

CAMBIO DE DIRECCIÓN DEL ESTUDIANTE (y/o CUSTODIA)

Change of Student Address (and/or Custody)

Requiere **TWO** justificante válido de la nueva dirección:

1. Contrato de arrendamiento (en su totalidad), contrato de compraventa o declaración jurada ante notario de amigos/familiares **MÁS**
2. Factura de servicios públicos, declaración del seguro con la dirección actual o algún tipo de correo oficial *Se harán copias de los documentos requeridos en el Centro de Bienvenida y se conservarán como parte del expediente permanente del estudiante.*

DEPARTAMENTO DE TRANSPORTE: Los cambios no se actualizarán hasta que el Welcome Center reciba la validación adecuada. Los cambios de transporte pueden requerir un periodo de espera de 2-3 días laborables.

Cambio de Custodia: requiere prueba de orden judicial: firmada por el juez y con sello o documentación de la agencia.

Fecha de hoy: _____

Today's Date

☐

que residen en RCSD límites

Residing within RCSD boundaries

Fecha de entrada en vigor: _____

Effective Date

☐

residir fuera del distrito

residing out of district

Distrito de residencia: _____

Nombre del alumno _____ **Grado** _____ **ID#** _____

Student's Name

Grade

ID#

Sexo _____ **Fecha de nacimiento** _____ **Edificio escolar:** _____

Gender

Date of birth

School Building

Dirección anterior _____

Former Street Address:

Nuevo Dirección de la calle: _____ Apt/lot # _____

New Street Address

Ciudad/Código postal _____ **Condado:** Franklin Licking Fairfield

City/Zip code

¿Este traslado requiere un cambio de EDIFICIO ESCOLAR? **Sí** **No**

Does this move require a change in SCHOOL BUILDING?

Yes No

APROBADO APPROVED

En caso afirmativo, De: _____ **a** _____

If YES, From

¿Cómo LLEGARÁ su estudiante a la escuela? _____ **Autobús** _____ **Padres** _____ **Guardería** _____ **Caminar/Conducir**

How will your student ARRIVE to school?

Bus

Parent

Daycare

Walk/Drive

¿Cómo saldrá su estudiante de la escuela? _____ **Autobús** _____ **Padres** _____ **Guardería** _____ **Caminar/Conducir**

How will your student LEAVE from school?

Bus

Parent

Daycare

Walk/Drive

¿Esta mudanza es consecuencia de un cambio en la CUSTODIA, DIVORCIO/PARENTESCO

COMPARTIDO? _____ **SÍ** _____ **NO** Has this move resulted from a change in custody, divorce/shared parenting? Yes No

Es requerido bajo el código revisado de Ohio que TODOS los documentos de custodia sean presentados cuando el evento sea efectivo. (es decir, divorcio, disolución, crianza compartida, orden judicial).

Residencial Padres/Tutores 1 NOMBRE _____

(Parent/guardian 1)

Relación con el estudiante: _____ **Teléfono de contacto (** _____ **)** _____

Relationship to student

Contact Phone #

Residencial Padre/madre/tutor 2 NOMBRE _____

(Parent/guardian 2)

Relación con el estudiante: _____ **Teléfono de contacto # (** _____ **)** _____

Relationship to student

Contact Phone #

Firma del padre/madre/tutor: _____ **Fecha:** _____

FOR OFFICE USE:
SIS #**REYNOLDSBURG CITY SCHOOLS**
FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE EMERGENCIA

(Emergency Authorization Form) O.R.C.3313.712



Nombre del alumno: _____ Fecha de nacimiento: _____
 (Student's Name) (DOB)
 Domicilio _____ Escuela: _____
 (Home Address) (School)
 Código postal: _____ Grado: _____ Género ☐ Hombre ☐ Mujer
 (Student's Cell Phone) (Grade) (Gender) (male) (female)

Residential Parent/Guardian Information

El estudiante vive con: ☐ ambos padres ☐ padre/tutor 1 ☐ padre/tutor 2 ☐ otros _____
 (Student lives with) (Both parents) (Parent/guardian 1) (parent/guardian 2) (other)

Los padres biológicos/adoptivos son: ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ Soltero-nunca casado ☐ Residir juntos-no casados
 (Biological/Adoptive parents are) (Married) (Divorced) (single-never married) (residing together-not married)

Padre/madre/tutor 1 (Parent/Guardian 1)

Nombre:(Name) _____
 Relación con el estudiante: _____
 Dirección: _____
 (Address)
 Ciudad: _____ Código postal: _____
 (City) (zip)
 Teléfono móvil de contacto: (_____) _____
 (Contact Cell Phone)
 ¿Puede este número recibir mensajes de texto? ☐ Sí ☐ NO (texts allowed)
 Empleador: _____
 (Employer)
 Teléfono de contacto adicional: (_____) _____
 Este número de contacto es: ☐ Trabajo ☐ Inicio/Línea fija ☐ Teléfono móvil adicional
 (This contact number is) Work Home/landline additional cell phone
 Correo electrónico: _____

Padre/madre/tutor 2 (Parent/Guardian 2)

Nombre:(Name) _____
 Relación con el estudiante: _____
 Dirección: _____
 (Address)
 Ciudad: _____ Código postal: _____
 (City) (zip)
 Teléfono móvil de contacto: (_____) _____
 (Contact Cell Phone)
 ¿Puede este número recibir mensajes de texto? ☐ Sí ☐ NO (texts allowed)
 Empresario: _____
 (Employer)
 Teléfono de contacto adicional: (_____) _____
 Este número de contacto es: ☐ Trabajo ☐ Inicio/Línea fija ☐ Teléfono móvil
 (This contact number is) Work Home/Landline Additional cell phone
 Correo electrónico: _____

