

Escuelas estatales de Knox
Inscripción para de estudiantes nuevos

SÓLO POR USO DE OFICINA

Student ID _____
Homeroom _____
Year _____
School _____
Bus Number _____

Fecha de Inscripción: _____

Nombre del Estudiante: _____ Grado _____
Apellido Nombre Segundo Nombre

Número de PIN del estudiante: _____

Fecha de nacimiento: _____

Lugar de nacimiento/ciudad: _____

Condado de nacimiento: _____

Estado de nacimiento: _____

País de nacimiento: _____

Apellido de soltera de la madre: _____

Sexo: ☐ Femenino ☐ Masculino

Etnia: ☐ Hispano ☐ No-Hispano

Raza: (compruebe todo el que aplíquese)

☐ Asiático

☐ Negro

☐ Indio Americano

☐ Isleño Pacífico

☐ Blanco

Dependiente de una ☐ El Servicio Militar Activo

personal en: ☐ La Guardia Nacional

(si procede) ☐ La Reserva Militar

Anote el nombre de los estudiantes de la misma familia que asisten a cualquier escuela en el condado de Knox (que viven en la misma casa) -- Por favor de incluir el apellido, nombre y fecha de nacimiento.

_____	_____
_____	_____

Anote todos los tutores de forma individual. Si el estudiante tiene más de dos tutores, por favor utilice el espacio añadido al final de este formulario para los otros contactos.

Contacto principal: _____

Parentesco: _____

Dirección: _____

*Teléfono primario #: _____

Tel. de emergencia: _____

Nombre del empleador: _____

Teléfono del trabajo: _____

Otro #: _____

*Celular: _____

Email primario: _____

Email secundario: _____

Contacto: _____

Parentesco: _____

Dirección: _____

*Teléfono primario #: _____

Tel. de emergencia: _____

Nombre del empleador: _____

Teléfono del trabajo: _____

Otro #: _____

*Celular: _____

Email primario: _____

Email secundario: _____

Este es el número de teléfono que recibe llamadas telefónicas automatizadas.

Notas (personas otras que los padres/tutores quienes pueden recoger el niño.)

Nombre _____

Números de teléfono _____

Nombre _____

Números de teléfono _____

Nombre _____

Números de teléfono _____

Nombre _____

Números de teléfono _____

Nombre del Estudiante: _____
Apellido _____ Nombre _____ Segundo Nombre _____

Avisos (instrucciones especiales no-médicas) _____

Historia Escolar

Escuelas preescolares a las que asistió
(si es estudiante del kindergarden): _____
Última escuela que asistió: _____
Dirección: _____
Otras escuelas que asistió: _____

¿Este estudiante está bajo suspensión/expulsión de otra escuela actualmente? ☐ Sí ☐ No
¿Este estudiante ha recibido anteriormente servicios de Educación Special? ☐ Sí ☐ No
¿Este estudiante ha recibido anteriormente servicios bajo la Sección 504? ☐ Sí ☐ No
¿Este estudiante está recibiendo servicios de Educación Special en este momento? ☐ Sí ☐ No
¿Este estudiante está recibiendo servicios bajo Sección 504 en este momento? ☐ Sí ☐ No

Si contestó "Sí", lista el (los) programas: _____

¿Este estudiante se aloja en cualquiera de los siguientes lugares por las noches? Marque con x cualquier selección que aplica:

- ☐ hogar/apartamento poseído o alquilado por los padres/los guardas
- ☐ en un refugio
- ☐ en un motel o un hotel
- ☐ en un carro
- ☐ en un lugar para acampar
- ☐ en otro lugar que no es apropiado para vivir (p.ej., un edificio abandonado)
- ☐ temporalmente con más de una familia en una casa, caravana o apartamento (porque la familia no tiene su propio hogar, ninguna electricidad o agua corriente)
- ☐ otro (en otra acomodación que no es fija, regular y adecuada y que no está descrito por las otras selecciones)

Forma completada por _____ Fecha _____

Parentesco al estudiante _____

Escuelas del Condado de Knox
CUESTIONARIO PERSONAL

Queridos Padres:

Queremos brindar las mejores experiencias educativas posibles para su hijo. Ayúdenos a hacerlo respondiendo estas preguntas.

