CHESTER
ESCUELA CHARTER DE LA COMUNIDAD
FORMULARIO DE INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE / FAMILIA

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ GRADO : _____
Si usted está aplicando y es durante el verano, por favor indique el grado de su hijo/a para el próximo año escolar)

DIRECCIÓN DEL ESTUDIANTE: _____

DISTRITO DE CASA: _____ ESCUELA EN CASA: _____
CODIGO DE ÉTNICIDAD: _____ Hispano o Latino O _____ No Hispano o Latino GÉNERO: _____
CODIGOS RACIAL: 1. Indios Americanos / Nativos de Alaska 3. Negro / Afro Americano 4. Hispano / Latino 5. Blanco Multi Racial 9.Asiatico 10. Hawaiano / Otras Islas del Pacífico

NOBRE DE LA MADRE: _____ NOMBRE DEL PADRE: _____

NOBRE DEL TUTOR: (si corresponde) _____ ¿CON QUIÉN RESIDE EL NIÑO? _____

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO: _____

CONTACTO TELÉFONO #S:

Nombre Padre/Tutor: _____

Numero de teléfono principal de Padre/Tutor: _____

Numero de teléfono del hogar del Padre /Tutor: _____

Numerro de teléfono celular del Padre / Tutor: _____

Otros Parientes o amigos a ser notificados si no se puede localizar al Padre / Tutor:

Nombre: _____ Telefono: _____ Relación: _____
Nombre: _____ Telefono : _____ Relación: _____

Asistido alguna vez anteriormente a la escuela CHESTER COMMUNITY CHARTER SCHOOL: Círculo: SI / NO
Si es afirmativo, indique el año escolar y el grado: _____

Nombre otros hermanos QUE **ASISTEN** CHESTER Community Charter School:
NOMBRE 2 ND Estudiante: _____ GRADE: _____
NOMBRE 3 RD Estudiante: _____ GRADE: _____

Nombre otros hermanos que **no asisten** CHESTER Community Charter School:
NOMBRE DEL HERMANO/A: _____ ESCUELA: _____ GRADO _____
NOMBRE DEL HERMANO/A: _____ ESCUELA: _____ GRADO: _____

POR FAVOR CIRCULE CAMPUS preferidos y hará todo lo posible para complacerle:

EAST WEST ASTON UPLAND

Año escolar para el cual usted está solicitando: _____
LA SIGUIENTE INFORMACIÓN ES PARA USO DE LA OFICINA: ----------
NOMBRE DEL CONSEJERO DE ADMISIONES _____
NOMBRE DE LA EMPRESA: _____

CHESTER

ESCUELA CHARTER DE LA COMUNIDAD

FORMULARIO DE RECOGER & SALIDA TEMPRANA

Nombre del Estudiante _____

Nombre del Padre /Tutor: _____

Firma del Padre / Tutor: _____

FECHA: _____

Como información, si un niño pierde su autobús, es la política de Chester Community Charter School que el personal de la escuela no puede transportar a los estudiantes bajo ninguna circunstancia. Si un estudiante pierde su autobús escolar, notificaremos al padre / guardián a los números de teléfono que usted mencionó en el formulario de información del estudiante para arreglar el transporte a casa.

Con el fin de liberar a su hijo a la hora del despido o de la salida temprana a cualquier persona **que no sea el padre / tutor** debe completar la siguiente información:

Sólo los siguientes **adultos** tienen mi permiso para recoger a mi hijo (a) de la escuela:

1. Nombre: _____ Relación: _____
   Dirección: _____
   Teléfono: _____

2. Nombre: _____ Relación: _____
   Dirección: _____
   Teléfono: _____

3. Nombre: _____ Relación: _____
   Dirección: _____
   Teléfono: _____

SU NIÑO/A NO SERÁ LIBERADO A NINGUNA PERSONA QUE NO ESTÁ EN ESTA LISTA

CHESTER
ESCUELA CHARTER DE LA COMUNIDAD
DECLARACIÓN DE REGISTRO DE LOS PADRES

Nombre del Estudiante: _____

Fecha de Nacimiento: _____ **Grado** _____

Nombre del Padre / Guardián: _____

Dirección: _____

Número de Teléfono: _____

El Código de la Escuela de Pensilvania §13-1304-A declara en parte: "Antes de ser admitido en alguna entidad escolar, el padre, guardián o otra persona que tenga el control o cargo de un estudiante deberá, si esta previamente o está actualmente suspendido ó expulsado de cualquier escuela pública o privada de este Estado Libre Asociado o de cualquier otro estado por una acción o ofensa que involucre un arma, alcohol o drogas, o por el daño voluntario a otra persona o por cualquier acto de violencia cometido En la propiedad de la escuela ".

