A.L.LOTTS ELEMENTARY

9320 Westland Drive

Knoxville, TN. 37922

Teléfono (865) 539-8611 Fax (865)539-8632

Tracy Marsh, Directora

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE REGISTROS ESCOLARES

FECHA: _____

PARA: _____

_____

_____

ATN: _____

EL/LOS SIGUIENTE(S) ESTUDIANTE(S) SE HA/HAN MATRICULADO EN NUESTRA ESCUELA

_____ GRADO _____

_____ GRADO _____

_____ GRADO _____

POR FAVOR ENVÍE UNA COPIA DE EL/LOS EXPEDIENTE(S) EDUCATIVO(S)

FIRMA DEL PADRE_____

ATENTAMENTE

Rachel Hornback

Secretaria

Rachel.hornback@knoxschools.org

Betsy Lord

Secretaria

FORMULARIO DE CONFIRMACIÓN DE TUTELA - ALLOTTS

Nombre del Estudiante _____

¿Cuál es su relación con el Estudiante? _____

Si Ud. es el padre/madre, esta Ud. legalmente:

Casado _____ Separado _____ Divorciado _____

Viudo/a _____ Nunca Casado _____

¿El estudiante está sujeto a un plan de custodia o una orden judicial? **SI** _____ **NO** _____

En caso afirmativo, se requiere una copia para la escuela:

Fecha de emisión _____ Iniciales del personal que lo recibió _____

¿Hay alguna orden de protección para este estudiante? **SI** _____ **NO** _____

En caso afirmativo, se requiere una copia para la escuela:

Fecha de emisión _____ Iniciales del personal que lo recibió _____

Yo, _____ **(Nombre en letra imprenta)**

Padre/ Tutor declara que esta información es verdadera.

Firma del Padre/ Tutor _____

Fecha _____

TARJETA DE INFORMACION PARA LA ENFERMERIA DEL KNOX COUNTY SCHOOLS

Nombre del niño/a: _____ **Nombre del Maestro**_____ **Grado** ____

En caso de que mi hijo esté enfermo o lesionado en la escuela, comuníquese con una de estas personas en el orden que se indica a continuación.

NOTA: INDIQUE SI SE DEBE LLAMAR PRIMERO AL PADRE O LA MADRE, POR FAVOR INDIQUELO DE ESTA MANERA. DE LO CONTRARIO, NO SERÁ EL PRIMERO EN SER NOTIFICADO.

Indique con un sí o un no si la persona puede recoger a su hijo/a

1.	**Nombre**	**Relación c/estudiante**	**Nro. teléfono diurno**	**Nro. Celular.**	**¿Puede recogerlo?**
2.	**Nombre**	**Relación c/estudiante**	**Nro. teléfono diurno**	**Nro. Celular.**	**¿Puede recogerlo?**
3.	**Nombre**	**Relación c/estudiante**	**Nro. teléfono diurno**	**Nro. Celular.**	**¿Puede recogerlo?**

INFORMACION MEDICA U OTRA INFORMACION: _____

_____ _____

Firma del Padre/ Tutor **Fecha**

ESTA INFORMACIÓN ES MUY IMPORTANTE Y DEBE MANTENERSE ACTUALIZADA DURANTE TODO EL AÑO ESCOLAR.

¡Gracias!

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 aistia | Ultio 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? Sí ☐ 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: (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.

Escuelas estatales de Knox

Inscripción para de estudiantes nueuos

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 apliqúese)**

☐ Asiático
☐ Negro
☐ Indio Americano
☐ Isleño Pacífico
☐ Blanco

Dependiente de una personal en: *(si procede)*

☐ El Servico Militar Activo
☐ La Guardia Nacional
☐ La Reserva Militar

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

_____ | _____

_____ | _____

Anote todos los tutores de forma individual. Si el esndiante tiene más de dos tutores, por fabor utilice el espacio añadido al final de este formulario papa 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: _____

*Éste 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 _____

Termine por favor la parte posterior de esta forma.

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 apropriado 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.

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: _____

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 _____

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. Sí, por favor explique:

_____

¿Requiere el estudiante un procedimiento medico 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
			☐		Enfermedad Crohn	☐		Hemofilia	☐	☐	Problemas para tragar
		_____Requiere inhalador (envíelo a escuela)	☐		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:_____

TN Department of Education

Encuesta ocupacional para padres de Tennessee

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 _____

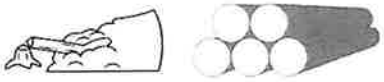
Apellido del estudiante _____

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.

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:**

TN Department of Education

Encuesta ocupacional para padres de Tennessee

Dirección	**Apto. n.°**
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:**