1. Nombre completo del estudiante _____
Nombre Segundo Nombre Apellido

2. Nombre por el cual su hijo/a quiere ser llamado _____

3. El estudiante vive con: Ambos padres Madre Padre Otra Opción

4. ¿Cuánto tiempo han vivido usted y su hijo/a en la dirección actual? _____

5. ¿Alguien además del padre / tutor o los hermanos del estudiante vive en el hogar? _____

6. ¿Quién cuida al niño/la niña cuando ambos padres están fuera de casa? _____
¿Esta persona podrá recoger al estudiante de la escuela? _____

7. Experiencias Escolares: Por favor haga una lista de las escuelas a las que su hijo/a ha asistido antes de ingresar a esta escuela; incluya cuánto tiempo pasó en las escuelas (horas al día, días a la semana); y las fechas en que su hijo/a asistió a estas escuelas.

Escuela

Tiempo que Asistió

Fechas que Asistió

8. ¿Cuáles fueron las actitudes que tuvo su hijo/a hacia estas escuelas? _____

9. ¿Qué tipo de actividades le gusta hacer a su hijo/a y con quien hace estas actividades? _____

10. ¿Cuáles son los juguetes, actividades o intereses favoritos de su hijo/a? _____

11. ¿Hay ciertas situaciones que alteran, asustan o hacen enojar a su hijo/a? _____

12. ¿Qué métodos son efectivos para calmar a su hijo/a cuando está molesto? _____

13. ¿Hay algo más que el/la maestro/a deba saber sobre su hijo/a? Cuanto más sepamos sobre su hijo/a, más podremos enseñarle y ayudarle. (Escriba al dorso de este formulario).

Firma de Padre/ Tutor legal

Fecha

ESCUELAS DEL CONDADO DE KNOX

PRUEBA DE RESIDENCIA PARA LA INSCRIPCION EN LA ESCUELA

Nombre del estudiante _____ Fecha de nacimiento _____ Grado _____

Nombre del estudiante _____ Fecha de nacimiento _____ Grado _____

Nombre del estudiante _____ Fecha de nacimiento _____ Grado _____

Nombre del estudiante _____ Fecha de nacimiento _____ Grado _____

Escuela zonificado para asistir a: _____

Nombre del padre/tutor: _____ Teléfono: _____

Dirección actual _____ Código Postal _____

Dirección anterior: _____ Código Postal _____

A fin de verificar la residencia dentro de la zona de asistencia a la escuela solicitada, se debe proporcionar un documento actual como se detalla a continuación y fechado dentro de los últimos 60 días, que muestre el nombre y la dirección del padre/tutor. Los números de casilleros postales no son aceptables para verificar la residencia.

PRUEBA DE RESIDENCIA PROPORCIONADA POR EL PADRE/TUTOR:

___ Escritura/Arrendamiento/Contrato de renta

___ Factura de Servicios Públicos

___ Declaración Notariada

Si la prueba de residencia proporcionada es una Declaración Notariada por el propietario o persona responsable del Arrendamiento, por favor proporcione el nombre de esta persona y su dirección. Esta persona deberá proveer la Escritura / Contrato de Arrendamiento o Factura de Servicios como prueba de residencia.

Nombre del Dueño o Arrendatario: _____ Teléfono: _____

Dirección del Dueño o Arrendatario: _____

ADVERTENCIA: La falsificación de cualquier información o documento requerido para comprobar la residencia o el uso de la dirección de otra persona sin realmente residir allí, provocará el inmediato retiro del estudiante de la escuela y será asignado a la escuela de su verdadera residencia.

Yo, _____ (nombre en imprenta) padre/tutor del estudiante mencionado arriba, declaro bajo pena de perjurio que la información proporcionada es correcta y que el estudiante vive en la dirección dada Si la residencia cambia notificaré a la escuela en el plazo de 2 semanas.