_____

Por favor complete lo siguiente:

Juro o afirmo que mi hijo **fue** _____ **no** estaba _____ Previamente suspendido o expulsado, o **es** _____ **no es** _____ Actualmente suspendido o expulsado de cualquier escuela pública o privada de este Estado Libre Asociado o de cualquier otro estado por un acto o delito que involucre armas, alcohol o drogas, o por la intención de infligir daño a otra persona o por cualquier acto de violencia cometido en propiedad escolar. Supongo que esta declaración está sujeta a las penalidades de 24 PS §1301304-A (b) y 18 Pa. CSA §4904, relativas a la falsificación no autorizada a las autoridades, y los hechos contenidos en ella son verdaderos y correctos a mi leal saber y entender Y la creencia.

Si este estudiante ha sido o está actualmente suspendido o expulsado de otra escuela, por favor complete:
Nombre de la escuela de la cual el estudiante fue suspendido o expulsado:

_____

Fechas de suspensión o expulsión:

_____

Proporcione escuelas adicionales y fechas de expulsión o suspensión:

_____

Razón de la suspensión / expulsión (opcional):

_____

_____

(Firma del Padre/Tutor) Fecha

Cualquier declaración falsa intencionada hecha arriba será un delito menor del tercer grado. Este formulario se mantendrá como parte del expediente disciplinario del estudiante.

Chester Community Charter School

Contrato de Padres

La firma de este Contrato para padres expresa su compromiso con la educación de su hijo.

Yo(nosotros) los Padres/Tutores de _____ hemos leído y aceptado cumplir con el Código de conducta y el Código de vestimenta de la escuela autónoma Chester Community. Apoyaré a la escuela en su aplicación del Código de Conducta y trabajaré con mi hijo para que comprenda y respete el Código y acepte las consecuencias por su mala conducta.

También aceptamos lo siguiente:

Compromiso con la Educación

- Me comprometo a garantizar que mi hijo asista a la escuela con regularidad y llegue a tiempo.
- Apoyaré la educación de mi hijo proporcionándole un entorno propicio para la tarea y el estudio.

Comunicación

- Mantendré una comunicación abierta con la escuela e informaré de inmediato a la escuela sobre cualquier cambio en la información de contacto.
- Asistiré a conferencias de padres y maestros y otras reuniones relacionadas con la escuela.

Apoyo a las Políticas Escolares

- Cumpliré con todas las políticas escolares, incluido el código de vestimenta, el código de conducta y cualquier otra regla y reglamento.
- Me aseguraré de que mi hijo siga las políticas y pautas de la escuela.

Tareas y Asignaciones

- Ayudaré a mi hijo con las tareas y asignaciones según sea necesario y me aseguraré de que complete su trabajo a tiempo.

Asistencia

- Entiendo la importancia de la asistencia regular a la escuela y haré todo lo posible para garantizar que mi hijo asista a la escuela todos los días.

Salud y Seguridad

- Notificaré a la escuela sobre cualquier problema o condición de salud que tenga mi hijo.
- Mantendré a mi hijo en casa cuando no se sienta bien para evitar la propagación de enfermedades a otros estudiantes.

Participación en Actividades Escolares

- Fomentaré la participación de mi hijo en actividades, clubes y eventos escolares cuando sea posible.

Voluntariado

- Puedo considerar ser voluntario en la escuela cuando sea necesario y según lo permita mi horario.

Comportamiento Respetuoso

- Inculcaré en mi hijo la importancia del comportamiento respetuoso hacia los maestros, el personal y los compañeros de estudios.

