

Artículos necesarios para las escuelas de la ciudad de Daleville

Nombre: _____ Grado: _____

_____ Certificado de nacimiento

_____ Tarjeta de Seguro Social

_____ Certificado actualizado de vacunas de Alabama

(Excepción: inmigrantes y víctimas de desastres que hayan dejado al estudiante sin hogar). Debe obtenerse lo antes posible.

_____ Documentos de retiro de la escuela anterior, incluyendo la boleta de calificaciones más reciente, informe de progreso, transcripción académica y registros de disciplina

_____ Documentos legales de custodia, si aplican al estudiante

_____ Documentos de Educación Especial

(proporcione copias del IEP, Plan 504, Plan para estudiantes superdotados o Plan EL)

_____ Dos comprobantes de residencia

Política 5.20 de la Junta de Educación de la Ciudad de Daleville:

Los siguientes documentos son aceptados como comprobantes de residencia para la inscripción:

- Facturas de servicios públicos o recibos de depósito *(solo electricidad, agua o gas)*
- Documentos de hipoteca o escritura de propiedad
- Contrato de arrendamiento residencial

_____ Identificación con foto del padre, madre o tutor legal

Una vez completado el paquete de inscripción, llame a la Sra. Vila al **334-464-3276** para programar una cita y completar el proceso de inscripción.

Daleville City School District

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN DEL (DE LA) ALUMNO(A)

LLENAR CON LETRA DE IMPRENTA Debe ser llenada por el padre/madre/tutor legal LLENAR CON LETRA DE IMPRENTA

FECHA: _____ ESCUELA: _____ GRADO: _____

APELLIDO: _____ PRIMER NOMBRE: _____ SEGUNDO NOMBRE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ SEXO - marque con un círculo MASCULINO FEMENINO

TELÉFONO DE CASA: _____

DIRECCIÓN FÍSICA: _____ CIUDAD: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

DIRECCIÓN POSTAL: _____ CIUDAD: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

EL (LA) ALUMNO(A) VIVE CON - marque con un círculo: PADRES MADRE PADRE
TUTOR: RELACIÓN/PARENTESCO _____

*NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (optativo): _____

PADRE/MADRE/TUTOR: (la verificación debe hacerse de acuerdo con las normas del consejo escolar local)

MADRE/TUTOR: _____ Dirección: _____

Dirección de correo electrónico: _____ Teléfono celular: _____

EMPLEADOR: _____ Teléfono del trabajo: _____

PADRE/TUTOR: _____ Dirección: _____

Dirección de correo electrónico: _____ Teléfono celular: _____

EMPLEADOR: _____ Teléfono del trabajo: _____

INFORMACIÓN ESPECIAL SOBRE LA CUSTODIA:

CONTACTOS EN CASO DE EMERGENCIA: (INDIQUE NÚMEROS DE OTRAS PERSONAS)

CONTACTO DE EMERGENCIA #1 _____ CONTACTO DE EMERGENCIA #2 _____

Relación: _____ Teléfono: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

ESTAS PERSONAS TIENEN PERMISO PARA RECOGER A MI HIJO(A) DE LA ESCUELA
(De acuerdo con los procedimientos de salida del sistema escolar)

1. _____ Relación: _____ Teléfono: _____

2. _____ Relación: _____ Teléfono: _____

3. _____ Relación: _____ Teléfono: _____

NOMBRE Y DIRECCIÓN DE LA ÚLTIMA ESCUELA A LA QUE ASISTIÓ: _____

FIRMA DEL PADRE/MADRE/TUTOR: _____

**La divulgación del número de seguro social (Social Security Number (SSN)) de su hijo(a) es optativa. Si opta por no indicar un SSN, se otorgará y utilizará un número de identificación temporal. Se pide el SSN de su hijo(a) para utilizarlo junto con la inscripción en la escuela, según se estipula en el Ala. Admin. Code §290-3-1.02(2)(b)(2). Se utilizará como medio de identificación en el sistema estatal de administración de alumnos.*

RAZA Y/O ETNICIDAD

Nombre del estudiante: _____

Calificación: _____

Firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____

¿Cuál es la raza y/o etnia del estudiante? Seleccione todas las opciones que correspondan:

☐ INDIO AMERICANO O NATIVO DE ALASKA

Por ejemplo, la Nación Navajo, la Tribu Blackfeet de la Reserva India Blackfeet de Montana, el Gobierno Tradicional Inupiat de la Villa Nativa de Barrow, la Comunidad Esquimal de Nome, los Aztecas, los Mayas, etc.