Firma del padre/tutor _____ Fecha _____

Firma del funcionario de la escuela _____ Fecha _____

Belle Morris Guardianship Confirmation Form

Nombre del Estudiante:

Fecha: _____

1. Cual es su relacion con el estudiante ?

Padre ____ Guardian ____ Abuelo/a ____ Padre adoptivos ____

2. Si usted es el padre (s), esta usted legalmente casado/a con el otro padre ?

Casado ____ Separados ____ Divorciados ____ Nunca Casados ____

3. Esta el estudiante sujeto a un plan de crianza o una orden de la corte ?

Si ____ (Una copia es requerida para someter en la escuela)

No ____

4. Hay alguna orden activa de proteccion ?

Si ____ (Una copia es requerida para someter en la escuela)

Firma: _____

Fecha: _____



KNOX COUNTY SCHOOLS

Encuesta sobre el idioma hablado en casa

El Departamento de Educación de Tennessee requiere que todas las escuelas identifiquen el lenguaje con el que cada niño se inscribió en la escuela. Esto se logra con la encuesta sobre el idioma hablado en casa (HLS). Este documento solo se debe completar UNA VEZ en el momento de la inscripción a la escuela. Si el estudiante está siendo transferido, la escuela debe tratar de obtener el HLS original.

NOTE to registrar: If any language besides (or in addition to) English is given as an answer to questions 1-3, please give this document to the ELL teacher at your school (or who monitors your school) immediately.

Información del Estudiante

Primer Nombre

Segundo Nombre

Apellido

M

☐

F

☐

Género

País de nacimiento

Fecha de nacimiento (mm/dd/yyyy)

Primer día de inscripción en CUALQUIER
ESCUELA DE U.S. (grados K-12)

Primer día de ingreso a los
Estados Unidos

ESTA INFORMACION NO ES USADA PARA IDENTIFICAR EL ESTATUS MIGRATORIO DEL ESTUDIANTE

Esta información nos permite saber el nivel de conocimiento y las capacidades con las que su hijo llega a la escuela.
Esta información puede permitir que el distrito reciba fondos federales adicionales para proveer apoyo a su hijo.

Información de la escuela

Fecha de inscripción en KCS

Nombre de la escuela y ciudad donde asista

Último año cursado

Preguntas para Padres/Tutores

1. ¿Cuál fue el primer idioma que el estudiante aprendió a hablar?	¿Ha recibido este niño clases de ELL (ESL) en otra escuela? Si ☐ No ☐ No sé ☐ ¿En caso afirmativo, ¿en qué año calificó este estudiante por primera vez para ELL??
2. ¿Qué idioma habla el estudiante frecuentemente cuando está fuera de la escuela?	¿Necesita usted el servicio de interprete/traductor en las reuniones de padres-profesores? Si ☐ No ☐ ¿Si, sí que idioma?
3. ¿Qué idioma se habla más a menudo con el estudiante en casa?	¿En qué idioma prefiere usted recibir correos electrónicos y comunicaciones de KCS?
Firma del Padre/Tutor: X	Fecha de hoy: <u> </u> / <u> </u> / <u>20</u> (mm/dd/yyyy)

NOTE to ELL teacher: Please forward a copy of this form to the ELL Central Office. Place another copy in the student's green folder and the original in the purple file which is kept in the student's CR.



De conformidad con la Parte C del Título I de la Ley de Educación Primaria y Secundaria (ESEA, en inglés), nuestro distrito escolar brinda servicios complementarios a los hijos de los trabajadores agrícolas que se hayan mudado hace poco. Esta encuesta tiene el objetivo de ayudar a la escuela a identificar si su hijo podría reunir los requisitos para recibir dichos servicios complementarios gratuitos, como clases de apoyo, insumos escolares, campamentos de verano en determinados condados y otros servicios sin costo. Responda las siguientes preguntas y entregue este formulario en la escuela de su hijo. **Se mantendrá la confidencialidad de la información proporcionada a continuación.**

Fecha de hoy

Nombre y apellido del padre, madre o tutor

Nombre del estudiante

Apellido del estudiante

Nombre de la escuela

Grado del estudiante

1. ¿Ha realizado usted o algún familiar inmediato trabajos relacionados con la agricultura o la pesca de forma provisoria o temporal en alguna parte de los Estados Unidos en los últimos 3 años? Marque todas las opciones que correspondan.

