# Formulario de inscripción para los grados Preescolar a 12.º de las escuelas del condado de Lawrence

Fecha: _____ Nombre de la escuela: _____ Nivel de grado: _____

## Información para estudiantes

Apellido: _____ Nombre: _____ Segundo nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____ Número de Seguro Social: _____-_____-_____

Sexo (marque uno): Masculino Femenino

Dirección postal: _____ Ciudad: _____ Código postal: _____

Dirección física: _____ Ciudad: _____ Código postal: _____

Teléfono: ( )_____ Tipo (Móvil/Casa/Trabajo/Otro): _____

Raza y/o etnia (marque todas las que correspondan; elija al menos una):

_____Indígena americano o nativo de Alaska
(Por ejemplo: Nación Navajo, Tribu Blackfeet de la Reserva India Blackfeet de Montana, Aldea Nativa de Barrow, Gobierno Tradicional Inupiat, Comunidad Esquimal de Nome, Aztecas, Mayas, etc.)

_____Asiático
(Por ejemplo: chino, indio asiático, filipino, vietnamita, coreano, japonés, etc.)

_____Negro o afroamericano
(Por ejemplo: afroamericano, jamaicano, haitiano, nigeriano, etíope, somalí, etc.)

_____Hispano o latino
(Por ejemplo: mexicano, puertorriqueño, salvadoreño, cubano, dominicano, guatemalteco, etc.)

_____Oriente Medio o Norte de África
(Por ejemplo: libanés, iraní, egipcio, sirio, iraquí, israelí, etc.)

_____Nativo hawaiano u otro isleño del Pacífico
(Por ejemplo: nativos hawaianos, samoanos, chamorros, tonganos, fiyianos, marsha/lese, etc.)

_____Blanco
(Por ejemplo: inglés, alemán, irlandés, italiano, polaco, escocés, etc.)

## Información familiar

¿Con quién reside el estudiante? _____ ¿Quién tiene la custodia legal del estudiante? _____

**Guardián n.° 1**

Nombre: _____
Parentesco con el estudiante:_____
Número de teléfono: _____
Tipo (Móvil/Casa/Trabajo/Otro): _____
Correo electrónico: _____
Consiente en recibir mensajes SMS? Sí o No

**Guardián n.° 2**

Nombre: _____
Parentesco con el estudiante:_____
Número de teléfono: _____
Tipo (Móvil/Casa/Trabajo/Otro): _____
Correo electrónico: _____
Consiente en recibir mensajes SMS? Sí o No

**Contactos de emergencia: Por favor, indique dos personas además de las que aparecen en la lista anterior.**

Contacto de emergencia n.° 1
Nombre: _____
Parentesco: _____ Teléfono: _____
Tipo (Móvil/Casa/Trabajo/Otro): _____

Contacto de emergencia n.° 2
Nombre: _____
Parentesco: _____ Teléfono: _____
Tipo (Móvil/Casa/Trabajo/Otro): _____

Por favor, indique las demás personas que tienen permiso para recoger a su hijo/a del colegio.

Nombre: _____ Parentesco: _____ Teléfono: _____
Nombre: _____ Parentesco: _____ Teléfono: _____
Nombre: _____ Parentesco: _____ Teléfono: _____

## Historia de la escuela

Por favor, marque una opción:

☐El estudiante ha asistido a una escuela en el condado de Lawrence. ☐El estudiante no ha asistido a una escuela en el condado de Lawrence.

Última escuela a la que asistió: _____ Nivel de grado anterior: _____

Hermanos que asisten a la escuela en el condado de Lawrence: _____

## Servicios

¿Su hijo/a ha recibido alguno de los servicios que se enumeran a continuación durante el último año? Marque una opción. Sí No

En caso afirmativo, marque todas las opciones que correspondan. Educación especial Logopedia Alumnos superdotados ESL Plan de atención médica 504

Apellido: _____ Nombre: _____ Segundo nombre: _____

## Otra información para estudiantes

¿Cuál es la residencia principal nocturna de su estudiante?

