

Labelle High School

4050 E Cowboy Way
Labelle, Florida 33935
(863) 674 - 4120

Principal: Mrs. Tammy Bass

School Counselor: Ms. Michelle Zimmerly (9th)

Assistant Principal: Mrs. Jennifer McClain

School Counselor: Mrs. Euratta Blackmon (10th)

Assistant Principal: Mr. James Brown

School Counselor: Mrs. Miranda Rincon (11th)

Dean: Mrs. Tomika Breese

School Counselor: Ms. Angie Hough (12th)

Dean: Mr. David Tippet

Registrar: Mrs. Noemi Chairez

Email: Chairezn@hendry-schools.net

Dean: Ms. Jennifer McFann

Para registrar a su estudiante en esta escuela usted debe completar la hoja de registraci3n y entregar los documentos requeridos por la escuela.

Los documentos requeridos son los siguientes:

_____ Paquete de registraci3n

_____ Acta de nacimiento

_____ Un f3sico del estado de la Florida (School Entry Form)

_____ Certificado de vacunas del estado de Florida (Form 680)

_____ Prueba de residencia en la Florida (licencia de conducir, factura de luz, comprobante de alquiler, etc.)

_____ Records de disciplina y asistencia

_____ Formulario de ingreso a la escuela del estado de Florida

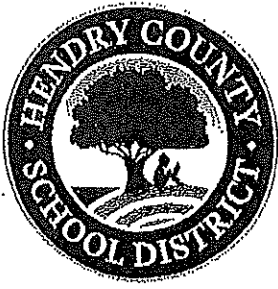
_____ Copia de la transcripci3n de la escuela o historia academia (grados 8 a 12) de todas las escuelas asistidas.

_____ Hoja de calificaciones o reporte de progreso (grados) para transferir los grados

_____ Copia de del IEP, 504, ESE, o acomodaciones especiales (si applicable)

_____ Formulario de matriculaci3n abierta controlado para estudiantes quienes viven fuera del condado de Hendry.

**** Por favor de regresar todos los documentos a la oficina.****



Hendry County School District

Dedicated to Excellence in Education

ALL IN ALL THE TIME

COMPROBANTE DE RESIDENCIA

Por medio de esta yo certifico que soy residente del Condado Hendry, y que mi residencia es:

Yo he vivido en este lugar desde: _____

Yo entiendo que los niños no son elegibles para matricular en las escuelas del Condado Hendry si no viven dentro de los límites del condado ó tienen un permiso de la Junta de Educación del condado en el cuál viven.

Firma de Padre/Guardian

Fecha

El Consejo Escolar del Condado Hendry
Forma de Matrícula

Nombre Legal: _____
Apellido _____ Nombre _____ Segundo Nombre _____

Hispano: ☐ SI ☐ No *(Ver Definiciones)

Raza: ☐ Blanco ☐ Negro ☐ Asiático ☐ Indio Americano ☐ Isla Pacífica (Marque todos los que se apliquen)

Sexo: ☐ M ☐ F Seguro Social: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Lugar de Nacimiento: Ciudad _____ Estado _____

Dirección de Casa: _____

Dirección Postal: _____

Ciudad _____ Estado _____ Zip _____

Condado de Residencia: Hendry _____ Glades _____ Lee _____ Palm Beach _____ Collier _____ Otro _____

Teléfono de Casa: _____ Teléfono de Emergencia: _____

Padre/Guardián Legal: _____

Lugar de Trabajo: _____ Tel. de Trabajo: _____

Madre/Guardián Legal: _____

Lugar de Trabajo: _____ Tel. de Trabajo: _____

El estudiante vive con: ☐ Padre y Madre ☐ Madre Solamente ☐ Padre Solamente ☐ Padrastro y Madre
☐ Madrastra y Padre ☐ Padres Adoptivos ☐ Abuelos ☐ Otro _____

Persona a Notificar en Caso de Emergencia: _____

(si los padres no pueden ser llamados) Nombre _____ Teléfono _____ Parentesco _____

¿Ha sido el estudiante matriculado en una escuela de la Florida? ☐ No ☐ SI

Si su respuesta es si, que año _____ Nombre de la Escuela: _____

¿Ha sido el estudiante matriculado en una escuela del Condado Hendry? ☐ No ☐ SI

Si su respuesta es si, que año _____ Nombre de la Escuela: _____

SOLAMENTE PARA LOS ESTUDIANTES QUE ENTRARAN AL KINDER:
¿Ha estado alguna vez el niño matriculado en un programa Pre-escolar? ☐ No ☐ SI ¿Si sí donde? _____
¿Si es que sí, que programa? ☐ VPK del distrito escolar ☐ IPK del distrito escolar ☐ Programa VPK privado ☐ RCMA
☐ Otro PK _____

¿Es el estudiante hijo de familia militar? ☐ No ☐ SI

¿Ha repetido algún grado el estudiante? ☐ No ☐ SI ¿Si sí Qué grado _____

¿Ha sido el estudiante participante de algún programa especial o tenía un IEP? ☐ No ☐ SI - Explique: _____