☐ **NO**

☐ **Sí. Marque todas las opciones que correspondan.**

Trabajo agrícola/de campo: siembra, cosecha, clasificación de granos, preparación del suelo, irrigación, fumigación ☐



Procesamiento y empaquetado: frutas, verduras, carne de pollo, carne de cerdo, carne de res, huevos, etc. ☐



Producción lechera/ganadera: engorde, ordeño, arreo ☐



Vivero/invernadero: plantación, cultivo en macetas, poda, riego, cosecha ☐



Silvicultura: preparación del suelo, siembra, tala de árboles (no incluye paisajismo) ☐



Otro: si realizó otro trabajo relacionado con la agricultura o la pesca, inclúyalo a continuación:

2. ¿Se ha mudado su familia a otro estado, ciudad, distrito escolar o condado en los últimos 3 años?

☐ **NO**

☐ **Sí. Mi familia se ha mudado en los últimos 3 años. A continuación, indique hace cuánto tiempo se mudaron.**

años

meses

semanas

Si respondió "Sí" a la pregunta 1, complete la siguiente información. Un miembro del personal del Programa de Educación para Migrantes (MEP, en inglés) le hará un seguimiento a su familia para verificar si reúnen los requisitos para recibir los servicios gratuitos.

Dirección

Apto. n.º

Ciudad

Código postal

Número de teléfono

Idioma

Dirección de correo electrónico

Día de la semana y hora en que prefiere recibir llamadas

For School Use Only: Please forward all surveys with a "YES" response to Question 1 to your district migrant liaison for them to submit to the ID&R Team through tn.msedd.com. If you have any questions, email the TN MEP ID&R Team: idr@tn-mep.net

Student State ID:

Enrollment Date:

District ID:

KNOX COUNTY SCHOOLS
ANDREW JOHNSON BUILDING

Bob Thomas, Superintendent



ESCUELAS DEL CONDADO DE KNOX

Para: Los Padres/Tutores de estudiantes que ingresan o se retiran de las escuelas del Condado Knox

De: Servicios de Apoyo Estudiantil

Re: Servicios de Educación Especial Disponibles a través de las Escuelas del Condado Knox

Las Escuelas del Condado de Knox ofrecen una gama completa de servicios para los estudiantes que califican para educación especial bajo la Ley de Mejoramiento de la Educación para Individuos con Discapacidades (IDEIA '04).

Si Ud. piensa que su hijo necesita Educación Especial u otros servicios y desea que las Escuelas del Condado de Knox le brinden esos servicios, comuníquese con la escuela a la que pertenece su hijo _____ o llame al Servicio de Asistencia para Estudiantes al 594-1540.

Si hay registros disponibles para revisión u otra información que la escuela pueda necesitar para determinar los servicios apropiados para su hijo, firme y devuelva un formulario de Divulgación de Información disponible en su escuela para que podamos revisar esos registros y planificar servicios, si es necesario.

Gracias por su ayuda en este asunto.

Nombre del estudiante

Firma del Padre/Tutor

Fecha

**(Por favor devuelva una copia firmada de este formulario a la escuela
y conserve una para sus archivos)**

Escuelas del Condado de Knox
Perfil Médico del Estudiante

Esta información será utilizada por la enfermera de la escuela para cuidar a su hijo

Fecha: _____

Nombre de estudiante: _____
(Apellido) (1° nombre) (2° nombre)

Grado: _____ Maestro/a: _____

Requirió el estudiante atención médica/hospitalización al nacer o en cualquier otro tiempo? ____ Si ____ No. Sí, por favor explique: _____

¿Requiere el estudiante un procedimiento médico diario por parte de una enfermera de la escuela? Sí por favor explique: _____

