Escuela primaria Hardin Valley
Información de inscripción de nuevos estudiantes

Por favor complete cada formulario dentro de este paquete de registro:

1. Matrícula de nuevos estudiantes (anverso y reverso)
2. Cuestionario de Datos Personales (anverso y reverso)
3. Encuesta sobre el idioma que se habla en casa
4. Encuesta ocupacional de Tennessee
5. Formulario de educación especial (este formulario es para garantizar que los padres/tutores comprendan que el condado de Knox tiene servicios disponibles en caso de que su hijo los necesite).
6. Formulario de confirmación de tutela
7. Solicitud de registros estudiantiles (solo es necesario para los grados 1° a 5°)
8. Perfil médico del estudiante

Documentos requeridos:

1. Acta de nacimiento (traiga una copia original certificada por el estado ; el niño debe tener 5 años antes del 15 de agosto)
2. Certificado de registro de vacunación del estado de Tennessee (formulario oficial con inscripción completa desde jardín de infantes hasta sexto grado)
3. Comprobante de antecedentes físicos (con fecha dentro de los 12 meses anteriores al ingreso a las escuelas del condado de Knox)
4. Documentos legales (si corresponde)
5. Comprobante de domicilio (factura reciente de servicios públicos o contrato de arrendamiento/alquiler/hipoteca vigente a nombre del padre o tutor. Si vive con alguien, se requiere una carta notariada **Y su comprobante de domicilio**)

Solo para uso de oficina:

KNOX COUNTY
TENNESSEE
HEALTH DEPARTMENT

IMMUNIZATION RECORD TRANSFERS

To transfer an out of state immunization record or request a Tennessee immunization record, please scan the QR code below.

This code will direct you to an online form. Fill out the form and submit your request. You should have your records within a week.

FOR MORE INFORMATION

CALL 865-215-5150

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.

KNOX COUNTY SCHOOLS

PERSONAL DATA QUESTIONNAIRE

Dear Parents:

Children spend only a small portion of their time each day at school, the rest of the time is spent at home with Mother, Father, brothers, sisters and friends. Knowing what a child is like at home, and knowing what a child's home is like is important to teachers if they are to understand and teach your child as an individual. Help us to work with your child in the best possible way, take the time to carefully think about and answer the questions on this form.

1. Child's full name _____ Sex _____
   (First) (Middle) (Last)

   The name by which your child wants to be called _____

2. Place of birth: City _____ County _____ State _____

   Birthdate _____ Birth Certificate Number _____
   (Month) (Day) (Year)

3. **Home and Family:** Address _____

   How long have you and your child lived at the present address? _____

   Does your child have a room of his own? _____ Shares room with _____

4. Father's name _____ Birth Date _____
   (First) (Middle) (Last) (Month) (Day) (Year)

   Present occupation: (Please be specific - if a salesman, salesman of what, for who)

   _____

   What type of activities does the father and child do together? _____

   _____

5. Mother's name _____ Birth Date _____
   (First) (Middle) (Last) (Month) (Day) (Year)

   Present occupation: _____

   What type of activities does the mother and child do together? _____

   _____

   Child lives with: Both parents Mother Father Other (Circle)

6. Please list names and birthdates of other children in the family (list in order of birth, from oldest to youngest.)
   (Put a check mark if not living with the family.)

Name	Sex	Birthdate	At what school, in what grade?

(continued on back.)

7. When both parents are away from home, who cares for the child? (Like a relative, a friend, a sitter, and so on.)

_____

8. Is anyone other than mother and father living regularly in the home? _____

9. **School Experiences:** Please list any schools your child has attended before entering this school; tell how much time was spent at the schools (hours a day, days a week); and the dates your child attended these schools.

School	Time attended	Dates attended

What was your child's attitudes toward these schools? _____

What other group experiences has the child had outside the home? _____

10. Briefly tell us what **kinds** of things the different family members usually do when they are together with this child:

Father and child: _____

Mother and child: _____

Brothers/sisters and child: _____

Entire family together: _____

11. List as many of your child's favorite play materials, activities or interests as you can: _____

12. What situations most often lead to problems with your child? _____

How do you handle these problems, and how do you feel the school should handle these problems? _____

13. Is there anything which you could tell us about your child which would help his teacher in understanding how he thinks and behaves? Please be as complete as possible; the more we know about your child, the more we can teach him and help him. (For extra space, attach an additional sheet.)

FATHER'S SIGNATURE	MOTHER'S SIGNATURE	DATE

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 ___/___/20___

Nombre de la escuela y ciudad donde asistía _____

Ultimo 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	___/___/20___ 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.