¿Tiene el estudiante un plan 504? ☐ No ☐ SI - Explique: _____

¿El estudiante ha sido referido o está recibiendo servicios de salud mental? ☐ No ☐ SI - Explique: _____

¿Ha estado alguna vez el estudiante en un programa alternativo o en un programa del Departamento de Justicia Juvenil? ☐ No ☐ SI

Explique: _____

Última preescolar / escuela asistida: Nombre: _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Zip _____ Teléfono _____

Cualquier otra escuela a la que se deba contactar para obtener registros Nombre: _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Zip _____ Teléfono _____

¿Toma el estudiante algún medicamento? ☐ No ☐ SI - que tipo? _____

¿Tiene el estudiante algún defecto, usa anteojos o aparato para oír? ☐ No ☐ SI

*¿Habla el estudiante otro idioma además de Inglés? ☐ No ☐ SI

*¿Habla el estudiante ese otro idioma más frecuentemente que Inglés? ☐ No ☐ SI - Qué idioma: _____

*¿Se habla otro idioma en la casa que no es Inglés? ☐ No ☐ SI - Qué idioma? _____

*Una respuesta de si requiere un examen para ver el nivel de lenguaje.

¿El estudiante nació en algún estado o territorio o posesión de los Estados Unidos? ☐ No ☐ SI

¿Ha asistido el estudiante a una o varias escuelas en los Estados Unidos por más de 3 años académicos completos? ☐ No ☐ SI

¿En qué fecha se matriculó el estudiante en una escuela de Estados Unidos? (DEUSS) _____/_____/_____

¿Durante los pasados tres años, han estado ustedes involucrados en actividades agrícolas temporales/estacionales? ☐ No ☐ SI

¿Viajará el estudiante en el autobús escolar? ☐ No ☐ SI

¿Planeará usted aplicar para comidas gratis o a precio reducido? ☐ No ☐ SI

Nombre de hermanos/hermanas y otros estudiantes en la casa _____ Escuela a que asisten _____ Grado _____

1. _____
2. _____
3. _____

Consentimiento de padres para exámenes: Por medio de la presente, la escuela recibe mi consentimiento para que mi hijo/a participe en los programas escolares de salud, lo que significa que mi hijo/a recibirá evaluaciones de salud, incluyendo visión, audición, dental y scoliosis (curvatura anormal de la columna), al igual que control de enfermedades contagiosas. Además, también doy mi consentimiento para que mi hijo participe en las evaluaciones socioemocionales y/o educativas del condado.

Firma del Padre/Guardián Legal _____ Fecha _____

¿Cuál es el idioma principal del estudiante? _____
 ¿Cuál es el idioma principal del padre? _____
 ¿Cuál es el idioma hablado preferido de los padres? _____
 ¿Cuál es el idioma escrito preferido de los padres? _____
 ¿Existe una orden judicial que prohíba a cualquiera de los padres acceder al estudiante en la escuela? ☐ SI ☐ No
 ¿Existe una orden de restricción temporal, una orden de restricción permanente, una orden de no contacto u otra orden judicial que restrinja o afecte el acceso al estudiante por parte de cualquier persona? ☐ SI ☐ No

Proporcione a la escuela una copia de cualquier orden judicial aplicable

El estudiante ha sido arrestado o procesado por una violación de un estatuto criminal que resultó en un cargo. ☐ SI ☐ No
 El estudiante ha sido expulsado de la escuela. ☐ SI ☐ No
 ¿El estudiante tiene una remisión a los servicios de salud mental asociados con una expulsión de la escuela, un arresto que resulte en un cargo o una acción de la justicia juvenil? ☐ SI ☐ No

Definiciones:

Por favor conteste **AMBAS** preguntas 1 y 2.

1. Es su hijo/a Hispano o Latino? (Por favor, marcar solamente una.)

☐ No, mi hijo/a no es Hispano o Latino.

☐ Si, mi hijo/a es Hispano o Latino- Una persona de origen Cubano, Mejicano, Puerto Riqueño, de America del Sur o Centro America, u otra cultura Hispana, sin importar su raza.

2. De que raza es su hijo/a? (Por favor, marcar cuantas sean aplicable, por lo menos una.)

☐ Indio Americano o Nativo de Alaska – Una persona de orígenes de los nativos o "Indios" de Norte, Sur, y Centro America y que mantiene su afiliación tribal o ataduras comunitarias.

☐ Asiático – Una persona de orígenes de los nativos del Lejano Oriente, Sureste Asia, o el subcontinente Indio, e.g., Cambodia, China, India, Japon, Korea, Malaysia, Pakistan, Las Islas Filipinas, Tailandia, y Vietnam.

☐ Negro o Africano-Americano – Una persona de orígenes de alguno de los grupos raciales negros de Africa. Terminología tal como "Haitiano" o "Negro" puede ser usado en adición a "Negro o Africano-Americano."

☐ Hawaiano Nativo u Otro Isleño del Pacifico – Una persona de orígenes de los nativos de Hawaii, Guam, Samoa, u otra Isla del Pacifico.

