\_\_ ¿Se requiere \*GLUCAGON para atender a la escuela del Tipo2? \_\_\_\_\_

7. ¿Le dan a su hijo(a) ataques? \_\_\_\_\_ ¿Tiene receta para mantener la vida? \_\_\_\_\_ En caso de que sí, especifique \_\_\_\_\_

8. ¿REGULARMENTE su hijo(a) toma medicamento recetado? \_\_\_\_\_ En caso de que sí, especifique \_\_\_\_\_

9. ¿Necesita ser administrado en la escuela algún medicamento recetado? \_\_\_\_\_ En caso de que sí, especifique \_\_\_\_\_

**COMO PADRE/MADRE DEL NIÑO(A) ENLISTADO ARRIBA, YO VERIFICO QUE LA INFORMACION DE ESTA HOJA COMPLETA ES ACTUAL Y QUE INMEDIATAMENTE INFORMARE A LA ESCUELA DE CUALQUIER CAMBIO EN ESTA INFORMACION. YO AUTORIZO A CUALQUIER PERSONAL DE LA ESCUELA PARA TOMAR MEDIDAS DE EMERGENCIA RAZONABLES, INCLUYENDO LLAMAR AL 911, DE PARTE DE MI HIJO(A) Y ESTOY DE ACUERDO EN QUE SON INOCENTES POR CUALQUIER TRATAMIENTO PRESTADO.**

Firma del Padre/Madre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre de la persona inscribiendo al estudiante: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_