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 _____

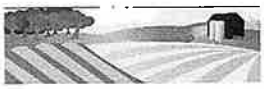
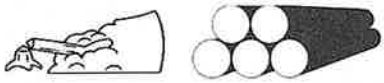
Apellido del estudiante _____

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.

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" responses to Questions 1 and 2 to your district migrant liaison. If the OS has not answered "Yes" to Question 2, but there are other signs that indicate the family may qualify, please submit them to your district migrant liaison. The District migrant liaison will 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:**

KCS
KNOX COUNTY SCHOOLS

A: Padres y/o tutores de estudiantes que ingresan o se retiran de las escuelas del condado de Knox

De: Apoyo Estudiantil

Re: Servicios de educación especial disponibles a través de las escuelas del condado de Knox

Las escuelas del condado de Knox ofrecen una gama completa de servicios para estudiantes que califican para educación especial según la Ley de Mejoramiento de la Educación para Individuos con Discapacidades (IDEIA'04).

Si cree que su hijo podría requerir educación especial u otros servicios y desea que las escuelas del condado de Knox brinden esos servicios, comuníquese con la escuela a la que está asignado su hijo. _____ o llamada Servicios de apoyo al estudiante al 594-1540.

Si hay registros disponibles para su revisión u otra información que la escuela podría necesitar para determinar los servicios apropiados para su hijo, firme y devuelva un formulario de autorización de divulgación de información disponible en su escuela para que podamos revisar dichos registros y planificar los servicios, si es necesario.

Gracias por su ayuda 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 conserve una copia para sus archivos).

WhiteCopy–Escuela
Copia de Canary– Padre

PP–155 (2/22)

Hardin Valley Elementary
11445 Hardin Valley Road
Knoxville, Tennessee 37932

David Claxton – Director
Heather Records – Subdirectora
Chelsea Gonzalez - Subdirectora

865-470-2088 Fax 865-560-1480
www.knoxschools.org/hardinvalleyes

FORMULARIO DE CONFIRMACIÓN DE TUTELA

Nombre del estudiante _____ Fecha _____

1. ¿Cuál es su relación con el estudiante?

   ___ Padre ___ Tutor ___ Padre adoptivo

2. Si usted es el padre, ¿cuál es su situación en relación con el otro padre de su hijo?

   ___ Casado ___ Divorciado ___ Separado ___ Nunca casado* ___ Fallecido

   *Si nunca se casó, proporcione un certificado de nacimiento largo certificado con el reconocimiento del padre (si corresponde)

3. ¿Está el niño sujeto a un plan de crianza o una orden judicial? ___ Sí ___ No

4. ¿Existen órdenes de protección vigentes?

   ___ Sí (se requiere entregar una copia a la escuela)

   ___ No

5. ¿Estás compartiendo tu residencia actual con alguien? (abuelos, suegros, etc.)
   ___ Sí ___ No

6. ¿Su residencia actual es ___ Temporal o ___ Permanente?

Yo, _____ (nombre impreso), padre/tutor del estudiante mencionado anteriormente, declaro que la información anterior es verdadera y correcta.

_____ Fecha _____
Firma del padre/tutor

Hardin Valley Elementary School
11445 Hardin Valley Road
Knoxville, TN 37932

David Claxton – Principal
Heather Records – Assistant Principal
Chelsea Gonzalez - Assistant Principal

865-470-2088 Fax 865-560-1480
Email: HVESOffice@knoxschools.org
www.knoxschools.org/hardinvalleyes
Can email back to erin.land@knoxschools.org

REQUEST FOR STUDENT RECORDS

To: _____
Name of School (previously attended)

_____
Address

_____
City/State

The student named below has enrolled at our school as of _____. Please send any cumulative/scholastic records, **Home Language Survey**, special education (IEP/504), or other pertinent information you may have on this child.

Student Name(s) DOB Current Grade

_____

_____

_____

Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____

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) *(1° nombre)* *(2° 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
		_____Requiere inhalador (envíelo a escuela)	☐		Enfermedad Crohn	☐		Hemofilia	☐	☐	Problemas para tragar
☐	☐	Alergias:	☐		Fibrosis Quística	☐	☐	Migrañas	☐	☐	Traqueotomía
		_____Picadoras de abejas	☐		Diabetes	☐		Distrofia Muscular	☐	☐	Síndrome cerebral Traumático
		_____Comida_____				☐		Espina bífida	☐	☐	Lesión de columna vertebral
		_____Látex				☐	☐	Problemas Ortopédicos	☐	☐	Problemas urinarios
		_____Requiere Epi-pen (envíelo a la escuela)				☐	☐	Sensibilidad a la luz	☐	☐	Otro: _____
						☐	☐	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:_____