

# PAQUETE DE INSCRIPCIÓN

PARA LOS ESTUDIANTES QUE INGRESAN A UNA ESCUELA PÚBLICA DE CAROLINA DEL NORTE POR PRIMERA VEZ

## ¡BIENVENIDO!

¡Le damos la bienvenida a usted y a su hijo/a a Franklin County Schools! Por favor complete los formularios incluidos y devuélvalos a la oficina de su escuela. Cada escuela tiene un notario público en el personal que puede ayudar en completar los formularios que requieren notarización.

Usted necesitará los siguientes materiales cuando registre a su hijo/a:

- Identificación con foto de padre o guardián legal
- Prueba de la edad del niño (ejemplo: copia certificada del certificado de nacimiento)
- Registros de inmunización del niño/a
- Verificaciones domiciliarias (Refiérase al formulario de Declaración de Domicilio)

## ¿NECESITAS AYUDA?

Cuando usted visita [www.fcschools.net](http://www.fcschools.net), la mayoría de la información de inscripción y asignación aparece en la sección "Parent Links."

**Esto incluye:** identificar a qué escuela asiste su hijo (Localice la escuela de mi hijo), Declaración apropiada de la información del domicilio y los formularios

## FRANKLIN COUNTY SCHOOLS

53 West River Road,  
Louisburg, North Carolina 27549  
Teléfono: (919) 496-2600 Fax: (919) 496-2104  
[www.fcschools.net](http://www.fcschools.net)



2018-2019

médicos que su hijo necesitará para inscribirse.



## PAUTAS DE INSCRIPCIÓN

### INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

La documentación/paquete de inscripción completa debe ser completado por el padre o tutor legal para inscribir a un estudiante en Franklin County Schools.

Apellido legal del estudiante	Sufijo	Primer nombre legal del estudiante	Segundo nombre legal del estudiante
-------------------------------	--------	------------------------------------	-------------------------------------

- Formulario de declaración de domicilio (Statement of Domicile Form):** Verificación del domicilio mediante la obtención de una copia de los siguientes documentos en un plazo de 10 días: 1) escritura o arrendamiento de la residencia primaria y 2) un proyecto de ley de utilidad actual que muestre un consumo razonable de electricidad para el número de personas en el hogar. El formulario de declaración de domicilio debe ser notariado. Las excepciones se harán bajo subtítulo B of Título VII del McKinney-Vento Homeless Education Act (42 U.S.C. 11431 et. Seq.) Sec. 722 (g)(3)(C)(i). Si usted está interesado en información sobre el McKinney-Vento Act, por favor pregunte a un administrador en la escuela.
- Verificación de la forma de custodia de los hijos (Verification of Child Custody Form):** Además de la verificación del formulario de custodia de menores, se requieren documentos tales como documentos de tutela legal o declaraciones juradas apropiadas si el adulto que acompaña al niño no aparece como el padre/madre en el certificado de nacimiento. Comuníquese con la oficina central, oficina de asignación de estudiantes, sobre declaraciones juradas al (919-496-2600).
- Formulario de retirada (Withdrawal Form):** Si aplica, envíe el formulario de retirada de la escuela anterior (preferida pero no requerida).
- Evidencia de la edad:** El padre o guardián debe proporcionar pruebas competentes y verificables de la fecha de nacimiento del niño. La evidencia puede incluir, pero no está limitado a: (1) una copia certificada de cualquier registro médico del nacimiento del niño emitido por el médico o el hospital en el que nació el niño.; o (2) una copia certificada de un certificado de nacimiento emitido por una iglesia, Mezquita, Templo o otra institución religiosa que mantenga los registros de nacimiento de sus miembros. Se aceptará un certificado de nacimiento o otra prueba de edad satisfactoria emitida por un país o institución extranjero de la misma manera que los documentos comparables emitidos en los Estados Unidos. Oficiales de la escuela usarán tales documentos sólo con el propósito de establecer la edad del niño/a y no para preguntar sobre la ciudadanía o el estado migratorio del niño, padre o guardián. Para participar en Kindergarten, los estudiantes deben tener cinco años de edad en o antes del 31 de agosto.
- Formulario de inscripción del estudiante (Student Registration Form)**
- Registros de inmunización:** El padre/guardián/sustituto tendrá treinta días desde el primer día de asistencia para proporcionar esta información a la escuela. El estudiante será excluido de la escuela si el registro no es recibido por el día 30 de acuerdo a la ley estatal de Carolina del norte G.S. 130A-152(a). Las excepciones se realizan en el subtítulo B del título VII del Acto de McKinney-Vento Homeless Education (42 U.S.C. 11431 et. Seq.) Sec. 722 (g)(3)(C)(iii). El registro de inmunización debe documentar claramente que su niño/a ha recibido los siguientes inmunizaciones: DTP (5); Hib (3); Pneumococcal (4); Polio (4); Varicella (2); MMR (2); Hepatitis B (3); Tdap (1) antes de entrar al séptimo (7<sup>th</sup>) grado, Meningococcal (1) prior to entering 7<sup>th</sup> grade.
- Formulario de evaluación de salud (Health Assessment Form):** Se requiere un físico actualizado para todos de kinder, pre-K y cualquier niño/a que se inscriba por primera vez en una escuela pública de Carolina del norte. El físico debe ser completado y fechado no más de 12 meses antes del primer día de inscripción. El examen físico debe estar documentado en el formulario de transmisión de evaluación de salud NC (NC Health Assessment Transmittal Form disponible en cada escuela y a través del sitio de Franklin County Schools website – bajo la sección school health program). El estudiante será excluido de la escuela si el formulario de transmisión de evaluación de salud NC (NC Health Assessment Transmittal Form) no es recibido por el día 30 de acuerdo a la ley estatal de Carolina del norte, evaluaciones de salud para niños en las escuelas públicas, G.S. 130A – 440.
- Formulario historial de salud (Health History Form)**
- Información médica:** Si es necesario, además del formulario de historial de salud (Health History Form), envíe información médica como enfermedades crónicas o medicamentos que el estudiante necesita tomar durante las horas escolares. Se requieren formularios adicionales para pedidos de medicamentos, pedidos dietéticos y procedimientos especiales. **Los alojamientos especiales pueden requerir una fecha de inscripción retrasada.**
- Formulario de solicitud de expedientes estudiantiles (Student Records Request Form):** El estatus académico de la escuela anterior será verificado a través del teléfono/formulario de retirada/fax (si es aplicable).
- Formulario de estado de disciplina (Discipline Status Form)**
- Cuestionario de residencia estudiantil (Student Residency Questionnaire)**
- Formulario de transporte (Transportation Form)**
- Encuesta de idioma en casa (Home Language Survey)**
- Información excepcional del programa para niños (Exceptional Children's Program information) (si es aplicable)**