☐ ASIÁTICO

Por ejemplo, chino, indio asiático, filipino, vietnamita, coreano, japonés, etc.

☐ NEGRO O AFROAMERICANO

Por ejemplo, afroamericano, jamaquino, haitiano, nigeriano, etíope, somalí, etc.

☐ HISPANO O LATINO

Por ejemplo, mexicano, puertorriqueño, salvadoreño, cubano, dominicano, guatemalteco, etc.

☐ ORIENTE MEDIO O ÁFRICA DEL NORTE

Por ejemplo, libaneses, iraníes, egipcios, sirios, iraquíes, israelíes, etc.

☐ NATIVO DE HAWAIANA U OTRO ISLEÑO DEL PACÍFICO

Por ejemplo, nativo hawaiano, samoano, chamorro, tongano, fiyiano, marshallense, etc.

☐ BLANCO

Por ejemplo, inglés, alemán, irlandés, italiano, polaco, escocés, etc.

Solo para uso de oficina

Raza - Elige una o más.

_____ Indio americano o nativo de Alaska

_____ Asiático

_____ Negro o afroamericano

_____ Hispano o latino

_____ Oriente Medio o Norte de África

_____ Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico

_____ Blanco

Fecha:

Firma del personal:

Daleville City School District
Información adicional solicitada

MILITAR

- El (la) alumno(a) está relacionado(a) con una familia en servicio activo de las Fuerzas Armadas
Marque con un círculo: Sí No
- El (la) alumno(a) está relacionado(a) con una familia en la guardia o la fuerza militar de reserva.
Marque con un círculo: Sí No

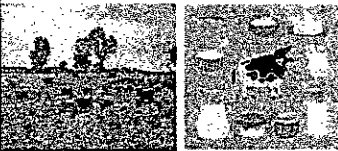
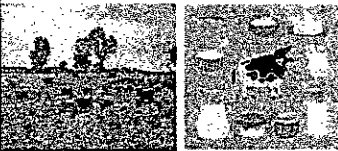
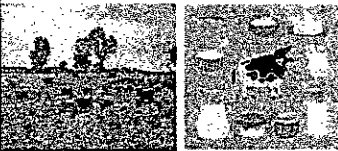
PREESCOLAR

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Escuela maternal (Head Start)
Marque con un círculo: Sí No• Guardería infantil en un centro
Marque con un círculo: Sí No• Programa de visitas en casa
Marque con un círculo: Sí No• Ningún preescolar
marque si no asistió a preescolar ☐ | <ul style="list-style-type: none">• Preescolar financiado de primera clase
Marque con un círculo: Sí No• Cuidado infantil en casa
Marque con un círculo: Sí No• Otro preescolar
Marque con un círculo: Sí No• Educación especial financiada
Marque con un círculo: Sí No |
|--|---|