☐ Blanco – Una persona de orígenes de los nativos de Europa, el Medio Oriente, o del Norte de Africa.

FOR OFFICE USE ONLY

Zone: _____
 School: _____
 Orig. Entry Date: _____
 Student ID: _____
 Florida ID: _____
 Date Entered: _____
 Grade: _____
 HR Teacher: _____
 Bus Number: _____
 Birth Verification: ☐ No ☐ Yes
 Custody: _____
 Immunization: ☐ No ☐ Yes
 Physical: ☐ No ☐ Yes
Exceptional Education
☐ Gifted
☐ Physically Impaired
☐ Physical Therapy
☐ Occupational Therapy
☐ Speech/Lang Impaired
☐ IND
☐ Deaf/HH
☐ VI
☐ EBD
☐ SLD
☐ OHI
☐ TBI
☐ ASD
☐ DD – before age 6
Other programs in which child was enrolled:
☐ RTI
☐ ESOL

Firma del Padre/Guardián Legal _____

Fecha _____

Número de Seguro Social Nota: Estatuto de Florida 1008.386: cuando un estudiante se inscribe en una escuela pública en este estado, la junta escolar del distrito solicitará que el estudiante proporcionar su número de seguro social e indicar si el número de identificación de estudiante asignado al estudiante es un número de seguro social. Un estudiante cumple con este requisito al presentar su tarjeta de seguro social o una copia de la tarjeta a un oficial de inscripción escolar. Sin embargo, un estudiante no está obligado a proporcionar su número de seguro social como condición para la inscripción o graduación. El Comisionado de Educación ayudará a los distritos escolares con la asignación de estudiantes números de identificación para evitar la duplicación de cualquier número de identificación del estudiante.

La Junta Escolar del Condado de Hendry, Florida, prohíbe cualquier política o procedimiento que resulte en discriminación por motivos de raza, sexo, origen nacional, estado civil, discapacidad, edad o religión. Las personas que deseen presentar una queja por discriminación y/o acoso, o las personas con discapacidades que soliciten adaptaciones bajo la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA) puede llamar al oficial de equidad al (863) 674-4550.

Formulario de Reconocimiento

Estimado padre o tutor:

El Código de Conducta Estudiantil identifican claramente la mayoría de los problemas de conducta de los estudiantes que prevalecen en la escuela, las actividades escolares y el transporte escolar y las políticas para el uso aceptable de los recursos electrónicos y la comunicación. Este manual también describe las consecuencias de la mala conducta de los estudiantes y el comportamiento inapropiado.

Este manual no está pensado para ser leído desde un punto de vista negativo, sino con la actitud de que los padres y los estudiantes merecen conocer las reglas y luego actuar en consecuencia.

Cualquier estudiante, padre o tutor que alegue un tratamiento injusto o discriminatorio puede presentar una queja por escrito ante la escuela y el Distrito Escolar del Condado de Hendry (HCSD). Los formularios de quejas están disponibles en todas las escuelas, la oficina principal del distrito y la oficina del subdistrito, y se pueden descargar del sitio web de HCSD en www.hendry-schools.org.

También se espera que los estudiantes se adhieran a las políticas y procedimientos descritos en el Manual de Procedimientos y Políticas de Tecnología de la Información del Consejo Escolar del Condado de Hendry. Se puede descargar una copia de este manual del sitio web de HCSD en www.hendry-schools.org y también está disponible en todas las escuelas.

Después de leer el Código de Conducta Estudiantil, firme y envíe este formulario a la escuela dentro de los cinco días pero antes del 29 de agosto del 2025.

Nombre de estudiante _____ Grado _____

Padre _____ Fecha _____

Correo electrónico de los padres _____

Profesor _____

Acknowledgement Form

Dear Parent or Guardian:

The Code of Conduct clearly identifies most of the student behavior problems prevalent in school, school activities and school transportation and the policies for acceptable use of electronic resources and communication. This document also outlines the consequences for student misconduct and inappropriate behavior.

This document is not intended to be read from a negative point of view but rather with the attitude that parents and students deserve to know the rules and then act accordingly.

Any student, parent or guardian alleging unfair or discriminatory treatment may file a written complaint with the school and the Hendry County School District (HCSD). Complaint forms are available at every school, the main district office and the sub district office, and may be downloaded from the HCSD's website at www.hendry-schools.org.

Students are also expected to adhere to the policies and procedures outlined in the School Board of Hendry County Information Technology Policies and Procedures Manual. A copy of this manual can be downloaded from the HCSD's website at www.hendry-schools.org and is also available at every school.

After reading the Code of Conduct, please sign and return this form to the school within five days but no later than August 29, 2025.