Cumplimiento del Calendario

- Escolar Cumpliré con el calendario escolar, asegurando que mi hijo asista a la escuela en los días escolares programados.

Firma del Padre / Tutor:	Fecha:

CHESTER

ESCUELA CHARTER DE LA COMUNIDAD

FORMA DE PERMISO PARA FOTOGRAFÍA Y VIDEO

FORMULARIO DE PERMISO DE FOTOGRAFÍA Y VÍDEO

Para cumplir con ciertos requisitos legales, si no tiene ninguna objeción a que la foto o el video de su hijo sea publicado en noticias o publicidad, por favor indique a continuación:

_____Sí, la Chester Community Charter School tiene mi permiso para tomar el video o la foto de mi hijo (a) para el negocio escolar legítimo.

_____ No, la Chester Community Charter School no tiene mi permiso para tomar el video o la foto de mi hijo.



(Firma del Padre/Tutor) Fecha

CHESTER
ESCUELA CHARTER DE LA COMUNIDAD
610-447-0400

EAST CAMPUS
225 E. FIFTH STREET (BLDG A)
214 E. FIFTH STREET (BLDG B)
315 E. FIFTH STREET (BLDG C)
405 MADISON STREET (BLDG D)
CHESTER, PA 19013

WEST CAMPUS
2730 BETHEL ROAD
(BLDGS A, B &C)
CHESTER, PA 19013

UPLAND CAMPUS
1100 MAIN STREET
BROOKHAVEN, PA 19015

ASTON CAMPUS
200 COMMERCE DRIVE
ASTON, PA 19014

CHILD ACCOUNTING
ADMINISTRATION BUILDING
302 EAST FIFTH STREET
CHESTER, PA 19013

LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN

NOMBRE DE LA ESCUELA / PRE-ESCUELA QUE SU HIJO ASISTIDO ANTERIORMENTE:

_____

DIRECCIÓN DE ANTERIORMENTE ASISTIÓ A LA ESCUELA: _____
_____

Por favor responda las siguientes preguntas para los estudiantes que INGRESAN A KINDERGARTEN:
¿Ha asistido su hijo a un programa de Preescolar // Pre-K que incluyó una preparación académica (letras, números, etc.)
S / N En caso afirmativo, cuántos meses asistió: (ingrese el nombre del programa Pre-escolar / Pre-K anterior más reciente)

Yo, _____, padre / madre / tutor (circule uno)
(nombre del padre / tutor)
de _____, por la presente autorizo la liberación de cualquiera y
(nombre de estudiante)

toda la información que tenga en su poder, incluidos los perfiles académicos, ESL, deportivos, médicos, disciplinarios y psicológicos, y toda la información sobre educación especial, de mi hijo a Chester Community Charter School, al recibir esta autorización. La declaración anterior es verdadera y correcta a lo mejor de mi conocimiento, información y creencia.

_____ _____
Firma del padre / tutor Fecha

ENVÍE LOS REGISTROS A LA DIRECCIÓN CIRCULADA ARRIBA

POR FAVOR ENVIAR REGISTROS A LA DIRECCIÓN CÍRCULADA ARRIBA

Formulario de Notificación de Matriculación de Estudiantes de Charter School
Para el año escolar _____

Advertencia: Un niño matriculado en otra escuela pública o en una escuela no pública no puede, al mismo tiempo, inscribirse en una escuela autónoma.

Nombre de la Escuela:_____
Dirección:_____
_____
Persona de contacto en la Escuela:_____
Teléfono:_____Dirección de Correo Electrónico: _____
_____

I. Información del Estudiante:

Último Nombre:_____ Primero Nombre:_____ MI: _____

Dirección de Casa: _____

Ciudad: _____Estado: _____Código postal: _____

Condado: _____Teléfono: _____
Dirección de envoi (Si es diferente de Direccion de casa)_____
Ciudad: _____Estado: _____Código Postal: _____