Encuesta para padres de nuevos estudiantes inscritos



SISTEMA ESCOLAR		NOMBRE DEL ESTUDIANTE									
NOMBRE DE LA ESCUELA											
INDICACIONES											
Complete la siguiente encuesta. Puede que su hijo(a) sea elegible para recibir servicios educativos adicionales GRATIS. Si responde que sí a cualquiera de las preguntas de abajo, un representante de educación se podrá comunicar con usted para averiguar si usted, su hijo(a) o cualquiera de sus familiares es elegible para el programa de educación para migrantes. Toda la información se mantendrá bajo confidencialidad. Complete este cuestionario y entréguelo a la escuela de su hijo(a).											
ANTECEDENTES DE REUBICACIÓN											
¿Ha viajado alguna vez dentro o fuera de Alabama para trabajar o buscar trabajo en cualquiera de las actividades de las imágenes de abajo en los últimos tres (3) años?		☐ Sí	☐ No								
¿Se dedica usted o su cónyuge actualmente a la agricultura, el trabajo en granjas, la pesca o cualquiera de las actividades de las imágenes de abajo?		☐ Sí	☐ No								
Marque todas las imágenes de agricultura, granjas o pesca donde haya trabajado en los últimos 3 años. Consulte las imágenes de abajo.		☐ Sí	☐ No								
Otro tipo de trabajo que haya hecho y que no aparezca en las imágenes de abajo:											
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 25%; padding: 5px; vertical-align: top;"> Granjas de frutas o tomates ☐ Sí </td><td style="width: 25%; padding: 5px; vertical-align: top;"> Criaderos de peces o camarones ☐ Sí </td><td style="width: 25%; padding: 5px; vertical-align: top;"> Vivero, invernadero, granja de césped ☐ Sí </td><td style="width: 25%; padding: 5px; vertical-align: top;"> Plantación/cosecha de cultivos ☐ Sí </td></tr><tr><td style="width: 25%; padding: 5px; vertical-align: top;"> Granjas para ganado; productos lácteos ☐ Sí </td><td style="width: 25%; padding: 5px; vertical-align: top;"> Criadero para huevos; alimentación, procesamiento de pollos, recolección de huevos ☐ Sí </td><td style="width: 25%; padding: 5px; vertical-align: top;"> Trabajo en granjas de lombrices ☐ Sí </td><td style="width: 25%; padding: 5px; vertical-align: top;"> Plantación, cuidado, tala de árboles ☐ Sí </td></tr></table>				Granjas de frutas o tomates ☐ Sí 	Criaderos de peces o camarones ☐ Sí 	Vivero, invernadero, granja de césped ☐ Sí 	Plantación/cosecha de cultivos ☐ Sí 	Granjas para ganado; productos lácteos ☐ Sí 	Criadero para huevos; alimentación, procesamiento de pollos, recolección de huevos ☐ Sí 	Trabajo en granjas de lombrices ☐ Sí 	Plantación, cuidado, tala de árboles ☐ Sí 
Granjas de frutas o tomates ☐ Sí 	Criaderos de peces o camarones ☐ Sí 	Vivero, invernadero, granja de césped ☐ Sí 	Plantación/cosecha de cultivos ☐ Sí 								
Granjas para ganado; productos lácteos ☐ Sí 	Criadero para huevos; alimentación, procesamiento de pollos, recolección de huevos ☐ Sí 	Trabajo en granjas de lombrices ☐ Sí 	Plantación, cuidado, tala de árboles ☐ Sí 								
INFORMACIÓN DEL PADRE/DE LA MADRE											
PADRE/MADRE/TUTOR											
DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL								
NÚMERO DE TELÉFONO		LUGAR DE EMPLEO									
CANTIDAD DE NIÑOS EN EL GRUPO FAMILIAR		FECHA EN QUE SE MUDARON									

Encuesta sobre idioma que se habla en casa

Apellido del estudiante: _____

Nombre del estudiante: _____

Segundo nombre: _____

Fecha de la encuesta: _____

Fecha de nacimiento: _____

1. ¿Su hijo(a) nació en Estados Unidos? _____ Sí _____ No

Si respondió afirmativamente, ¿en qué estado? _____

Si respondió negativamente, ¿cuál es su país de origen? _____

2. ¿Su hijo(a) ha asistido a alguna escuela en Estados Unidos durante algún periodo de tres años durante su vida? _____ Sí _____ No

Si respondió afirmativamente, indique el nombre de la escuela, el estado y las fechas aproximadas en que estuvo inscrito(a):

Escuela	Estado	Fecha de inicio	Fecha de término

3. ¿Qué idioma hablan usted y su familia la mayor parte del tiempo?

Idioma que se habla en casa: _____

4. ¿Necesita traducción escrita o interpretación oral de las comunicaciones del distrito y de la escuela? _____

_____ Sí _____ No

En caso afirmativo, ¿a qué idioma(s)? _____

5. ¿La lengua materna de su hijo(a) es distinta del inglés? _____ Sí _____ No

Si respondió afirmativamente, ¿cuál es la lengua materna de su hijo? _____

6. ¿Qué idioma aprendió primero el estudiante?