Name of Student _____ Grade _____

Parent/Guardian _____ Date _____

Parent Email Address _____

Teacher _____

Tarjeta de salud de las escuelas del distrito del condado de Hendry

Estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____ Teléfono (s): _____
Última Primera Intermedia
Escuela: LES COES UES LMS LHS WES CES EES CMS CHS Grado: _____
Maestro: _____
Dirección física: _____
Dirección postal: _____
Nombre de Médico: _____ Nombre del dentista: _____
Alergias: _____ Anteojos / lentes _____ No _____ Sí
Problemas de salud crónicos / graves: _____
¿Está este estudiante tomando medicamentos? _____ No _____ Sí En caso afirmativo, qué medicamento: _____

DEBEMOS TENER UN NÚMERO DE TELÉFONO DE ALGUIEN PARA CONTACTAR DURANTE EL DÍA ESCOLAR:

Enumere las personas de contacto en orden de importancia en relación con el estudiante. Los padres o tutores deben ser los contactos principales. Incluya también a cualquier persona aprobada para que el alumno salga de la escuela, cuide al alumno en caso de que no se pueda contactar al padre / tutor, y / o recoja al alumno de la escuela, evento o en caso de una situación de emergencia. Si desea recibir notificaciones de la escuela y del distrito y / o desea que otros reciban notificaciones por mensaje de texto y / o llamada, asegúrese de incluir números de teléfono móvil y de casa. Si usted u otros contactos solo tienen una línea de teléfono móvil, asegúrese de incluir ese número de teléfono en *ambos* Casa y campos móviles.

Nombre: _____ Relación: _____ Empleador: _____
Teléfono de la casa: _____ Teléfono del trabajo: _____ Teléfono móvil: _____
Correo electrónico: _____ Método de notificación deseado: __ Texto __ Llamar __ Ambos __ Ninguno
Aprobado para la salida / recogida del estudiante: __ No __ Sí / La persona tiene custodia __ primaria __ conjunta o __ Ninguno.

Nombre: _____ Relación: _____ Empleador: _____
Teléfono de la casa: _____ Teléfono del trabajo: _____ Teléfono móvil: _____
Correo electrónico: _____ Método de notificación deseado: __ Texto __ Llamar __ Ambos __ Ninguno
Aprobado para la salida / recogida del estudiante: __ No __ Sí / La persona tiene custodia __ primaria __ conjunta o __ Ninguno

Nombre: _____ Relación: _____ Empleador: _____
Teléfono de la casa: _____ Teléfono del trabajo: _____ Teléfono móvil: _____
Correo electrónico: _____ Método de notificación deseado: __ Texto __ Llamar __ Ambos __ Ninguno
Aprobado para la salida / recogida del estudiante: __ No __ Sí / La persona tiene custodia __ primaria __ conjunta o __ Ninguno

Nombre: _____ Relación: _____ Empleador: _____
Teléfono de la casa: _____ Teléfono del trabajo: _____ Teléfono móvil: _____
Correo electrónico: _____ Método de notificación deseado: __ Texto __ Llamar __ Ambos __ Ninguno
Aprobado para la salida / recogida del estudiante: __ No __ Sí / La persona tiene custodia __ primaria __ conjunta o __ Ninguno

En caso de accidente o enfermedad grave, solicito que la escuela se comunique conmigo. Si la escuela no puede comunicarse conmigo o con las personas que figuran en la lista, autorizo a la escuela a comunicarse con el médico o dentista indicado en este formulario y seguir sus instrucciones. Si es imposible contactar a este médico o dentista, la escuela puede hacer los arreglos necesarios para brindarle atención y tratamiento a mi hijo.

Firma del padre o tutor

Fecha

AVISO DE EXAMEN: El examen no invasivo (visión, audición, crecimiento, presión arterial, escoliosis) se realizará en grados seleccionados. Si NO desea que su hijo participe, debe notificar a la escuela por escrito. El Departamento de Salud del Condado de Hendry (DOH) y sus socios proporcionarán exámenes de la visión obligatorios por el estado a los estudiantes de las escuelas públicas de su distrito escolar. Si el examen de la vista muestra la necesidad de un examen de seguimiento de la vista, y si su hijo es elegible o está calificado financieramente de otro modo, el Programa de visión para niños Florida Heiken (FHCVP) puede proporcionar un examen de visión dilatada GRATUITO, que puede causar visión borrosa cercana y algunos sensibilidad a la luz por hasta 4-6 horas. Se proporcionan gafas de sol para aliviar cualquier molestia. La ley requiere que los socios del DOH mantengan la privacidad de la información de salud protegida de su hijo, a excepción de los casos limitados a continuación. Si desea que su hijo reciba estos servicios para la vista, no necesita responder y, al hacerlo, también acepta un intercambio mutuo de información entre el FHCVP, los proveedores de referencia, el DOH y las Escuelas Públicas del Condado de Hendry de todos y cada uno. información necesaria para permitir que su hijo reciba servicios y usted acepta liberar y eximir de responsabilidad a la Junta Escolar del Condado, el Faro de Miami para Ciegos y Discapacitados Visuales y los proveedores del FHCVP de toda responsabilidad por cualquier lesión o reclamo que resulte de su hijo participación en el FHCVP. Si NO desea que su hijo reciba estos servicios de la vista, debe **notificar a la escuela por escrito sobre los servicios específicos que se rechazarán antes del 30 de septiembre de cada año escolar o dentro de los 10 días posteriores de la inscripción.**