Fecha de Nacimiento: _____Años: _____
_____

II. Distrito Escolar de Residencia y Información Escolar Anterior

Distrito Escolar de
Residencia: _____
Información anterior de la escuela (que no sea preescolar):
_____Público _____ Escuela Charter _____Colegio en Casa_____Escuela no Pública
_____Estudiante No Matriculado en la Escuela Matriculación Precedente en la Escuela Charter
Porque:
_____Entrando Jardín de Infancia_____Reingreso de Abandono _____Otro

Nombre de la Antigua Escuela:_____
Dirección de la Antigua Escuela:_____
Anterior Grado:_____Fecha de Retiro del Antigua Escuela:_____

¿Su hijo recibió servicios de educación especial basados en un IEP? _____S í _____No
Si la respuesta es sí, ¿tiene los registros de educación especial del niño
(IEP)?_____S í _____No

III. Información del Padre / Guardián:

El niño vivi con:

Ambos Padres	Ambos Padre	Madre	Padre
_____Padres	_____Alternativamente	_____Solamente	_____Solamente
_____Guardián Legal	_____Padres de Foster	Otros Adultos: _____	

Instrucciones especiales del tribunal de custodia: _____Sí _____No
(En caso afirmativo, proporcione una copia de la orden de la corte).

Nombre Completo del Padre / Tutor y Dirección de la Información según sea aplicable

Nombre del Padre:_____
Dirección:_____
Ciudad:_____Estado: _____Código postal: _____
Teléfono de casa:_____Teléfono del trabajo: _____
Nombre de la Madre:_____
Dirección:_____
Ciudad:_____Estado: _____Código postal: _____
Teléfono de casa:_____Teléfono del trabajo: _____

Si el estudiante no está viviendo con los padres, complete esta sección.

___ Nombre del Guardián O ____Nombre del padre adoptivo O ____ Otro nombre adulto
Nombre:_____
Dirección:_____
Ciudad:_____Estado: _____Código postal: _____

Mi firma en este formulario indica mi decisión de que mi hijo asista a la escuela charter mencionada en Página 1 de este formulario y significa mi solicitud de que los expedientes escolares apropiados sean Distrito escolar a la escuela charter.

Firma deTutor: _____**Fecha:** _____

IV. Para ser completado por Charter School:

Verificación de la fecha de nacimiento: _____Certificado de nacimiento _____Otro
Prueba de _____ Hipoteca _____Cuenta Utilidad
Residencia: _____Declaración _____Arrendamiento _____Otro

Fecha oficial de inscripción: _____Fecha Anticipada de Asistencia: _____
Grado que está ingresando: _____

Firma de la Escuela Charter Representante: _____

Chester Community Charter School
Política de Uso Aceptable

Estamos muy contentos de traer una amplia rama de tecnologías a los estudiantes, el personal y la facultad en CCCS. El Internet y la tecnología en nuestra red se utilizan para apoyar los objetivos educativos de CCCS. El uso de estas tecnologías es un privilegio y está sujeto a una variedad de términos y condiciones. CCCS se reserva el derecho de cambiar dichos términos y condiciones en cualquier momento.

Directrices del estudiante

1. Comunicación

Utilizaré un lenguaje apropiado para enviar trabajos académicos, participar en foros en línea y trabajar en grupos. Estaré atento y atento al lenguaje que utilizo cuando publico en línea o envío mensajes a otra persona. Seré consciente de cómo mis palabras son interpretadas por otros. No usaré blasfemia ni lenguaje que sea ofensivo para nadie.

2. Privacidad

Estaré enterado de la configuración de la aislamiento en los Web site a los cuales suscribo. Entiendo que cualquier cosa que hago en línea o electrónicamente no es privada y se puede monitorear.No compartiré ninguna información personal sobre mi persona, familia o facultad. Esto incluye contraseñas, direcciones de casa, números de teléfono, edades y fecha de nacimiento.

3. Honestidad y seguridad

No voy a participar en el comportamiento en línea que a mí mismo oa los demás pone en riesgo. Voy a representar a mí mismo y la escuela con honestidad. Esto incluye acceder a la red utilizando una cuenta distinta de la mía. Voy a buscar ayuda si me siento inseguro, intimidado o testigo comportamiento desagradable. Sólo voy a comunicarse en línea con la gente que conozco. Seguiré las pautas de seguridad publicadas por los sitios a los que me suscribo.