*Presentar un registro falso o falsificar registros es un delito estatal y federal. La inscripción del niño en documentos falsos somete a la persona a la responsabilidad por la matrícula o otros costos. En caso de que se proporcione información incorrecta, la Junta de educación (Board of Education) se reserva el derecho de transferir inmediatamente al estudiante a su escuela apropiada.*

\_\_\_\_\_  
Firma de inscribir al padre/guardián legal

\_\_\_\_\_  
Fecha (Original a padre, copia con registro)

# DECLARACIÓN DEL DOMICILIO

## LAS INSTRUCCIONES *Este formulario debe ser completado en tinta negra o azul. Por favor imprima o escriba.*

Este formulario debe ser presentado en la inscripción inicial y en cualquier momento ha habido un cambio de domicilio para el padre/guardián legal del estudiante. Para preguntas, por favor refiérase a la tabla de establecimiento de domicilio de las escuelas del Condado de Franklin. La verificación de los documentos debe presentarse a la escuela dentro de los diez días de la inscripción o dentro de los diez días de un cambio de domicilio.

## SECCIÓN 1: Para ser completado por el padre/guardián legal

Esto es para certificar que soy, \_\_\_\_\_,  
padre/guardián legal

el guardián legal o custodio de \_\_\_\_\_  
estudiante

quién es mi \_\_\_\_\_ y que reside conmigo en  
*relación*

### Domicilio – dirección física

### Dirección postal (si es diferente de la dirección física)

Calle \_\_\_\_\_

P. O. Box/Otro \_\_\_\_\_

Ciudad, código postal \_\_\_\_\_

Ciudad, código postal \_\_\_\_\_

El estudiante está inscribiendo \_\_\_\_\_ Escuela para el \_\_\_\_\_ año escolar.

*Si se cambia el lugar de domicilio mencionado anteriormente, notificaré **inmediatamente** a la escuela y presentaré la prueba de domicilio.*

## SECCIÓN 2: Verificación de documentos

La unidad administrativa de Franklin County Schools verificará la dirección de cada estudiante que se inscribe en Franklin County Schools. **Cada escuela verificará el domicilio de cada estudiante obteniendo una copia de los siguientes documentos dentro de diez días:**

- (a) Escritura o arrendamiento de la residencia primaria; y,
- (b) Un proyecto de ley de utilidad actual que muestre un consumo razonable de electricidad para el número de personas en el hogar; y si la documentación o la residencia está en cuestión,
- (c) se administrará una visita personal por un funcionario del distrito escolar designado para determinar el domicilio.

## SECCIÓN 3: Notarization of signature

Presenting a false record or falsifying records is a state and federal offense. Enrollment of the child under false documents subjects the person to liability for tuition or other costs. In a case where incorrect information is provided, the Board of Education reserves the right to immediately transfer the student to his/her appropriate school.

The undersigned being duly sworn acknowledges that the foregoing statement is true.