**Hendry County District Schools
Health Card**

Student: _____ Birthdate: _____ Phone(s): _____
Last First Middle

Schools: LES COES UES LMS LHS WES CES EES CMS CHS Grade _____

Teacher: _____

Physical Address: _____

Mailing Address: _____

Doctor's Name: _____ Dentist's Name: _____

Allergies: _____ Glasses/Lenses _____ No _____ Yes

Chronic/Serious health problems: _____

Is this student on Medication? _____ No _____ Yes If yes, what medication: _____

WE MUST HAVE A PHONE NUMBER OF SOMEONE TO CONTACT DURING THE SCHOOL DAY:

Please list contact persons in order of importance in relation to the student. Parents or guardians should be primary contacts. Please also include anyone approved to sign the student out from school, care for the student in case parent/guardian cannot be reached, and/or pick the student up from school, event, or in case of an emergency situation. If you wish to receive school and district notifications and/or want others to receive notifications via text message and/or call out, be certain to include mobile and home phone numbers. If you and/or other contacts only have a mobile phone line, be certain to include that phone number in *both* home and mobile fields.

Name: _____ Relation: _____ Employer: _____
Home phone: _____ Work phone: _____ Mobile Phone: _____
Email: _____ Desired Notification Method: ☐ Text ☐ Call-out ☐ Both ☐ None
Approved for student sign out/pick up: _____ No _____ Yes / Person has _____ primary _____ joint or _____ no legal custody of child.

Name: _____ Relation: _____ Employer: _____
Home phone: _____ Work phone: _____ Mobile Phone: _____
Email: _____ Desired Notification Method: ☐ Text ☐ Call-out ☐ Both ☐ None
Approved for student sign out/pick up: _____ No _____ Yes / Person has _____ primary _____ joint or _____ no legal custody of child.

Name: _____ Relation: _____ Employer: _____
Home phone: _____ Work phone: _____ Mobile Phone: _____
Email: _____ Desired Notification Method: ☐ Text ☐ Call-out ☐ Both ☐ None
Approved for student sign out/pick up: _____ No _____ Yes / Person has _____ primary _____ joint or _____ no legal custody of child.

Name: _____ Relation: _____ Employer: _____
Home phone: _____ Work phone: _____ Mobile Phone: _____
Email: _____ Desired Notification Method: ☐ Text ☐ Call-out ☐ Both ☐ None
Approved for student sign out/pick up: _____ No _____ Yes / Person has _____ primary _____ joint or _____ no legal custody of child.

In case of an accident or serious illness, I request the school contact me. If the school is unable to reach me or persons listed, I hereby authorize the school to contact the physician or dentist indicated on this form and follow his instructions. If it is impossible to contact this physician or dentist, the school may make whatever arrangements are necessary to provide care and treatment for my child.

Signature of Parent or Guardian

Date

NOTICE OF SCREENING: Non-invasive screening (vision, hearing, growth, blood pressure, scoliosis) will be done in selected grades. If you DO NOT wish for your child to participate, you must notify the school in writing.

Hendry County Health Department (DOH) and its partners will provide state-mandated vision screenings to public school students in your School District. If the vision screening shows a need for a follow-up vision examination, and if your child is eligible or otherwise financially qualified, Florida Heiken Children's Vision Program (FHCVP) may provide a FREE dilated vision examination, which may cause blurry near vision and some light sensitivity for up to 4-6 hours. Sunglasses are provided to alleviate any discomfort. The DOH partners are required by law to maintain the privacy of your child's protected health information, except for the limited cases below. **If you would like your child to receive these vision services, you do not need to respond** and in doing so, you are also agreeing to a mutual exchange of information between the FHCVP, referring providers, DOH and Hendry County Public Schools of any and all necessary information to enable your child to receive services and you agree to release and hold harmless the County School Board, Miami Lighthouse for the Blind & Visually impaired and the FHCVP providers from any and all responsibility and liability for any injury or claim resulting from your child's participation in the FHCVP. If you DO NOT want your child to receive these vision services, you are required to **notify the school in writing of the specific services that are being declined by September 30th of each school year or within 10 days of enrollment.**



**Junta Escolar del Condado de Hendry
Cuestionario de Vivienda Estudiantil 2025-2026**

Date: _____

Initials: _____

Este cuestionario está diseñado para cumplir con los requisitos de la Ley de Éxito Estudiantil: Título IX/Parte A. Las respuestas a las preguntas a continuación nos ayudarán a determinar si su estudiante puede calificar para servicios de apoyo educativo adicionales. POR FAVOR, ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE MUY CLARA, COMPLETE UN FORMULARIO POR FAMILIA y devuelva el cuestionario a la oficina principal de su escuela.