4. Aprendizaje

Tendré una actitud positiva y estaré dispuesto a explorar diferentes tecnologías. Voy a evaluar la exactitud de la información presentada en línea y entender que no todo en línea es cierto. No voy a plagiar; Estoy de acuerdo documentar y cito correctamente toda la información adquirida a través de fuentes en línea, incluyendo pero no limitado a imágenes, videos y música.

5. Respeto por sí mismo y por los demás

No subiré ni publicaré información personal, comunicaciones privadas ni fotos de otras personas sin permiso. Yo responderé pensativamente a las opiniones, ideas y valores de los demás. No enviaré ni compartiré correos electrónicos o textos incorrectos o inapropiados.

6. Respeto a la propiedad escolar y personal

Yo me encargaré de todo el equipo en el campus. Voy a informar mal uso y / o contenido inapropiado a mis maestros y adultos. Voy a utilizar la tecnología en el campus sólo para propósitos relacionados con la escuela.

Yo entiendo que es mi responsabilidad en honor a la Política de Uso ptable Acce y mantener el
Los valores de la tecnología CCCS tanto en línea, fuera de línea, en la escuela y en casa. Entiendo que mis acciones pueden afectar a otros y que seré responsable de mi comportamiento. No participaré en actividades que estén en violación de la Política de Uso Aceptable de Tecnología.

He leído la Política de uso aceptable y acepto seguir estas reglas y directrices cuando utilizando tecnología. Esto se aplica mientras estoy en CCCS, así como cuando estoy fuera del campus.

Nombre del estudiante (impresión) _____Fecha _____

Chester Community Charter School
Política de Uso Aceptable (cont.)

Nombre del Estudiante (impresión) _____Fecha _____

Sección de Padres:
Por la presente, libero a Chester Community Charter School, a su personal ya cualquier institución con la cual esté afiliado, de cualquier reclamo y daño de cualquier naturaleza que surja del uso de la red de CCCS o de su incapacidad para usarla. Voy a instruir a mi hijo con respecto a las reglas de uso contenidas en este documento y entiende y acepta que los acuerdos contenidos en el presente documento se incorporan en el contrato en el que m i hijo está inscrito en el CCCS. yo Entiendo que es imposible que CCCS restrinja el acceso a todos los materiales polémicos y no responsabilizaré a la escuela por los materiales a los que se accede en la red. Acepto la responsabilidad completa si y cuando el uso de tecnología de mi hijo no está en un ambiente escolar y entiendo que mi hijo está sujeto a las mismas reglas y acuerdos mientras que no está en la escuela cuando accede a programas en línea relacionados con el trabajo en clase. Entiendo que CCCS anima a los padres a supervisar y controlar cualquier actividad en línea. Soy consciente de la información de la cuenta y la contraseña de confirmación de mi hijo por su cuenta de la escuela Google. **Por favor, tenga en cuenta que no es necesario firmar este contrato anualmente por lo que será vinculante para toda la duración de la inscripción de su hijo con CCCS.**

Padre / Tutor (Impresión) _____Fecha _____

Firma del Padre / Tutor _____

Para estudiantes en K-3
Estos estudiantes usan un nombre de usuario / contraseña para acceder a Internet en sus Chromebooks. No tienen cuentas individuales.

Para estudiantes en 4-8
La dirección de correo electrónico de cada estudiante utiliza la siguiente fórmula:

Firstname.lastname@chestercommunitycharter.org

Las contraseñas son la inicial y el apellido del estudiante más su código de estudiante de seis dígitos. Ejemplo: nq160284.

(Tenga en cuenta que los estudiantes tienen la capacidad de cambiar su contraseña en cualquier momento.)

El correo electrónico de Google y la contraseña proporcionados por CCCS no permiten que los estudiantes reciban o envíen mensajes desde esta cuenta. El correo electrónico ha sido pro RESPETA único acceso a Google Aula, un programa maestro-dirigido.

CHESTER COMMUNITY CHARTER SCHOOL FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN
(Marque con un círculo si o no para contestar preguntas)

Estas preguntas están siendo hechas para que podamos prepararnos para brindar los servicios que su hijo necesite. NO ES NECESARIO que usted responda, ni es una condición de la inscripción de su hijo.

