

Escuela Primaria Karns

Información sobre el registro de nuevos estudiantes

Por favor, complete cada formulario de este Paquete de Registro:

- Matrícula de nuevos estudiantes (delante y reverso)
- Prueba de residencia para la matrícula escolar
- Formulario de Tutela/Custodia
- Encuesta Vocacional Para Padres de Tennessee
- Encuesta sobre el idioma materno
- Perfil médico del estudiante
- Formulario de Educación Especial (Este formulario es para asegurarse de que entiende que el condado de Knox dispone de servicios disponibles en caso de que su hijo los necesite.)
- Consentimiento de Divulgación de Medios del Estudiante

Requisitos:

- Certificado de nacimiento (Provea la copia certificada original): el niño debe tener 5 años antes del 15 de agosto para empezar Kínder)
- Registro de inmunización del Estado de Tennessee (curso completo de vacunas Kínder a 6to grado)
- Prueba de examinación física (fecha en un plazo de 12 meses antes de ingresar en una escuela del condado de Knox)
- Comprobante de residencia (factura de servicios reciente (no más de 30 días) o contrato de alquiler/alquiler vigente a nombre del padre o tutor legal. Si vives con alguien más, se requiere una carta notariada y comprobante de residencia a nombre de dicha persona.)
- Licencia de conducir del padre/tutor
- Documentos legales (de ser necesario)

Escanea el siguiente código QR para comprobar la zona escolar que te corresponde.



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 estudinates 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 esndiante 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: _____

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 Especial? Sí No

¿Este estudiante ha recibido anteriormente servicios bajo la Sección 504? Sí No

¿Este estudiante está recibiendo servicios de Educación Especial 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.

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 _____

Escuela Elemental Karns

Formulario de Confirmación de Acudientes

Nombre del Estudiante _____ Fecha _____

¿Cuál es la relación con el estudiante?

Padre Acudiente Acudiente temporal

1. Si usted es el padre/madre, ¿Está casado/a legalmente con el otro padre del estudiante?

Casados Seperados Divorciados Nunca casados

2. Si no está casado/a ¿el otro padre firmó voluntariamente el reconocimiento de paternidad? (Si fué así, Por favor entregue una copia a la escuela)

sí no

3. ¿Tiene el estudiante un plan de patria potestad? (Si es así, Por favor entregue una copia a la escuela)

sí no

4. ¿Hay alguna orden de protección? (Si es así, Por favor entregue una copia a la escuela)

sí no

5. ¿Comparte su vivienda con otras personas? (abuelos, tíos, cuñados, etc.)

sí no

6. Donde está viviendo actualmente es

Temporal Permanente

Yo, _____ (nombre legible), el padre/acudiente del estudiante nombrado; declaro que toda la información es correcta.






firma : _____ fecha: _____



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.

<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sí. Marque todas las opciones que correspondan.		
<p>Trabajo agrícola/de campo: siembra, cosecha, clasificación de granos, preparación del suelo, irrigación, fumigación <input type="checkbox"/></p> 	<p>Procesamiento y empaquetado: frutas, verduras, carne de pollo, carne de cerdo, carne de res, huevos, etc. <input type="checkbox"/></p> 	<p>Producción lechera/ganadera: engorde, ordeño, arreo <input type="checkbox"/></p> 
<p>Vivero/invernadero: plantación, cultivo en macetas, poda, riego, cosecha <input type="checkbox"/></p> 	<p>Silvicultura: preparación del suelo, siembra, tala de árboles (no incluye paisajismo) <input type="checkbox"/></p> 	<p>Otro: si realizó otro trabajo relacionado con la agricultura o la pesca, inclúyalo a continuación:</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

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.msed@tn.gov. If you have any questions, email the TN MEP ID&R Team: ids@tn-mep.net

Student State ID: _____	Enrollment Date: _____	District ID: _____
-------------------------	------------------------	--------------------



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

			M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>
Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	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	<p style="font-size: small;">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.</p>			

Información de la escuela

/ /20		
Fecha de inscripción en KCS	Nombre de la escuela y ciudad donde asistía	Ultimo año cursado

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

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

Bob Thomas, Superintendent



ESCUELAS DEL CONDADO DE KNOX

Para: Los Padres/Tutores 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 cree 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 técnica 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, firmes 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)**



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: _____