1. ¿Cuántos niños/jóvenes hay en su hogar (incluso si no están inscritos en la escuela)? _____
2. Nombres de los estudiantes matriculados en la escuela (desde preescolar hasta grado 12) o no matriculados en la escuela, incluidos aquellos de 1 a 4 años.

Nombre de estudiante:

Primer Nombre MI Apellido Fecha De Nacimiento Grado Escuela

Otros niños/jóvenes en su hogar (incluso si no están inscritos en la escuela):

Primer Nombre	MI	Apellido	Fecha De Nacimiento	Grado	Escuela

3. Nombre del padre, tutor o joven no acompañado (en letra en molde): _____

- a. Dirección de la calle (ubicación de la casa): _____
- b. Tiempo en esta dirección: _____
- c. Dirección anterior: _____
- d. Dirección de correo: _____
- e. Teléfono: _____ Teléfono móvil: _____ Teléfono de trabajo: _____

La firma siguiente certifica que la información proporcionada es exacta.

Firma del padre, tutor o joven no acompañado: _____ Fecha: _____

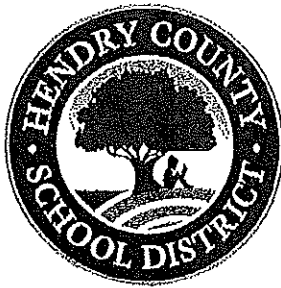
4. Complete la Sección de Residencia Nocturna colocando una "X" en la casilla correspondiente para responder "Sí" o "No".

Residencia Nocturna	YES	NO	CODE
1. Mi familia vive en un refugio de emergencia o de transición (por ejemplo, un remolque de FEMA).			A
2. Mi familia comparte la vivienda con otras personas por pérdida de vivienda, dificultades económicas o motivo similar; vivienda compartida.			B
3. Mi familia vive en un automóvil, parque, parque de casas rodantes temporal o campamento debido a la falta de alternativas de alojamiento adecuadas; espacio público; edificio abandonado; vivienda deficiente; estación de autobús o tren; o lugar público o privado no diseñado ni usado comúnmente como alojamiento regular para dormir para seres humanos o entornos similares.			D
4. Mi familia vive en un hotel o motel por falta de alternativas de alojamiento adecuadas.			E
Complete si el estudiante es un joven no acompañado:			
1. Un niño/joven en mi hogar es menor de 16 años y no está acompañado (no está bajo la custodia física de un padre o tutor) o yo soy un joven no acompañado menor de 16 años.			☐
2. Un niño/joven en mi hogar tiene 16 años de edad o más y no está acompañado (joven que no está bajo la custodia física de un padre o tutor) o yo soy un joven no acompañado de 16 años de edad o más.			☐

Marque una casilla. Motivo de la vivienda temporal o del desplazamiento familiar:

- | | | |
|---|---|--|
| ☐ Desastre provocado por el hombre (mayor) (D) | ☐ Incendio forestal (W) | ☐ Desempleo (N) |
| ☐ Terremoto (E) | ☐ Inundación (F) | ☐ Huracán (H) |
| ☐ Ejecución hipotecaria (M) | ☐ Tornado (T) | ☐ Pandemia (importante) (P) |
| ☐ Tormenta tropical (S) | ☐ Otras causas de la falta de vivienda (N) | ☐ Desconocida (U) |

Si respondió "Sí" a cualquiera de las preguntas anteriores, un representante educativo podría contactarlo para averiguar si su hijo o usted, como joven no acompañado, son elegibles para recibir servicios educativos adicionales. Instrucciones para el personal escolar: Haga una copia de esto para sus registros y envíela a Programas Federales - Liaison McKinney-Vento.



Dedicated to Excellence in Education

ARE IN ALL THE TIME

Director of ESE and Student Services
Lynnette White

Consentimiento de padres para divulgar información de identificación personal para el reembolso de Medicaid

Nombre del estudiante: _____ ID del estudiante#: _____

Fecha de nacimiento: _____ Grado: _____ Escuela: _____

Nuestro distrito escolar desea solicitar el reembolso de ciertos servicios proporcionados a su hijo mediante el acceso a Medicaid. Debemos obtener su consentimiento informado por escrito con el fin de divulgar cierta información relacionada con la solicitud de reembolso de Medicaid. El reembolso de Medicaid ayuda al distrito escolar a financiar los costos de proveer educación especial, servicios relacionados y cualquier otro servicio ermitido por Medicaid. Servicios del Plan Educativo Individual (IEP): La Ley de Educación para Personas con Discapacidades de 2004 (IDEA) permite a los distritos escolares solicitar el reembolso de Medicaid por los servicios prestados al estudiante en la escuela (Título 34, sección 300.154(d)(2)(iv)(A)-(B), Código de Regulaciones Federales [CFR]). Servicios que no son del IEP: Los distritos escolares también pueden solicitar el reembolso de Medicaid por los servicios proporcionados bajo la regla de Medicaid del Código Administrativo de Florida por servicios escolares (Regla 59G-4.035).