El estudiante ha sido identificado como un estudiante de educación especial o un estudiante con una discapacidad? **SI** **NO**

¿Se ha desarrollado un plan individualizado de educación (IEP) para el estudiante? **SI** **NO**

¿Ha recibido el estudiante un acuerdo de servicio 504? **SI** **NO**

El estudiante ha recibido alguna vez la salud mental ¿tratamiento? **SI** **NO**

En caso afirmativo, explique: _____

_____

_____

_____

_____

_____

Actualmente es estudiante recibiendo asesoramiento o mental tratamiento de salud? **SI** **NO**

Si es así, por favor, explique: _____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

HE COMPLETADO ESTA INFORMACIÓN AL MEJOR DE MI CONOCIMIENTO Y MIS RESPUESTAS SON VERDADERAS.

_____

Firma del Padre / Tutor **Fecha**

Identificación del sobre de DocuSign: F4BD39D1-6D3A-41C3-99FC-B6915AD1AEA7

*Encuesta sobre el idioma que se habla en casa**

La Oficina de Derechos Civiles (OCR) exige que los distritos escolares, las escuelas autónomas y las escuelas de educación secundaria de jornada completa identifiquen a los estudiantes con dominio limitado del inglés (LEP) para ofrecerles programas de enseñanza del idioma adecuados. Pensilvania ha seleccionado la Encuesta sobre el idioma que se habla en el hogar como método de identificación.

Distrito Escolar: _____ **Fecha:** _____

Escuela: _____

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____ **GRADO:** _____

1. **¿Cuál es/fue la primera lengua del estudiante?** _____
2. **¿El estudiante habla otro idioma además del inglés?**
   (No incluya los idiomas aprendidos en la escuela).
   ☐ **Sí** ☐ **No**

En caso afirmativo, especifique el idioma(s) _____

3. **¿Qué idioma(s) se habla(n) en su hogar?** _____
4. **Lugar de origen del estudiante: Estados Unidos** ☐ **Sí** ☐ **No**

   Otro: _____ **Fecha de ingreso a EE. UU.** _____
5. **¿Ha asistido el estudiante a alguna escuela de los Estados Unidos durante 3 años durante su vida?** ☐ **Sí** ☐ **No**

En caso afirmativo, complete lo siguiente:

Nombre de la Escuela	**Estado**	**Fechas de Asistencia**
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Información Para Padres/Tutores:

1. **¿El padre habla inglés?** ☐ **Sí** **No** ☐

   Si no, ¿cuál es el idioma principal de los Padres/Tutores? _____
2. **¿Los Padres/Tutores lee inglés?** ☐ **Sí** **No** ☐

   Si no, ¿en qué idioma escrito se deben enviar los formularios a casa para su hijo? _____

Persona que completa este formulario (si no es el Padre/Tutor): **Relación con el Padre/Tutor**

_____ _____

Firma del Padre/Tutor: _____

*El distrito escolar/escuela autónoma/AVTS de día completo tiene la responsabilidad, según la ley federal, de atender a los estudiantes que tienen limitaciones Dominio del inglés y necesidad de servicios de enseñanza en inglés. Dada esta responsabilidad, el distrito escolar/escuela autónoma/AVTS de jornada completa tiene el derecho de solicitar la información que necesita para identificar a los estudiantes que están aprendiendo inglés (ELL). Como padre de familia con la responsabilidad de localizar e identificar a los ELL, el distrito escolar/escuela autónoma/AVTS de jornada completa puede realizar evaluaciones o solicitar información relacionada sobre los estudiantes que ya están inscritos en la escuela, así como de los estudiantes que se inscriban en el distrito escolar/escuela autónoma/AVTS de jornada completa en el futuro.

HISTORIA DE LA SALUD DEL NIÑO

NOMBRE DEL NIÑO _____

FECHA DE NACIMIENTO DEL NIÑO _____ **GRADO** _____ **PROFESOR** _____

¿SU HIJO TIENE UNA HISTORIA DE CUALQUIERA DE LAS SIGUIENTES: (POR FAVOR, COMPRUEBE SI O NO CON QUÉ PREGUNTA?