_____Refugio (Refugio para personas sin hogar, refugio de emergencia o refugio para víctimas de violencia doméstica, etc.)
_____Vivienda de transición (vivienda temporal debido a la pérdida de la vivienda, dificultades económicas, etc.)
_____Habitar vivienda compartida (compartir la vivienda de otras personas debido a la pérdida de la vivienda, dificultades económicas, etc.)
_____Sin refugio (automóvil, parque, campamento, remolque de viaje, edificio abandonado, vivienda en condiciones precarias, etc.)
_____Hotel/Motel
_____Menor no acompañado (que no está bajo la custodia de sus padres o tutor legal)
_____Ninguna de las anteriores

**Si están marcados los números del 1 al 6, pida al tutor que complete el Análisis del Programa McKinney Vento y la Solicitud de Servicios.**

## Equidad digital

Internet en el domicilio - ¿Tiene acceso a internet en su lugar de residencia/domicilio?
_____(1) Sí - Acceso a Internet en la residencia
_____(2) No - No disponible
_____(3) No - No asequible
_____(4) No - Otro acceso a Internet -
¿Qué tipo de Internet tiene en la residencia/casa?
_____(1) Banda ancha residencial (DSL, cable, fibra, etc.)
_____(2) Red celular
_____(3) Punto de acceso proporcionado por la escuela
_____(4) Satélite
_____(5) Conexión telefónica
_____(6) Otro
_____(7) Ninguno
Rendimiento de Internet: ¿La conexión a Internet funciona correctamente en la residencia/hogar?
_____(1) Sí - Sin problemas
_____(2) Sí, pero no de forma consistente
_____(3) No Acceso al dispositivo
Para el acceso principal a un dispositivo para que el estudiante complete las tareas escolares en casa, ¿cuál es la opción más precisa?
_____(1) Personal - Dedicado (una persona por máquina propiedad del niño/familia)
_____(2) Personal - Compartido (dispositivo compartido entre otros en el hogar)
_____(5) Ninguno Tipo de dispositivo
¿Qué tipo de dispositivo usa el estudiante con más frecuencia para completar las tareas escolares en casa?
_____(1) Ordenador de sobremesa/portátil
_____(2) Tableta
_____(3) Chromebook
_____(4) Smartphone
_____(5) Otro
_____(6) Ninguno

## Militar

El estudiante está vinculado a una familia de militares en servicio activo. Sí No
El estudiante está vinculado a una familia de la Guardia Nacional o de la Reserva Militar. Sí No

## Verificación de residencia

La Junta de Educación del Condado de Lawrence está sujeta a una orden judicial que exige que todos los estudiantes que asisten a escuelas públicas del Sistema Escolar del Condado de Lawrence asistan a la escuela que les corresponde según su lugar de residencia. Se debe presentar la siguiente documentación para verificar la residencia en la dirección indicada en la hoja anterior.

1. Una copia de la escritura de mi propiedad o una copia de mi contrato de arrendamiento.
2. Una copia de la factura de servicios públicos que muestre la cuenta a mi nombre y la dirección de la propiedad.

**Solo para uso de la oficina: _____ Escritura/Contrato de arrendamiento _____ Factura de servicios públicos _____ Residencia verificada**

Al firmar a continuación, certifico que soy el tutor legal del estudiante que figura en este formulario y que tengo la autoridad para inscribirlo en la escuela. Asimismo, certifico que toda la información es correcta. Afirmo que el niño o niña cuyo nombre aparece en este formulario reside en la dirección indicada en la hoja anterior. Notificaré a la escuela si hay algún cambio en la información.

Firma del tutor: _____ Teléfono: _____Fecha: _____

La Junta de Educación del Condado de Lawrence se compromete a brindar oportunidades educativas a los niños sin discriminación. Ninguna persona será privada de los beneficios de ningún programa o actividad educativa por motivos de raza, color, discapacidad, credo, origen nacional o sexo. Todos los programas ofrecidos por el Sistema Escolar del Condado de Lawrence estarán abiertos a todos los estudiantes, en cumplimiento con los requisitos legales y judiciales. No se negará la matrícula a niños sin hogar, migrantes o con dominio limitado del inglés debido a barreras.