Consentimiento otorgado o denegado (*por favor lea, ponga sus iniciales y firme y ponga la fecha en la parte inferior*):

☐ Entiendo y doy mi consentimiento para que el distrito escolar comparta información sobre mi hijo con la Agencia Estatal de Medicaid (Agencia para la Administración del Cuidado de la Salud del Estado de Florida), su agente fiscal y el agente de facturas de Medicaid del distrito escolar o el facilitador de facturas del distrito escolar para verificar la elegibilidad de Medicaid, buscar el reembolso de Medicaid y satisfacer las solicitudes de auditoría y revisión relacionadas con los servicios prestados a mi hijo. Entiendo que puedo retirar este consentimiento para divulgar información para el reembolso de Medicaid en cualquier momento. Entiendo que

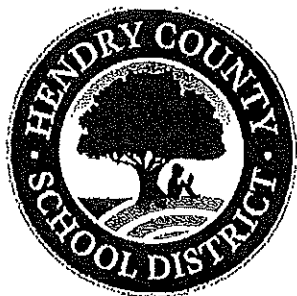
si me niego a dar mi consentimiento o retiro este consentimiento, el distrito escolar continuará brindando todos los servicios requeridos necesarios para recibir una educación adecuada sin cargo para mi hijo de acuerdo con 34 CFR § 300.154 (d) (2) (v)(D) u otros servicios proporcionados fuera del IEP. Si se retira el consentimiento, entrará en vigencia en la fecha de retiro y no se divulgará ninguna información después de esa fecha. La información compartida puede incluir el nombre de mi hijo, la fecha de nacimiento, la dirección, la

discapacidad principal de educación especial (si corresponde), el número de Seguro Social, el número de identificación de Florida Medicaid y el tipo y la cantidad de servicios de salud proporcionados, incluidas las horas y fechas en que se prestaron los servicios previstos. Los servicios pueden incluir servicios de comunicación asistida, servicios de fisioterapia, servicios de terapia ocupacional, servicios de terapia del habla, servicios de terapia auditiva y de lenguaje, servicios conductuales, servicios de transporte y servicios de enfermería. Los registros que se divulgarán o intercambiarán pueden incluir IEP, registros de evaluación y elegibilidad, registros de terapia y servicios relacionados, registros de transporte, notas de progreso e informes o registros de enfermería.

☐ Entiendo y NO doy mi consentimiento al distrito escolar para compartir información sobre mi hijo para que el distrito escolar verifique la elegibilidad de Medicaid, busque el reembolso de Medicaid y satisfaga las solicitudes de auditoría y revisión relacionadas con los servicios prestados a mi hijo.

Firma del padre/guardián: _____ Fecha de la firma: ____/____/____

Nombre del padre/guardián (en letra de imprenta): _____



Director of ESE and Student Services
Lynnette White

Consentimiento de padres para atención médica

Según lo exige FS 1014.06(1), los padres o guardianes legales deben autorizar a que un profesional de salud o su delegado provea servicios de atención médica a su hijo, según se define en FS 456.001 y 1006.062, en caso de que surja la necesidad de dicho tratamiento, mientras su hijo está bajo la supervisión de la escuela.

Una respuesta "sí" autorizará dichos tratamientos, incluidos, entre otros, lesiones o enfermedades mayores o menores informadas u observadas mientras el niño está en la escuela. Esto no autoriza la dispensación de medicamentos o exámenes escolares tales como visión, audición, escoliosis o altura y peso. Estos servicios requieren un consentimiento por separado que se incluyó en la documentación de registro original.

La falta de respuesta dará lugar a una indicación de "no" para dichos tratamientos.

Una "no" resultará en llamadas a los padres o guardianes para que recojan al niño en cualquier caso de problemas médicos, o en caso que los estudiantes se sientan enfermos, tengan dolor de cabeza o lesiones como cortes, raspaduras, golpes o moretones. Se llamará a EMS para cualquier situación que se considere grave.

Se proporcionarán servicios de emergencia a todos los estudiantes de acuerdo con los estándares que se encuentran en las Pautas de emergencia para escuelas del Departamento de Salud de Florida en: <https://www.floridahealth.gov/programs-and-services/childrens-health/school-health/reports-información.html>

¿Autoriza servicios de salud? ☐ Sí ☐ No

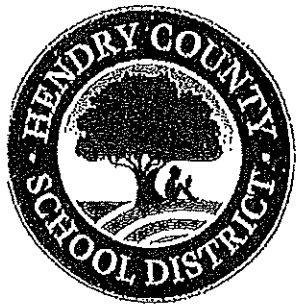
Nombre del niño (letra de imprenta) _____ ID# _____

Nombre de padre/guardián legal (letra de imprenta) _____

Firma de padre/guardián legal _____

Fecha: _____ Grado _____

Revised: 03/03/25



Dedicated to Excellence in Education

ALL IN ALL THE TIME

Director of BSE and Student Services
Lynnette White

Parental Consent for Healthcare

As required by F.S. 1014.06(1), parents or legal guardian must authorize healthcare services to be provided for their child by a healthcare practitioner or their delegate, as defined in F.S. 456.001 and 1006.062, should the need arise for such treatment, while their child is under the supervision of the school.