En caso de que tengamos alguna pregunta sobre las respuestas a la Encuesta sobre idioma que se habla en casa, ¿cuál es la mejor forma para comunicarse con usted? _____

Nombre del padre, madre o tutor: _____

Número de teléfono y/o correo electrónico: _____

Estimados padres y tutores:

¡Bienvenidos de nuevo! Por favor, tómense un momento para leer este recordatorio sobre algunas de las políticas de salud establecidas por nuestra junta escolar local y el Departamento de Educación del Estado.

En primer lugar, si su hijo ha estado enfermo —ya sea con **PIEBRE, VÓMITOS, DIARREA** o cualquier otra **ENFERMEDAD**—, **MANTÉNGANLO EN CASA**. Resulta injusto tanto para su hijo como para sus compañeros de clase enviarlo a la escuela estando enfermo. Es **OBLIGATORIO** que el niño permanezca sin **PIEBRE** ni **VÓMITOS** durante **24 HORAS** antes de regresar a la escuela. Sabemos que esto a menudo resulta inconveniente, pero es la mejor manera de evitar que un virus se propague rápidamente entre nuestros estudiantes.

Asimismo, es **IMPRESINDIBLE** que contemos con un número de teléfono donde podamos localizarlo a usted —o a alguna persona a la que usted haya delegado autoridad— en caso de que su hijo se enferme o sufra alguna lesión mientras se encuentra en la escuela. No dispongo de las instalaciones necesarias para atender a varios niños simultáneamente; por lo tanto, la única alternativa sería enviar al niño enfermo de regreso a su salón de clases. **Si sus números de teléfono cambian, por favor llame o envíe una nota a la Oficina Principal.**

Si en algún momento su hijo necesitara tomar medicamentos durante el horario escolar, será un placer para mí poder ayudarle. Contamos con pautas muy estrictas respecto al manejo y la administración de dichos medicamentos. Para administrar **CUALQUIER** medicamento —ya sea recetado por un médico o de venta libre—, es **OBLIGATORIO** contar previamente con un permiso firmado y archivado en nuestros registros. En el caso de los medicamentos recetados, el formulario correspondiente debe llevar la firma tanto suya como la del médico. Además, todos los medicamentos recetados deben ser contados y registrados formalmente a su llegada. Todos estos formularios están disponibles en la escuela. **BAJO NINGUNA CIRCUNSTANCIA** se permite que los estudiantes transporten medicamentos en el autobús escolar. La única excepción a esta norma son los inhaladores. Un estudiante podría perder sus privilegios de transporte escolar si se detecta que lleva medicamentos consigo en el autobús. No se aceptará la recepción de ningún medicamento si no se presenta la documentación requerida.

Si a su hijo se le ha recetado algún medicamento **NUEVO**, es **OBLIGATORIO** que permanezca en casa con usted durante el primer día de administración de dicho medicamento. De este modo, usted podrá asegurarse de que el niño tolere el medicamento adecuadamente y de que no presente ninguna reacción adversa al mismo.

Si tiene alguna pregunta, por favor no dude en consultarnos. Le solicitamos amablemente que complete tanto el **ANVERSO** como el **REVERSO** del formulario de salud adjunto y se lo entregue al maestro de su hijo **MAÑANA** mismo. Es requisito que contemos con un formulario nuevo en nuestros archivos cada año para cada estudiante, junto con cualquier otra documentación médica que usted haya proporcionado a la escuela el año pasado. **Si indica alguna alergia alimentaria**, por favor asegúrese de que tengamos un formulario firmado por el médico de su hijo (Formulario de Prescripción Dietética para Comidas en la Escuela).

Atentamente,

Lindsey Moore, BSN-RN, Enfermera Jefa
Missy Holloway, Enfermera



El Departamento de Educación del Estado de Alabama
Registro de Evaluación de la Salud
Año Escolar: _____ - _____



Para los Padres o Tutores:

El propósito de este formulario es proporcionar a la enfermera de la escuela la información adicional con respecto a las necesidades de salud de su hijo. Es posible que la enfermera pueda comunicarse con Ud. para obtener más información. La información solicitada es esencial para la enfermera satisfacer las necesidades de salud de su hijo.

Esta información se mantendrá estrictamente confidencial.