	Sí	No			Sí	No		Sí	No
Diabetes				Asma			Erupción cutánea frecuente		
Sarampión				Bronquitis			Eczema		
Varicela				Alergias estacionales			Diagnóstico Urinario		
Rubéola				Neumonía			Diagnóstico gastrointestinal		
Paperas				Problemas cardiacos			Dificultad para escuchar		
Convulsiones				Trastorno de la sangre / coagulación			Dificultad del habla		
Enfermedad de célula falciforme (No el rasgo)				Sangrados frecuentes de la nariz			Alergia alimentaria documentada por el doctor		
ADHD				Infecciones frecuentes del oído			Alérgico a la penicilina		
Usa anteojos				Garganta de dolor frecuente			Alérgico a Sulfa		
Cualquier operación				Artritis Juvenil			Alérgico a la aspirina		
Cualquier lesión grave				Alergia a las abejas			Cualquier otra condición médica		

Si usted contestó "sí" a cualquiera de estas preguntas o su hijo tiene cualquier otro problema de salud explique.

_____

_____

_____

Nombre del médico a ser notificado en caso de emergencia _____

Número de teléfono del médico _____

SI UNA EMERGENCIA ESTÁ PRESENTE Y EL MÉDICO AUTORIZADO DE MI NIÑO NO PUEDE SER ALCANZADO EN EL MOMENTO DE LA EMERGENCIA, Y SE NECESITA TRATAMIENTO INMEDIATO PARA PROTEGER LA VIDA, LA SEGURIDAD O LA SALUD DE MI HIJO, AUTORIZO A LA ESCUELA A TRANSPORTAR A MI HIJO CROZER CENTRO MÉDICO EN CHESTER, PENNSYLVANIA.

Autorizo al hospital a iniciar tratamiento médico de emergencia.

Firma del Padre / Tutor _____ **Fecha** _____

Chester Community Charter School

FORMULARIO DE INFORMACIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA

REGRESO A LA ENFERMERA

Apellido del estudiante **Primero Estudiante** **(Fecha de Nacimiento)**

Grado: _____ Profesor: _____Sala_____ Primario: _____Género _____

_____ _____ _____

(Padre /Guardián Natural 1) (Celda) (Trabajo)

Dirección:

_____Apt:_____Ciudad_____Códigopostal_____

_____ _____ _____

(Padre /Guardián Natural 2) (Celda) (Trabajo)

Dirección:

_____Apt:_____Ciudad_____Códigopostal_____

Nombres de DOS o más personas a todos si no se puede llegar a Padre/Tutor(es).

1) _____ _____ _____ _____

(Nombre) (Relación) (Celda) (Trabajo)

2) _____ _____ _____ _____

(Nombre) (Relación) (Celda) (Trabajo)

Por favor enumere a otros hermanos que asisten a Chester Community School

_____ _____ _____ _____

(Nombre) (Grado) (Nombre) (Grado)

_____ _____ _____ _____

(Nombre) (Grado) (Nombre) (Grado)

_____ _____

(Médico de Familia) (Número de teléfono)

_____ _____

(Dentista Familia) (Número de teléfono)

Apellido del estudiante **Primero Estudiante** **(Fecha de Nacimiento)**

¿Tiene su hijo antecedentes de: (Asma -☐ Sí No☐) (Diabetes: - ☐Sí No☐) (Convulsiones -☐ Sí No☐) (Condición cardíaca: - ☐Sí No ☐)

(Célula de enfermedad diagnosticada por el médico: -(☐ Sí No ☐ (ADHD: ☐Sí No ☐) (Alergias estacionales ☐Si No ☐)

¿Alguna alergia conocida que amenaza la vida documentada por el Doctor? (☐ Sí No ☐) En caso afirmativo, sírvase explicar

_____

_____

Enumere los medicamentos actuals de su hijo._____

¿Su hijo necesitatomar este medicamento durante el día escolar? (☐ Yes No ☐)

(Porfavor, dé la vuelta)

FORMULARIO DE INFORMACION MEDICA DE EMERGENCIA Página 2
REGRESO A LA ENFERMERA

Nota: **Si su hijo tiene asma o una alergia grave, el formulario de pedido del médico adjunto debe completarse y devolverse junto con el medicamento en el recipiente original a la enfermera del edificio para garantizar la seguridad de los estudiantes. Si no lo hace, su hijo puede perder el privilegio de asistir a la excursión del año en curso.**

Si lo consideranecesario, ¿autoriza a la enfermera de la escuela a darle los siguientes medicamentos a su hijo? Realice un cheque en la columna Sí o no.

