

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: _____

Sexo: ☐ Femenino ☐ Masculino

Etnia: ☐ Hispano ☐ No-Hispano

Raza: (compruebe todo el que aplíquese)

☐ Asiático

☐ Negro

☐ Indio Americano

☐ Isleño Pacífico

☐ Blanco

Fecha de nacimiento: _____

Lugar de nacimiento/ciudad: _____

Condado de nacimiento: _____

Estado de nacimiento: _____

País de nacimiento: _____

Apellido de soltera de la madre: _____

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:: _____

Contacto: _____

Parentesco: _____

Parentesco: _____

Dirección: _____

Dirección: _____

***Teléfono primario #:** _____

***Teléfono primario #:** _____

Tel. de emergencia: _____

Tel. de emergencia: _____

Nombre del empleador: _____

Nombre del empleador: _____

Teléfono del trabajo: _____

Teléfono del trabajo: _____

Otro #: _____

Otro #: _____

***Celular:** _____

***Celular:** _____

Email primario: _____

Email primario: _____

Email secundario: _____

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: _____

Lista de contactos adicionales en la página siguiente.

Guardianes del estudiante (continuadas)

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

Contacto principal: _____
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.

Contacto: _____
Parentesco: _____
Dirección: _____

*Teléfono primario #: _____
Tel. de emergencia: _____
Nombre del empleador: _____
Teléfono del trabajo: _____
Otro #: _____
*Celular: _____
Email primario: _____
Email secundario: _____

Contacto principal: _____
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.

Contacto: _____
Parentesco: _____
Dirección: _____

*Teléfono primario #: _____
Tel. de emergencia: _____
Nombre del empleador: _____
Teléfono del trabajo: _____
Otro #: _____
*Celular: _____
Email primario: _____
Email secundario: _____

ESCUELAS ESTATALES DE KNOX

PRUEBA DE LA RESIDENCIA PARA LA INSCRIPCIÓN DE LA ESCUELA

Nombre del estudiante _____ Fecha de nacimiento _____ Nivel de grado actual _____

Nombre del estudiante _____ Fecha de nacimiento _____ Nivel de grado actual _____

Nombre del estudiante _____ Fecha de nacimiento _____ Nivel de grado actual _____

Nombre del estudiante _____ Fecha de nacimiento _____ Nivel de grado actual _____

Estudiantes de la escuela divididos en zonas para atender _____

Nombre del padre/del guarda _____ Teléfono _____

Dirección actual _____ Cierre relámpago _____

Dirección anterior _____ Cierre relámpago _____

Para verificar la implantación dentro de la zona de la atención de la escuela pedida, un documento actual según lo enumerado abajo y fechado en el plazo de los últimos 60 días se debe proporcionar, demostrando el padre/el guarda conocido y dirección. Post Office box números no son aceptables para la verificación de residencia.

La prueba de la residencia proporcionó por el padre/el guarda:

☐ Hecho/arriendo/contrato de alquiler

☐ Bill para uso general

☐ Declaración certificada ante notario

Si la prueba de la residencia es proporcionada por una declaración certificada ante notario del dueño de una casa o de la persona responsable de arriendo/de alquiler, enumere por favor el conocido y la dirección de la persona. Esta persona debe también proporcionar un hecho/un arriendo/un contrato de alquiler o una cuenta para uso general para la prueba de la residencia.

Nombre del arrendatario/del dueño _____ Teléfono _____

Dirección del arrendatario/del dueño _____

ADVERTENCIA: La falsificación de cualquier información o documento requerido para la verificación de la residencia o el uso de la dirección de otra persona sin realmente la residencia allí requerirá que retiren al estudiante de esta escuela y ser asignado a la escuela que sirve la dirección real de la residencia.

I, _____ (nombre de la impresión), el padre/el guarda del estudiante nombrado arriba, declara bajo pena del perjuicio que la información antedicha esté correcta y que resida el estudiante en la dirección dada arriba. Si la implantación cambia, notificaré la escuela en el plazo de dos semanas.

Firma del padre/del guarda _____ Fecha _____

Firma del funcionario de la escuela _____ Fecha _____

7. Cuando ambos padres estan fuera de casa, quien cuida del nino? (Un familiar, un amigo?) _____

8. Alguen mas, ademas de madre y padre viven regularmente en la casa? _____

9. Experiencia Escolar: Por favor escribe todas las escuelas a las que ha asisitido su nino antes de asisitir a esta escuela; diganos como tiempo asisitio (horas por dia, dias de la semana) y las fechas que su hijo asisitio a esas escuelas.

Escuela	Tiempo	Fechas
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Como fue la actitud de su hijo hacia esas escuelas? _____

Cuales otras experiencias grupales ha tenido el nino fuera del hogar? _____

10. Brevemente diganos que tipo de cosas los diferentes miembros de la familia usualmente hacen cuando estan junto con este nino?