¿Toma el alumno medicamentos? ¿Cuáles? _____

¿Le parece a Usted que el estudiante tiene problemas de visión, audición, o el habla? ____ Sí ____ No. Sí, por favor explique: _____

El estudiante tiene historia de (Marque todas las que apliquen): A= Actualmente P= En el Pasado

A	P	A	P	A	P	A	P			
☐	☐	ADD/ADHD	☐	☐	ADD/ADHD	☐	Síndrome de Down	☐	☐	Shunts/hydrocephalus
☐		Amputaciones	☐	☐	Enfermedad Celíaca	☐	Tubo alimentación G/J	☐	☐	Problemas de la piel
☐	☐	Asma/Enfermedad de las vías respiratorias	☐		Parálisis Cerebral	☐	Defectos Cardíacos	☐	☐	Problemas estomacales
		____ Requiere inhalador (envíelo a escuela)	☐		Enfermedad Crohn	☐	Hemofilia	☐	☐	Problemas para tragar
			☐		Fibrosis Quística	☐	Migrañas	☐	☐	Traqueotomía
☐	☐	Alergias:	☐		Diabetes	☐	Distrofia Muscular	☐	☐	Síndrome cerebral Traumático
		____ Picadoras de abejas				☐	Espina bífida		☐	Lesión de columna vertebral
		____ Comida _____				☐	Problemas Ortopédicos	☐	☐	Problemas urinarios
		____ Látex				☐	Sensibilidad a la luz	☐	☐	Otro: _____
		____ Requiere Epi-pen (envíelo a la escuela)				☐	Convulsiones			

Si ha marcado alguno, por favor explique: _____

Es importante que los maestros y el director de la escuela tengan la información médica correcta para que sean capaces de manejar apropiadamente cualquier emergencia que se presente. Resuma cualquier condición médica especial: _____

¿Requiere su hijo alguna adaptación especial para su dieta? ____ Si la respuesta es afirmativa y Ud. quiere que su hijo coma en la escuela, por favor obtenga del doctor de su hijo un formulario de solicitud de dietas especiales.

Forma completada por: _____ Fecha: _____

Parentesco con el estudiante: _____



VINE SCHOOL HEALTH CENTER

PERMISO PARA SERVICIOS MEDICOS

☐ Paciente Nuevo ☐ Paciente Establecido ☐ Foster Care/DCS
(Por favor, marque todo lo que corresponda)

Información del Niño/a		
Nombre del niño/a:	Fecha de nacimiento:	Sexo: Hombre Mujer Otro
		Raza:
Número de Seguro Social:	Nombre de su Farmacia:	Dirección de su Farmacia:
Dirección (calle, ciudad y código postal):		Escuela y Grado:

Información del los Padres/Tutor Legal: Esta sección debe ser completada por un padre biológico o guardián legal asignado por la corte.		
Nombre del padre (1):	Nombre del padre (2):	¿Niño en con DCS/Cuidado de crianza? Sí No
Padre (1) Fecha de Nacimiento:	Padre (2) Fecha de Nacimiento:	☐ Documentos de custodia proporcionados a la clínica
Padre (1) # de Teléfono:	Padre (2) # de Teléfono:	Nombre de los padres de crianza:
Padre (1) Dirección:	Padre (2) Dirección:	Teléfono celular de los padres de crianza:
Padre (1) Correo electrónico:	Padre (2) Correo electrónico:	Nombre del trabajador social y teléfono celular:

Información de Seguro Médico: Todos los servicios requieren una forma de pago.		
Proveedor de Seguro Médico:	Número de su Póliza / Número de identificación:	Número de Grupo:
Pago por cuenta propia Ninguno		
Nombre del Garante (Si el seguro es TNCare, déjelo en blanco):	Empleador del padre y número de teléfono del empleador:	