Por favor responda en inglés

**DOMESTICO**

Home Language Survey

# Lawrence County School District**ENCUESTA DE IDIOMA**

Spanish

Nombre del alumno: _____ Fecha de nacimiento: _____Sexo: ❑ Masculino ❑ Femenino Nombre de los padres/apoderado: _____ Dirección: _____ Teléfono de la casa: _____ Teléfono del trabajo:_____ Escuela: _____ Grado: _____ Fecha: _____

1. ¿Nació su hijo/a en Estados Unidos? ❑ Sí ❑ No De ser así, ¿en qué estado? _____ De no ser así, ¿en qué país? _____

2. ¿Ha asistido su hijo/a a alguna escuela de Estados Unidos durante tres años cualesquiera de su vida? ❑ Sí ❑ No

   Si la respuesta es afirmativa, indique el nombre de la escuela (o escuelas), estado, y fechas de asistencia:

   Nombre de la escuela _____ Estado _____ Fechas de asistencia _____
   Nombre de la escuela _____ Estado _____ Fechas de asistencia _____
   Nombre de la escuela _____ Estado _____ Fechas de asistencia _____

3. ¿Qué idioma habla usted y su familia con más frecuencia en el hogar? _____

4. Si hay a disposición, ¿en qué idioma le gustaría recibir la comunicación de la escuela? _____

5. Marque si su hijo(a) es:
   A. ❑ Indio americano nativo C. ❑ Nativo de las islas del Pacífico
   B. ❑ Nativo de Alaska D. ❑ Nativo de las Islas Vírgenes de EE.UU.

6. ¿Es el idioma primario de su hijo(a) o el que se habla en el hogar distinto al inglés? ❑ Sí ❑ No **Si su respuesta a la pregunta 6 es "Sí", responda las siguientes preguntas:**

7. ¿Qué idioma aprendió su hijo cuando recién comenzó a hablar? _____ 8. ¿Qué idioma habla en casa su hijo(a) con más frecuencia? _____ 9. ¿En qué idioma le habla con más frecuencia a su hijo(a)? (Padre) _____

(Madre) _____

10. Describa el idioma <u>que su hijo(a) entiende</u>. (Marque sólo uno)
    A. ❑ Entiende solamente el idioma del hogar y no inglés.
    B. ❑ Entiende mayormente el idioma del hogar y algo de inglés.
    C. ❑ Entiende el idioma del hogar y el inglés por igual.
    D. ❑ Entiende inglés mayormente y algo del idioma del hogar.
    E. ❑ Entiende inglés solamente.

_____ _____ Firma del padre o tutor Fecha

| **OFFICE USE ONLY** | | | |
|---|---|---|---|
| Student ID # | Date Distributed | Date Received | |

01NCLB-B1a (Rev. 05/08 US) © 2008 TransACT Communications, Inc. 12792

# DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN DEL ESTADO DE ALABAMA

## REGISTRO DE EVALUACIÓN DE LA SALUD

**Año escolar:** _____-_____

Al padre o tutor:
El propósito de este formulario es proporcionar a la enfermera de la escuela información adicional sobre las necesidades de salud de su hijo. La enfermera de la escuela puede comunicarse con usted para obtener más información. La información solicitada es esencial para que la enfermera de la escuela satisfaga las necesidades de salud de su hijo.

***Esta información se mantendrá confidencial.***

**POR FAVOR llene ambos lados de este formulario (Devuélvelo a la enfermera de la escuela)**

| Nombre del estudiante | Fecha de nacimiento | Sexo | Escuela |
|---|---|---|---|
| | | | |

Direccion

| Número de teléfono de casa: | Número de teléfono celular: | Número de teléfono adicional: | Grado | Maestro |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

| Nombre del padre/tutor (Apellido, Primer Segundo nombre) | Número del teléfono de trabajo |
|---|---|
| | |

Transporte

[ ] Viaje en autobús - Número del autobús: [ ] Viaje en auto [ ] Bus de necesidades especiales [ ] Extraescolar