Para ser relleno por el padre/tutor.

Utilice sólo letras de imprenta Por Favor. Vuelva a la Enfermera de la Escuela

Nombre del Estudiante (Apellido, Nombre, Segundo Nombre)		Fecha de Nacimiento	El Sexo
Dirección de Domicilio (La Calle)	Raza/Etnia		
(La Ciudad y Código Postal)	☐ Indio Americano ☐ Angloamericano, no de origen Hispano ☐ Asiático ☐ Hispano/Latino ☐ Negro, no de origen Hispano ☐ Otra		
Número de Tel. en Casa	Número de Tel. Celular	Escuela	Grado
Nombre de Padre/Tutor (Apellido, Nombre, Segundo Nombre)			

Transportación

☐ Pasajero de Autobús ☐ Pasajero de Carro ☐ Pasajero del Autobús de Incapacitados ☐ El Programa de Clases Extendidas

Parte I – Información de Salud

Lugar donde recibe su hijo atención médica regular:	Lugar donde recibe su hijo cuidado dental regular:	Tipo de seguro médico de su hijo:
☐ El Centro de Salud Público	☐ El Centro de Salud Público	☐ Medicaid
☐ Clínica Hospital	☐ Clínica Hospital	☐ Ninguno
☐ Una Clínica Comunitaria de Salud	☐ Una Clínica Comunitaria de Salud	☐ Segura Privada
☐ Un médico privado/HMO	☐ Un médico privado/HMO	☐ ALLKIDS
☐ Otro _____	☐ Otro _____	☐ Otra: _____
☐ En ningún lugar regular	☐ En ningún lugar regular	
Nombre del médico: _____	Nombre del Dentista: _____	
Dirección: _____	Dirección: _____	
Tel: _____	Tel: _____	

Autorizaciones:

- ☐ **Sí**, autorizo a la enfermera de la escuela, la enfermera registrada (RN), o la enfermera práctica con licencia (LPN) hablar con el médico en caso de que hay preguntas sobre la condición médica de mi hijo.
- ☐ **No**, no autorizo a la enfermera de la escuela, la enfermera registrada (RN), o la enfermera práctica con licencia (LPN) hablar con el médico en caso de que hay preguntas sobre la condición médica de mi hijo.
- ☐ **Sí**, autorizo a mi hijo participar en todos los exámenes escolares de salud, tales como visión, audición, y escoliosis.
- ☐ **Sí**, autorizo la revisión anual de la cartilla azul de inmunización de mi hijo por la oficina local del Centro de Salud Pública.

Utilizado Por La Oficina Solamente

Escala de Aciudad:

Nivel A Dependiente de la Enfermería	Nivel B Frágiles de Salud	Nivel C Médicamente Complejo	Nivel D Asuntos de Salud
---	------------------------------	---------------------------------	-----------------------------



El Departamento de Educación del Estado de Alabama
Registro de Evaluación de la Salud
Año Escolar: _____ - _____



Parte II – Historial Clínico

☐ **No Sé de Ningún Problema de Salud**

(Si no hay, por favor vaya directamente a la parte inferior de la página y proporcione la firma del padre/tutor.)