Información Adicional Sobre su Hijo/a:		
Medicamento que el/ella este actualmente tomando (recetado o de venta libre):		
¿El niño tiene alguna alergia? No Sí ¿A qué?	¿El niño está en el programa de almuerzo gratis o a precio reducido en la escuela? No Sí	¿Tiene el niño un proveedor de atención medica primaria? No Sí ¿Quién?
¿Tiene algún problema de salud mental? No Sí	¿Tiene algún problema de salud actualmente o pasado? No Sí	¿Tiene un IEP o servicios de educación especial? No Sí
Diagnóstico:	Diagnóstico:	Discapacidad:

Personas autorizadas para participar en el cuidado de su hijo en Vine School Health Center:		
Doy mi consentimiento para que Vine School Health Center divulgue información personal/física/mental de mi hijo/a que consista en: información de citas, diagnóstico y/o información médica/de salud mental/medicación/instrucciones a: (Enumere los nombres de las personas designadas y los números de contacto):		
Nombre de la persona/contacto de emergencia (1):	# de Teléfono y Dirección:	Relación con el niño/a:
Nombre de la persona/contacto de emergencia (2):	# de Teléfono:	Relación con el niño/a:

Por favor firme sus iniciales en las siguientes declaraciones:	
Inicial	Se me ha proporcionado una copia del Aviso de Acuerdo de Prácticas de Privacidad del Vine School Health Center para revisar o puedo solicitar una copia.
Inicial	Doy permiso a East Tennessee Children's Hospital para divulgar información de salud al Vine School Health Center con respecto a la evaluación y el tratamiento de mi hijo/a.
Inicial	Doy permiso al Vine School Health Center para divulgar información al Sistema Escolar del Condado de Knox sobre el cuidado de mi hijo/a.
Inicial	Entiendo, Vine School Health Center facturará a los seguros por los servicios. Si corresponde, los servicios califican para una tarifa de escala móvil/pago por cuenta propia.

Para que este niño/a tenga servicios en Vine School Health Center, firme abajo:	
Vine School Health Center es un esfuerzo de colaboración entre las Escuelas del Condado de Knox y la Facultad de Enfermería de la Universidad de Tennessee y está ubicado en Vine Middle Magnet School y con clínicas satélite en otras escuelas. Entiendo que estos servicios, realizados cuando lo solicitan los padres o después de que el personal de la clínica se haya puesto en contacto con ellos, la atención será proporcionada por enfermeras, enfermeras practicantes, trabajadores sociales, pasantes de trabajo social, estudiantes de enfermería practicantes y estudiantes de enfermería, y médicos, e incluyen, entre otros: exámenes de niño sano, vacunas, educación para la salud, atención de enfermedades agudas, primeros auxilios generales, consejería de salud mental, manejo de casos y exámenes físicos deportivos. Al firmar este formulario, estoy dando mi permiso para que este niño/a reciba servicios de Vine School Health Center.	
Firma del Padre/Guardian Legal:	Fecha:



Las Escuelas del Condado de Knox

Autorización de los padres/guardianes para la divulgación publicitaria

Yo, como padre/madre/guardián legal de _____, doy mi autorización plena y concedo al Distrito Escolar del Condado de Knox, a sus empleados, a sus representantes autorizados, y a las organizaciones autorizadas de medios de comunicación mi permiso para fotografiar, entrevistar, y grabar a mi hijo(a) y su imagen en forma auditiva, en video, en película, u otro medio electrónico, digital, o impreso. También le doy permiso al Distrito Escolar del Condado de Knox de compartir fotografías o grabaciones de cualquier índole a los medios de noticias incluyendo, pero no limitado a, los periódicos y estaciones de televisión.

Entiendo y estoy de acuerdo de que ni el Distrito Escolar del Condado de Knox ni los medios noticieros tienen obligación alguna de usar o de ser compensados por tales derechos antes mencionados. También entiendo y estoy de acuerdo de que yo no recibiré compensación monetaria por la participación de mi hijo(a), y que le cedo el derecho total al Distrito Escolar del Condado de Knox de inspeccionar o aprobar el uso final de dichas grabaciones o materiales impresos.

Por la presente exonero de toda responsabilidad civil al Distrito Escolar del Condado de Knox, a sus empleados, a la Junta de Educación y a sus representantes autorizados de cualquier demanda o reclamos de daños, conocidos o no, relacionado con tal uso.