Padre e hijo: _____

Madre e hijo: _____

Hermanos/hermanas con el nino: _____

Familia Complete: _____

11. Mencione todos los materiales favoritos de su hijo, o actividades que le interesen: _____

12. Que situaciones mas a menudo conducen a problemas con su hijo? _____

Como usted maneja estos problemas y como sientes que la escuela debe manejar estos problemas? _____

13. Hay algo mas que pueda decirnos sobre tu hijo que ayudaria a su maestro a entender como piensa y como se comporta? Por favor, sea lo mas completo posible. Mientras mas sabemos sobre su hijo mas podemos enseñarle y ayudarle.

Firma del Padre

Firma de la Madre

Fecha

Nombre del Alumno: _____ Fecha: _____

FORMULARIO DE CONFIRMACION DE LA TUTELA

1) ¿Cuál es su relación con el alumno (a)? Padre _____ Tutor _____
Padre Adoptivo _____

Si usted es el padre (madre), ¿esta usted legalmente casado con el padre (madre) del alumno (a)?

Casado _____ Separado _____ Divorciado _____ Nunca Casado _____

2) ¿Está este niño sujeto a un plan de crianza u orden judicial?

Yes _____

Copia Presentada _____

(se requiere una copia sea presentada en la Escuela)

(el personal verificará y escribirá la fecha en que fue entregada)

No _____

3) ¿Hay alguna orden de protección vigente?

Yes _____

Copia Presentada _____

(se requiere una copia sea presentada en la Escuela)

(el personal verificará y escribirá la fecha en que fue entregada)

No _____

4) ¿Esta usted compartiendo su residencia actual con alguien mas? (abuelos, tíos, cuñados, etc)

Yes _____

No _____

¿Es su actual residencia Temporal _____ o Permanente _____?

Nombre del padre/tutor del alumno

Yo declaro que la información dada es correcta:

Firma

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: _____

Special Education Services Available Through Knox County Schools

KNOX COUNTY SCHOOLS
ANDREW JOHNSON BUILDING



A: Padres y/o tutores de estudiantes que ingresan a (o se retiran de) escuelas del Condado de Knox:

De: Servicios de personal de alumnos

Referencia: Servicios de educación especial disponibles a través de Knox County Schools

Knox County Schools ofrece una gama muy completa de servicios para estudiantes que califican para educación especial de acuerdo con la Ley de mejora de la educación para individuos con discapacidades (Individuals with Disabilities Education Improvement Act -- IDEA '04).

Si cree que su hijo(a) podría requerir servicios de educación especial u otros servicios y quiere que Knox County Schools preste estos servicios, contacte a la escuela a la que su hijo corresponde por zona geográfica o llame a los Servicios de personal de alumnos al 594-1540.

Si hubiera registros disponibles u otra información que la escuela pueda necesitar para determinar los servicios apropiados para su hijo, firmar y devolver un formulario de liberación de información disponible en su escuela para que podamos examinar dichos registros y servicios de plan, si fuera necesario.

Gracias por su colaboración en este asunto.

Nombre del estudiante

Firma del Padre/Tutor

Fecha de firma

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

Copia blanca -- Escuela
Copia amarilla -- Padre

PA-165(2/13)

P.O. Box 2188 • 912 South Gay Street • Knoxville, Tennessee 37901-2188 • Teléfono (365) 594-1800

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) (1º nombre) (2º nombre)

Grado: _____ Maestro/a: _____

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

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

¿Toma el alumno medicamentos? ¿Cuáles? _____

¿Le parece a Usted que el estudiante tiene problemas de visión, audición, o el habla? ____ Si ____ No. Si, 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
☐	☐	Amputaciones	☐	☐	Enfermedad Celíaca	☐	Tubo alimentación G/J
☐	☐	Asma/Enfermedad de las vías respiratorias	☐	☐	Parálisis Cerebral	☐	Defectos Cardíacos
_____	_____	Requiere inhalador (envíelo a escuela)	☐	☐	Enfermedad Crohn	☐	Hemofilia
☐	☐	Alergias:	☐	☐	Fibrosis Quística	☐	Migrañas
_____	_____	Picadoras de abejas	☐	☐	Diabetes	☐	Distrofia Muscular
_____	_____	Comida _____				☐	Espina bífida
_____	_____	Látex				☐	Problemas Ortopédicos
_____	_____	Requiere Epi-pen (envíelo a la escuela)				☐	Sensibilidad a la luz
						☐	Convulsiones
						☐	Shunts/hydrocephalus
						☐	Problemas de la piel
						☐	Problemas estomacales
						☐	Problemas para tragar
						☐	Traqueotomía
						☐	Síndrome cerebral Traumático
						☐	Lesión de columna vertebral
						☐	Problemas urinarios
						☐	Otro: _____

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: _____