## Parte I – Información de salud

**El lugar donde recibe atención médica:**

**Nombre de los médicos:** _____

**Dirección:** _____

**Numero de telefono:** _____

**[ ] Centro de salud comunitario**

**[ ] Departamento de salud**

**[ ] Clínica hospitalaria**

**[ ] No hay lugar regular**

**[ ] Medico privado**

**Información del seguro de su hijo:**

**[ ] ALL KIDS**

**[ ] Medicaid**

**[ ] Sin seguro**

**[ ] Otro** _____

**[ ] Seguro privado**

**El lugar donde recibe atención dental:**

**Nombre del dentista:** _____

**Dirección:** _____

**Número de teléfono:** _____

**[ ] Centro de salud comunitario**

**[ ] Departamento de salud**

**[ ] Clínica hospitalaria**

**[ ] Dentista privada**

**Hospital preferido:** _____

## Parte II – Historial Médico, Equipo/Procedimientos médicos requeridos en la escuela

□ Cateter □ Sonda gástrica □ Tratamientos nebulizados □ Suplemento de oxígeno □ Traqueotomía

□ Estimulador del nervio vagal □ Ventilador □ Silla de ruedas □ Andador

□ Otro *Por favor, explica:*

**Los medicamentos y procedimientos en la escuela requieren un formulario de autorización del recetador/padre (uno para cada medicamento o procedimiento). Por favor, consulte a la enfermera de su escuela.**

**Por favor, rellene el reverso del formulario (Se requiere firma)**

# DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN DEL ESTADO DE ALABAMA
## REGISTRO DE EVALUACIÓN DE LA SALUD

Año escolar: _____-_____

**Nombre del estudiante:** **Parte III – Historial Médico**

| □ SÍ □ NO | **PROBLEMAS DE SALUD CONOCIDOS**<br>Si **NO**, vaya directamente al final de la página y proporcione la firma del padre/tutor. Sí **AFIRMATIVA**, y fue diagnosticada por un médico, responda cada una de las preguntas a continuación. |
|---|---|
| □ **SÍ** □ **NO**<br>□ **SÍ** □ **NO** | **Trastorno por déficit de atención (ADD)**<br>**Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (ADHD)**<br>Requiere medicación □ En la escuela □ En casa |
| □ **SÍ** □ **NO** | **Alergias:**<br>□ **Comida** _____<br>□ **Insectos** _____<br>□ **Medio ambiente** _____<br>□ **Medicamentos** _____<br>**[ ] Urticaria/Erupción cutánea**<br>**[ ] Dificultad para respirar**<br>**[ ] Otro**<br>**[ ] Medicamentos**<br>**[ ] Epi-pen** |
| □ **SÍ** □ **NO** | **Asma** □ Usa un inhalador en la escuela □ Usa un inhalador en casa |
| □ **SÍ** □ **NO** | **Sangre/Problemas de sangrado:** □ **La hemofilia** □ **Von Willebrand's** □ **Otro**<br>□ **Requiere medicación** ***Por favor, explica:*** |
| □ **SÍ** □ **NO** | **Sangrados nasales frecuentes:** *Por favor, explica:* |
| □ **SÍ** □ **NO** | **Cáncer/Leucemia:** *Por favor, explica:* |
| □ **SÍ** □ **NO** | **Parálisis cerebral:** *Por favor, explica:* |
| □ **SÍ** □ **NO** | **Fibrosis quística:** *Por favor, explica:* |
| □ **SÍ** □ **NO** | **Problemas dentales:** *Por favor, explica:* |
| □ **SÍ** □ **NO** | **Diabetes** □ **Diabetes tipo 1** □ Controla los niveles de azúcar en la sangre en la escuela □ Requiere insulina en la escuela □ Bomba de insulina □ Orden del glucagón<br>□ **Diabetes tipo 2** □ Controla con dieta □ Medicación oral |
| □ **SÍ** □ **NO** | **Emocionales/Conductuales/Psicológicos:** *Por favor, explica:* |
| □ **SÍ** □ **NO** | **Gastrointestinales/Problemas estomacales:** *Por favor, explica:* |
| □ **SÍ** □ **NO** | **Trastornos genéticos o raros:** *Por favor, explica:* |
| □ **SÍ** □ **NO** | **Dolor de cabeza:** *Por favor, explica:* |
| □ **SÍ** □ **NO** | **Problemas de audición:** □ Oído derecho □ Oído izquierdo □ Ambos oídos □ Pérdida auditiva □ Audífono □ Tubos □ Implante coclear |
| □ **SÍ** □ **NO** | **Afección cardíaca:** □ ***Restricciones de actividad***: □ **Medicamentos tomados en casa**:<br>*Por favor, explica:* |
| □ **SÍ** □ **NO** | **Hipertensión (Presión alta):** *Por favor, explica:* |
| □ **SÍ** □ **NO** | **Artritis juvenil/Problemas óseos y articulares:** *Por favor, explica:* |
| □ **SÍ** □ **NO** | **Problemas urinarios, vejiga o riñón:** *Por favor, explica:* |
| □ **SÍ** □ **NO** | **Escoliosis:** □ Sin tratamiento □ Lleva codera □ Cirugía □ Historia familiar |
| □ **SÍ** □ **NO** | **Convulsiones:** Tipo de convulsiones: _____ *Medicamentos:* □ Diastat □ Klonopin □ Versed □ Medicamentos tomados en casa<br>□ Otro: _____ *Por favor, explica:* |
| □ **SÍ** □ **NO** | **Célula falciforme:** □ Anemia □ Rasgo |
| □ **SÍ** □ **NO** | **Cambiar de vía:** □ Cambiar de vía VP *Por favor, explica:* |
| □ **SÍ** □ **NO** | **Espina bífida:** |
| □ **SÍ** □ **NO** | **Dieta especial:** *Por favor, explica:* |
| □ **SÍ** □ **NO** | **Problemas de visión:** □ Usa anteojos □ Usa lentes de contacto □ Otro |
| □ **SÍ** □ **NO** | **Otro dolencia:** *Por favor, incluya* ***CUALQUIER*** *medicamento que se tome en casa solamente.* |