A "yes" response will authorize such treatments including, but not limited to major or minor injury or illness reported or observed while the child is at school. This does not authorize the dispensing of medication or school screenings such as vision, hearing, scoliosis, or height and weight. These services require a separate consent which was included in the original registration paperwork.

Failure to respond will result in an indication of "no" for healthcare treatment.

A "no" response will result in calls to the parent or guardian for the child to be picked up for all medical concerns. This will be for all instances where students are feeling ill have a headache or injuries such as cuts, scrapes, bumps, or bruises. EMS will be called for any situation deemed serious.

Emergency services will be provided to all students according to the standards found in the Florida Department of Health Emergency Guidelines for Schools at: <https://www.floridahealth.gov/programs-and-services/childrens-health/school-health/reports-information.html>

Do you authorize healthcare services? ☐ Yes ☐ No

Child's Name (print) _____ ID # _____

Parent/Legal Guardian Name (print) _____

Parent/Legal Guardian Signature _____

Date: _____ Grade _____

ted: 03/03/25



Padres y estudiantes de HCSD Chromebook damage/Reconocimiento de pérdida

El programa educativo en la escuela de sus estudiantes incluye un Chromebook que se entregará a sus estudiantes para su uso. Estamos muy emocionados de poder poner estas poderosas herramientas a disposición de nuestros estudiantes. También entendemos que tanto los estudiantes como los padres están preocupados por mantener estas herramientas seguras y en buen estado de funcionamiento.

Al igual que los libros de texto, los uniformes de los equipos y otros bienes escolares entregados a su estudiante, existe la responsabilidad de cuidar adecuadamente estos valiosos recursos. Puede encontrar expectativas específicas para el cuidado y uso en la Política de uso aceptable (AUP) del Distrito y los Procedimientos estudiantiles para el uso de tecnología y dispositivos. Proporcionar Chromebooks a los estudiantes representa un mayor costo para el Distrito y una responsabilidad para los estudiantes y los padres. Sabemos que ocurrirán pérdidas y accidentes. De acuerdo con los procedimientos, regulaciones y prácticas del Distrito, exigiremos que se imponga una multa para cubrir el costo de reparación o reemplazo de la propiedad del Distrito. Con los dispositivos informáticos, como los Chromebook, el costo de la pérdida o daño puede ser significativo. Los estudiantes que causen daños a la propiedad escolar estarán sujetos a medidas disciplinarias y sus padres serán financieramente responsables de dichos daños en la medida de la ley.

Si el estudiante no ejerció el cuidado adecuado y/o tomó las precauciones adecuadas, como se describe en los Procedimientos estudiantiles y la AUP, y este comportamiento resultó en daño o pérdida del Chromebook, el costo de la reparación o reemplazo será responsabilidad del estudiante/padre.

Las tarifas se evaluarán de la siguiente manera:

- Chromebook \$275.00 (valor de reposición total)
- Reemplazo de pantalla \$50.00
- Reemplazo de teclado \$55.00
- Reemplazo del cargador \$30.00

Al estudiante se le entregará un Chromebook de reemplazo o de reemplazo temporal. El pago u otro acuerdo de resolución debido a dificultades financieras se debe realizar con la administración. El estudiante también podrá estar sujeto a medidas disciplinarias. Si no se llega a un acuerdo de pago o resolución, la Junta se reserva el derecho de retener una boleta de calificaciones o créditos de cualquier estudiante cuyo pago de dicha multa esté atrasado. La junta también puede reportar a las autoridades juveniles correspondientes a cualquier estudiante cuyo daño a la propiedad escolar haya sido de naturaleza grave o crónica.

ROBO: Si roban el Chromebook, el Distrito requerirá que se presente un informe policial. Las denuncias fraudulentas de robo se entregarán a la policía para su investigación. Un estudiante que haga un informe falso también estará sujeto a medidas disciplinarias.

He leído y comprendido los Procedimientos del Programa de Pérdidas/Daños de Chromebook, los Procedimientos Estudiantiles para el Uso de Tecnología y Dispositivos y la Política de Uso Aceptable.

Nombre del estudiante: _____ ID#: _____ Nivel de grado: _____ Firma: _____

Nombre del padre/tutor: _____ Firma: _____

Número de código de barras del dispositivo: _____

Request for Alternative School Nutrition

Student's Name: _____

DOB: _____

School: _____

I certify that the above listed student has the following medical or other special dietary needs that must be accommodated by the food service program:

Medical Condition:

Allergy _____

Unable to Chew _____

Nothing by Mouth (tube fed) _____

Diabetes _____

Other _____

Foods to be omitted:

Milk _____

Milk Products _____

Citrus Products _____

Sugar _____

Peanuts _____

Other _____

Please provide comments regarding food preparation; food substitutes or other comments:

Physician's Signature _____

Date _____



Please download the REMIND app for
our schools messages and notifications.

Por favor de bajar la aplicación REMIND
a su teléfono para todas los mensajes y
notificaciones