☐ Enfermedad de Déficit de Atención (ADD)	☐ ¿Requiere Medicina? <i>(Requiere la autorización del médico para la medicina)</i>
☐ Enfermedad de Déficit de Atención con Hiperactividad (ADHD)	☐ ¿Será administrada en la escuela?
☐ Alergias: <i>Por favor especifique:</i> ☐ Los Alimentos _____ ☐ Los Insectos _____ ☐ Del Medio Ambiente _____ ☐ Los Medicamentos _____	☐ ¿Urticaria/erupciones?
☐ El Asma:	☐ ¿Dificultad para Respirar?
	☐ ¿Epi-pen? <i>(Requiere la autorización del médico para la medicina)</i>
☐ Problemas Sangrantes: <i>(Hemofilia, Von Willebrand's, Hemorragias Nasales Frecuentes)</i>	☐ ¿Él/Ella usa un inhalador en la escuela? <i>(Requiere autorización del médico)</i>
☐ Cancer/Leucemia:	☐ ¿Requiere Medicina? Por favor, explique: <i>(Requiere la autorización del médico para la medicina)</i>
☐ Parálisis Cerebral:	Por favor, explique:
☐ La Fibrosis Quística:	Por favor, explique:
☐ Problemas Dentales:	☐ ¿Frenos? O Por favor, explique:
☐ Diabetes: <i>(Requiere la autorización de medicamentos y el procedimiento del médico)</i> ☐ Diabético Tipo 1 ☐ Diabético Tipo 2	☐ ¿Mide los niveles de azúcar en la sangre en la escuela? ☐ ¿Requiere Insulina en la escuela? ☐ ¿Orden de Glucagón? ☐ ¿Bomba de Insulina? ☐ ¿Controlada con una dieta?
☐ Emocional/de Comportamiento/Psicológico: Por favor, explique:	
☐ Problemas Gastrointestinales y del estómago: Por favor, explique:	
☐ Enfermedad Genética: Por favor, explique:	
☐ Dolores de Cabeza: Por favor, explique:	
☐ Problemas de Audición:	☐ Oído Derecho ☐ Oído Izquierdo ☐ Ambos Oídos ☐ Tubos ☐ ¿Pérdida de Audición? ☐ ¿Audifono? ☐ Implante Coclear
☐ Enfermedad Cardíaca: Por favor, explique: ¿Hay alguna restricción? ¿Hay medicamentos que se toma sólo en casa?	
☐ Hipertensión (Presión Arterial Alta):	
☐ La Artritis Juvenil/Problemas en las Articulaciones del Hueso: Por favor, explique:	
☐ Problemas en los riñones: Por favor, explique:	
☐ Escoliosis:	☐ Ningún Tratamiento ☐ Utilice Soporte ☐ Cirugía
☐ Ataques/Convulsiones: Por favor, explique:	Tipo de Ataque: _____ ☐ Orden de Diastat
☐ Anemia de Células Falciformes:	
☐ Espina Bífida:	
☐ Dieta Especial: Por Favor, explique:	
☐ Problemas de Vision:	☐ Usa gafas/lentes ☐ Lentes de Contacto ☐ Otra, _____
☐ Otras Condiciones Médicas: Por favor incluye <u>cualquier</u> medicamento que se toma en casa solamente.	

Parte III – Equipo Médico/Procedimientos Requeridos en la Escuela

- | | | | | |
|--|---|---|--|---------------------------------------|
| ☐ Catéter | ☐ Sonda Gástrica | ☐ Tratamientos Nebulizar | ☐ Suplemento de Oxígeno | ☐ Traqueotomía |
| ☐ Estimulador del Nervio Vago (VNS) | ☐ Ventilador | ☐ Silla de Ruedas | ☐ Caminante | |

Firmas Requeridas

Firma del Padre(s)/Tutor: _____ Fecha: _____

Firma de la Enfermera de la Escuela: _____ Fecha: _____

Former School Name: _____

Former School Address: _____

Phone: _____ Fax: _____

State of Alabama
Department of Education
Official Request for Student Records

Date requested: _____ Faxed: _____ Emailed: _____
2nd request: _____ Faxed: _____ Emailed: _____

The Alabama Department of Education and Daleville City Schools request that you transmit the following student records as soon as possible. If the student is currently receiving special education and related services, the records must be transferred to the requesting school. (Alabama Administrative Code 290-080-090.03)

Last	First	MI	Grade
------	-------	----	-------

Last	First	MI	Grade
------	-------	----	-------

Please fax or email the checked information:

- ☐ All records listed below
- ☐ Birth certificate
- ☐ SSN
- ☐ Immunization Certificate
- ☐ Legal custody papers
- ☐ Report card or withdraw papers with grades
- ☐ Attendance records
- ☐ Discipline records
- ☐ Progress Monitoring Data
- ☐ IEP/504 Plan/Eligibility/Referral
- ☐ Standardized Testing
- ☐ WIDA/Access reports
- ☐ Transcript(s)
- ☐ CCR or ACT reports

Registrar: Janet Nabinger
Daleville City Schools
625 N. Daleville Ave
Daleville, Al. 36322
334-598- 2456
Fax: 334-598-9006
Email:
registrar@daleville.k12.al.us