Medicación	Sí	NO	Medicamentos	Sí	NO
Tylenol			Spray cloraséptico		
Ibuprofeno/Motrin			Vaselina/Aquaphor/ Protector de labios/ Carmex/Medex		
Tums/Mylanta/Peptobismol Tabs o Líquido			Bacitracina/Polisporina/Crema de Primeros Auxilios/Gel Antimicrobiano		
Benadryl u otros antihistamínicos (solo alergias graves)			Lavado de ojos: Saline estéril / Agua purificada / u otro		
Epi-pen			Bactina, peróxido de hidrógeno, jabón antibacteriano o antimicrobiano		
Inhalador de rescate (Para el diagnóstico del año en curso y plan de acción para el asma en el archivo)			Caladryl, Crema de Benadryl/Loción de Calamina y Geles		
Alivio de la picadura Antiséptico & Lidocaína LCL 2.0%			Lotrimin u otro antifúngico (con diagnóstico confirmado de tiña en el archivo)		
Orajel/Anbesol (Con el estado actual de alergia física del año escolar)					

Permiso para que el Médico Escolar realice: El estado Obligatorio Físico - Sí No -

Estos son exámenes breves muy básicos. Los estudiantes NO están obligados a quitarse la ropa para el trabajo físico y NO dental se realiza durante el examen dental. El dentista mira en la boca y se refiere al dentista de la familia si es necesario. Los exámenes solo se realizan si no hay ningún examen físico y/o dental documentado en el archivo y su hijo está en el grado estatal para recibir los exámenes. Estos exámenes no sustituyen un examen exhaustivo realizado por el proveedor de atención médica de su hijo.

Entiendo que si ni el padre/tutor, ni los contactos de emergencia enumerados son accesibles, por la presente doy mi permiso a Chester Community Charter School para tomar cualquier acción necesaria para tratar a mi hijo en caso de una emergencia que puede incluir el transporte en ambulancia a un hospital. También entiendo que este costo de transporte es responsabilidad del padre/tutor. Además, doy mi autorización para que el personal de la escuela obtenga todos/todos los registros médicos permitidos por HIPPA con respecto a mi hijo para que se pueda obtener un tratamiento rápido adecuado.

_____ **Fecha**_____

Firma del Padre/Tutor

Chester Community Charter School

302 E. 5th St. Chester, Pennsylvania 19013
Phone: 610.447.0400 x 1225 ~ Fax: 610.490.4004

Student Transportation Request Form
PLEASE PRINT

Student Name_____ School Year: _____

Date of Birth:_____Gender:_____Grade:_____ School District of Residence:_____

Parent/Guardian: _____ Relationship: _____ Phone#: _____

Address_____City:_____Zip:_____

PLEASE CIRCLE THE CAMPUS YOUR CHILD IS ATTENDING:

East Campus	West Campus	Upland Campus	Aston Campus
East 5th Street	2730 Bethel Road	1100 Main Street	200 Commerce Drive
Chester, PA 19013	Chester, PA 19013	Brookhaven, PA 19015	Aston, PA 19014

DOES YOUR CHILD RECEIVE SPECIAL SERVICES OR HAVE AN IEP? YES NO

Current Stop Location (If applicable) AM_____PM_____

Current Route (If applicable)_____

Requested Stop Location (If applicable)AM_____PM_____

Requested Start Date of Change_____

Parent/Guardian Signature_____Date_____

PLEASE LIST SIBLINGS THAT CURRENTLY ATTEND CCCS:

Name	Campus	Building	Grade

Revised 8/14/18