Por favor entienda de que, si no firma esta autorización del Distrito Escolar del Condado de Knox, la fotografía de su hijo(a) aún será incluida en el libro anual estudiantil de la escuela y en las publicaciones del salón de clases como parte del directorio de información, a menos de que usted notifique al distrito de lo contrario. Adicionalmente, si en cualquier momento desea retirar su consentimiento, se puede comunicar con la Oficina de Asuntos Públicos al 865-594-1905. Tenga por entendido de que las fotos o grabaciones de su hijo(a) tomadas antes de tal llamada, permanecerán como parte de los archivos del distrito.

Nombre de la escuela del estudiante:

Padre/Madre/Guardián legal:

(letra de molde)

(firma)

Fecha: _____



ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD DEL VOLUNTARIO

Yo, _____, entiendo que mientras sea voluntario en las escuelas del condado de Knox, y específicamente en _____,

es posible que me entere o me exponga a información de los estudiantes que está protegida por la Ley de Privacidad de los Derechos Educativos de la Familia (FERPA, por sus siglas en inglés), la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA, por sus siglas en inglés), o leyes similares del estado de Tennessee, que hacen que cierta información sobre los estudiantes o empleados de Knox County Schools sea confidencial. Por lo tanto, en consideración a Knox County Schools por brindarme la oportunidad de trabajar como voluntario para las escuelas del condado de Knox, **acepto no comentar, divulgar o compartir información o cualquier cosa que observe o escuche de naturaleza confidencial con respecto a cualquier estudiante o empleado de Knox County Schools.** Acepto mantener estrictamente la confidencialidad de toda la información a la que pueda tener acceso y notificarle a la administración de la escuela si llego a tener conocimiento de información protegida.

La siguiente información sobre los estudiantes se considera "información de directorio" y no es confidencial: nombre, dirección, fecha de nacimiento, fechas de asistencia (únicamente los años- no incluir días específicos de ausencia), niveles de grado completados, premios/títulos obtenidos, participación en actividades deportivas, peso y altura de los deportistas, estadísticas deportivas, y honores y premios académicos y extracurriculares. Incluso esta información solo debe compartirse para un propósito autorizado. **Debe presumir que cualquier otra información relacionada con los estudiantes es información confidencial protegida. Por favor, consulte con la administración de la escuela antes de divulgar CUALQUIER información.**

El tomar fotografías o videos de estudiantes que no sean de su propio hijo/a y publicarlos en las redes sociales se considera una violación de confidencialidad y está prohibido en propiedades de KCS. Esto incluye la cafetería, aulas y pasillos.

La siguiente información sobre los empleados de Knox County Schools, o sus familiares, debe considerarse confidencial: resultados de evaluaciones, número de teléfono residencial y celular personal, cuenta bancaria, cuenta de ahorros de salud, información de cuenta de jubilación y de pensión, número de seguro social, dirección residencial, información de licencia de conducir, información de contactos de emergencia, y correo electrónico personal (que no es de Knox County Schools.)

FIRMA

FECHA

ENGLISH VERSION ON THE OTHER SIDE
VERSIÓN EN INGLÉS EN EL REVERSO

Hora De Salida

Porfavor seleccione como va su hija/o a la casa de la escuela todos los días. Si su hija/o usa varias maneras de como va a la casa de la escuela porfavor de seleccionar y explicar en nota.

Nombre: _____

_____ En carro (en la parte de atras de la escuela)

_____ 1st Bus primera ronda

_____ 2nd Bus segunda ronda

_____ Caminando (llamando de la iglesia)

_____ Caminando (caminan a casa solos o con algun hermano/a

_____ Programa despues de la escuela (Nombre de programa)

Nota: _____

Quedarse con esta porcion.

Si su hijo/a necesita ser recogido despues de la escuela sea en carro o en la iglesia por cualquier motivo necesita saber su numero de salida. Si no tienen el numero de salida tendra que llamar a la officina al (865) 594-1277