Custodia(Custody) (si procede):

¿Este niño está sujeto a algún ☐ acuerdo de crianza compartida ☐ orden de custodia ☐ tutela ☐ acogimiento familiar ☐ _____
 (Is this child subject to any) shared parenting agreement custody order guardianship Foster placement

Nombre y dirección postal del otro progenitor si la orden lo exige: _____
 (Name and mailing address of other parent if order mandates)

¿Existe algún documento judicial o policial que restrinja el acceso a este estudiante por cualquiera de las partes (por ejemplo, una orden de protección)? ☐ Sí ☐ No (Is there a court or police filed document that restricts access to this student by any party)

En caso afirmativo, quién: (if yes, whom) _____ Relación con el hijo: _____ (Relationship to child)

Esta orden no podrá ejecutarse hasta que se haya presentado el documento en el Centro de Acogida, que se remitirá al expediente escolar del estudiante.

Persona(s) de contacto en caso de que no se pueda localizar a los padres/tutores**(Contact person(s) if case parents/guardians cannot be reached)**

Este formulario se utiliza si su hijo se enferma o tiene una emergencia mientras está en la escuela. Nos autoriza a ponernos en contacto con otras personas en caso de que uno de los padres o tutores no esté disponible. Por este motivo, es importante que indique más de un número de contacto. Si su información cambia a lo largo del año escolar, por favor asegúrese de notificarlo a la oficina.

Nombre:(Name) _____
 Relación con el estudiante: _____
 (Relationship to student)
 Teléfono de contacto: (_____) _____
 Este número de contacto es: ☐ Teléfono móvil ☐ Teléfono fijo ☐ Trabajo
 (The contact number is) Cell phone Home/landline Work

Nombre:(Name) _____
 Relación con el estudiante: _____
 (Relationship to student)
 Contact Phone: (_____) _____
 Este número de contacto es: ☐ Teléfono móvil ☐ Teléfono fijo ☐ Trabajo

Hermanos que asisten a las escuelas de Reynoldsburg(Siblings attending Reynoldsburg Schools)

Nombre: _____ Grado: _____ Escuela: _____ Nombre: _____ Grado: _____ Escuela: _____
 (Name) (Gr) (School) (Name) (Gr) (School)
 Nombre: _____ Grado: _____ Escuela: _____ Nombre: _____ Grado: _____ Escuela: _____

Identificador de estudiante militar (Military Student Identifier)

Indique si este estudiante está a cargo de las siguientes personas:

- ☐ Servicio activo(Active Duty): el estudiante está a cargo de un miembro de las Fuerzas Armadas en servicio activo
☐ Guardia Nacional (National Guard): el estudiante está a cargo de la Guardia Nacional(US Army National or Air National Guard).
☐ Servicio de Reserva (Reserve Duty): el estudiante está a cargo de un miembro de las Fuerzas Armadas de EE.UU. en servicio de reserva
☐ Mi hijo NO es estudiante militar. (My child is not a military student)

(Revised 9/23)

Nombre del alumno: _____ (Student's Name)

Alertas médicas (Medical Alerts)**Mi hijo NO tiene problemas médicos** X _____
(My child has no medical Concerns) firma del padre/madre/tutorPrincipales problemas médicos (Major Medical Concerns) (lista como sigue):

_____**MEDICAMENTOS** (incluidos los que se toman en casa):☐ **NO** Medicamentos

Nombre del medicamento (Name of Medication)	Tomado por (Taken for)	Restricciones de actividad (Activity Restrictions)

(Routine Medications)

(No Medications)

ALERGIAS: (Allergies)**NO** Alergias (No Allergies)

- Comida: (Food) _____
- Insectos: (Insects) _____
- **SE NECESITA PLUMA-EPI** (Epi-pen needed)

- Droga: (Drug) _____
- Otros: (other) _____
- Estacional/Medio ambiente: _____
(seasonal/environmental)

Según nuestras convicciones religiosas familiares, este alumno no consume los siguientes alimentos:
(Per our family religious convictions, this student does not consume the following food)**Proveedores médicos** (Medical Provider):

Doctor: (Doctor) _____ Número de teléfono: (_____) _____

Dentista: (dentist) _____ Número de teléfono (_____) _____

Médico especialista: (Specialist) _____ Número de teléfono (_____) _____

CONSENTIMIENTO (Consent) – Firma requerida (Por favor firme UNO)**SÍ, Doy mi consentimiento**
(Yes, I grant Consent)

En caso de que los intentos razonables de ponerse en contacto conmigo hayan sido infructuosos, por la presente doy mi consentimiento para (1) la administración de cualquier tratamiento que se considere necesario por parte del médico arriba mencionado o, en caso de que el médico preferido designado no esté disponible, por otro médico o dentista autorizado; y (2) el traslado del niño a cualquier hospital razonablemente accesible.

Esta autorización no cubre la cirugía mayor a menos que se obtengan las opiniones médicas de otros dos médicos u odontólogos colegiados, que coincidan en la necesidad de dicha cirugía, antes de la realización de la misma.

X _____
firma del padre/tutor

_____ Fecha

TO GRANT CONSENT**NO, REHUSO AL CONSENTIMIENTO**
(No, Refusal to Consent)

Yo NO doy mi consentimiento para el tratamiento médico de urgencia de mi hijo. En caso de emergencia o enfermedad que requiera tratamiento, deseo que las autoridades escolares tomen las siguientes medidas:

X _____
firma del padre/tutor

_____ Fecha

REFUSAL TO CONSENT