## Firmas Requeridas

**(Electrónico o escrito) Firma de los padre(s) o tutor:** _____ **Fecha:**_____

**(Electrónico o escrito) Firma de enfermera de la escuela:** _____ **Fecha:**_____

# ESCUELAS DEL CONDADO DE LAWRENCE
# SERVICIOS DE SALUD MENTAL
# FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN ANUAL Y SUSCRIPCIÓN

***(Estudiantes menores de 16 años)***

Las Escuelas del Condado de Lawrence ofrecen servicios de salud mental para sus hijos de diversas maneras. De conformidad con la ley de Alabama, los padres o tutores deben otorgar su consentimiento por escrito (opt-in) para que sus hijos reciban servicios de salud mental continuos cada año escolar. Pueden optar por que su hijo reciba todos, algunos o ninguno de los servicios disponibles.

**Opciones de suscripción voluntaria para servicios de salud mental**

Si su hijo es menor de 16 años, identifique, marcando la casilla a continuación, qué servicios de salud mental desea que estén disponibles para su hijo.**Si no selecciona ninguna de las opciones a continuación, su hijo no recibirá servicios de salud mental continuos.**

**Opción 1:** Si desea que todos los servicios estén disponibles, marque la siguiente casilla "Aceptar todos los servicios de salud mental".

☐ **Inscribirse en todos los servicios de salud mental**

**Opción 2:** Alternativamente, puede seleccionar servicios individualmente marcando varias casillas.

☐ **Asesoramiento en grupos pequeños** - incluye un pequeño grupo de estudiantes que se reúnen con un consejero escolar o un profesional para discutir temas como la ansiedad ante los exámenes, el duelo, habilidades de afrontamiento saludables, etc. de forma continua.

☐ **Mentoría** – mentores de agencias comunitarias (por ejemplo, el Rotary Club, Big Brothers/Big Sisters, etc.) que trabajan con estudiantes de forma individual o en grupo configuración sobre temas como el éxito académico, tomar buenas decisiones, desarrollo del carácter, etc.

☐ **Evaluaciones/Encuestas** – evaluaciones y encuestas para ayudar a los estudiantes a aumentar su comprensión de las redes sociales comportamientos, sentimientos, etc. y formas efectivas de afrontar el estrés y las emociones negativas.

☐ **Intervención en crisis** – asesoramiento continuo o apoyo de salud mental por parte de un consejero escolar o un profesional.elAbordar una necesidad de crisis del estudiante.

☐ **Asesoramiento en salud mental** - servicios de terapia de salud mental continua brindados en la escuela por profesionales de salud mental capacitados clínicamente mediante derivación.

☐ **Asesoramiento en salud mental** – asesoramiento continuo o apoyo de salud mental proporcionado por un consejero escolar.

☐ **Asesoramiento relacionado con el acoso escolar** – asesoramiento continuo, programación o apoyo de salud mental por parte de un consejero escolar o un profesional relacionado con la prevención del acoso escolar.

☐ **Asesoramiento sobre suicidio** – asesoramiento continuo, programación o apoyo de salud mental por parte de un consejero escolar o profesional relacionado con los pensamientos suicidas y la ideación suicida de un estudiante.

**Este documento no se interpretará como que se requiere el consentimiento de los padres o tutores más allá de lo que exige expresamente la ley estatal o federal aplicable.**

Por favor complete ambos lados.

# ESCUELAS DEL CONDADO DE LAWRENCE
# SERVICIOS DE SALUD MENTAL
# FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN ANUAL Y SUSCRIPCIÓN

***(Estudiantes menores de 16 años)***

**Excepciones al requisito de suscripción voluntaria**

Bajo la guía del Departamento de Educación del Estado de Alabama, instrucción general, académica y asesoramiento el apoyo ocasional brindado por los consejeros escolares no requiere el consentimiento de los padres o tutores. Por ley, los servicios de salud mental pueden brindarse sin consentimiento si existe una amenaza inmediata para la salud del estudiante o de otras personas; sospecha de abuso, negligencia o explotación; o cuando existe una necesidad inmediata de terapia de duelo.

**Revisión de materiales**

Puede solicitar la revisión de cualquier material utilizado en los programas de asesoramiento disponibles para los estudiantes comunicándose con el director del estudiante.

**Fecha de entrada en vigor y revocación**

Este formulario entra en vigencia el día en que lo recibe el maestro o consejero escolar de su estudiante y, a menos que se rescinda por escrito, permanecerá vigente durante ese año escolar.

**Padres de estudiantes con discapacidades**

Tenga en cuenta que el proceso de inscripción no aplica a los servicios de orientación escolar ni a los servicios de salud mental incluidos en el PEI o el plan §504 del estudiante. Se obtendrá el consentimiento para dichos servicios y se proporcionará información sobre los servicios de salud mental de su hijo/a mediante el proceso habitual de educación especial.

**Reconocimiento de los padres**

Entiendo que la edad legal para dar consentimiento en Alabama es de 16 años y que no se requiere mi consentimiento para que mi hijo/a mayor de 16 años participe en los servicios de salud mental escolares si así lo desea. También entiendo que, al optar por los servicios de salud mental, el/la consejero/a que los presta a mi estudiante me mantendrá completamente informado/a sobre el diagnóstico, la terapia recomendada o los tratamientos, y que tengo la autoridad para tomar decisiones finales sobre la terapia y los tratamientos de mi hijo/a.

_____ _____

*Firma del padre/tutor* *Fecha*

_____ _____

*Firma del padre/Tutor Impreso* *Fecha*

**Información del estudiante**

_____

***Nombre del estudiante*** ***Grado*** ***Edad*** ***Escuela***

Por favor complete ambos lados.

# 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.

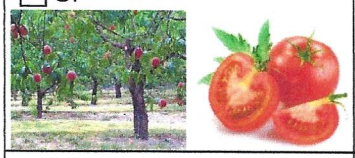
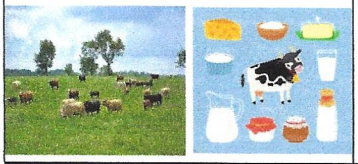
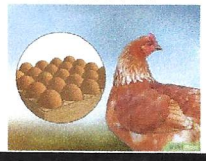
Complete este cuestionario y entréguelo a la escuela de su hijo(a).

## 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:

_____

| | | | |
|---|---|---|---|
| Granjas de frutas o tomates<br>☐ Sí<br> | Criaderos de peces o camarones<br>☐ Sí<br> | Vivero, invernadero, granja de césped<br>☐ Sí<br> | Plantación/cosecha de cultivos<br>☐ Sí<br> |
| Granjas para ganado; productos lácteos<br>☐ Sí<br> | Criadero para huevos; alimentación, procesamiento de pollos, recolección de huevos<br>☐ Sí<br> | Trabajo en granjas de lombrices<br>☐ Sí<br> | Plantación, cuidado, tala de árboles<br>☐ Sí<br> |

## 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 | |