\_\_\_\_\_  
Signature of **parent/legal guardian**

Signed and sworn to before me this day by \_\_\_\_\_  
Name of Parent/Legal Guardian Date

Seal: \_\_\_\_\_  
Signature of Notary Public

My commission expires  Franklin County Schools

## VERIFICACION DE LA CUSTODIA DE LOS HIJOS

**LAS INSTRUCCIONES** Este formulario debe ser completado en tinta negra o azul. Por favor imprima o escriba.

Para información sobre requisitos de inscripción y residencia externa, por favor revise la política de la Junta Escolar del Condado de Franklin 4120. Presentar un registro falso o falsificar registros es un delito estatal y federal. La inscripción del niño en documentos falsos somete a la persona a la responsabilidad por la matrícula o otros costos. En caso de que se proporcione información incorrecta, la Junta de educación (Board of Education) se reserva el derecho de transferir inmediatamente al estudiante a su escuela apropiada.

### INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Apellido legal del estudiante	Sufijo	Primer nombre legal del estudiante	Segundo nombre legal del estudiante
Apellido legal del padre/guardián legal		Primer nombre del padre/guardián legal	Segundo nombre del padre/guardián legal
<b>Certifico que soy el</b> <input type="checkbox"/> padre <input type="checkbox"/> madre <input type="checkbox"/> guardián legal <b>Del niño/a nombrado arriba.</b>		<i>Para uso escolar</i>	
¿Hay algún problema de custodia que involucre a este estudiante? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Información adicional:		<i>Para uso escolar</i>	

<p>¿se han presentado documentos de custodia a la escuela para este estudiante?</p> <p><input type="checkbox"/> Si   <input type="checkbox"/> No</p> <p><b>Nota:</b> Una copia de los documentos de custodia es requerida por la escuela, cuando sea aplicable, para asegurar que la escuela contacte a la persona que tiene la custodia legal de los estudiantes en relación a asuntos escolares. Agradecemos su cooperación en este asunto.</p> <p>Información adicional:</p>	<p>Para uso escolar</p>
<p>¿Hay alguna orden de protección en su lugar o cualquier otra cuestión doméstica que involucre a este estudiante?</p> <p><input type="checkbox"/> Si   <input type="checkbox"/> No</p> <p><b>Nota:</b> Por favor proporcione a la escuela cualquier documentación y/o información pertinente.</p> <p>Información adicional:</p>	<p>Para uso escolar</p>



Firma de inscribir al padre/guardián legal

Fecha

# REGISTRO DE ESTUDIANTES

Página 1 de 2

## LAS INSTRUCCIONES *Este formulario debe ser completado en tinta negra o azul. Por favor imprima o escriba.*

Complete este formulario para cada niño/a que esté inscribiendo. Para obtener ayuda, comuníquese con el oficial de inscripción en su escuela. La inscripción del niño en documentos falsos somete a la persona a la responsabilidad por la matrícula o otros costos. En caso de que se proporcione información incorrecta, la Junta de educación (Board of Education) se reserva el derecho de transferir inmediatamente al estudiante a su escuela apropiada.

Apellido legal del estudiante	Sufijo	Primer nombre legal del estudiante	Segundo nombre legal del estudiante
Fecha de nacimiento (mm/dd/yyyy)		Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Número de teléfono de casa (   )
Enrolling Grade		¿es el estudiante hispano/latino? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Condado de nacimiento

¿Qué categoría/categorías describe mejor la carrera del estudiante? Debe elegir uno o más.

Indio Americano    Asiático    Negro    Hawaiano/Pacífico    blanco

## INFORMACIÓN DE PADRES Y TUTORES LEGALES

Dirección física del domicilio		Número de apartamento o suite
Ciudad	Estado	Código postal
Dirección postal (si es diferente de la dirección física)		Número de apartamento o suite
Ciudad	Estado	Código postal

¿Con quién reside el estudiante? (Elegir todos los que se aplican)

Padre    Madre    Pastro    Madastra    Abuelo    Guardián    Yo    Otro \_\_\_\_\_  
 Orfanato (condado que tiene la custodia \_\_\_\_\_)

1. Apellido legal del padre/guardián legal		Primer nombre legal del padre/guardián legal	
Correo electrónico		Relación <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padastro <input type="checkbox"/> Madastra <input type="checkbox"/> Abuelo <input type="checkbox"/> Abuela <input type="checkbox"/> Guardián	
Teléfono de casa ( )	Teléfono de trabajo ( )	Celular ( )	
Lugar de empleo			
2. Apellido legal del padre/guardián legal		Primer nombre del padre/guardián legal	
Correo electrónico		Relación <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padastro <input type="checkbox"/> Madastra <input type="checkbox"/> Abuelo <input type="checkbox"/> Abuela <input type="checkbox"/> Guardián	
Teléfono de casa ( )	Teléfono de trabajo ( )	Celular ( )	
Lugar de empleo			
¿Tiene este estudiante hermanos que asisten a las escuelas del Condado de Franklin (incluyendo PreK)? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No (Si es así, enumere...)			
Nombre		Escuela	Grado



# REGISTRO DE ESTUDIANTES

## EL CONTACTO DE EMERGENCIA

Si los padres no pueden ser alcanzados en caso de una emergencia o si el niño necesita ser recogido de la escuela, por favor dé dos contactos adicionales que asumirán el cuidado temporal de su hijo. No dejaremos que su hijo se lo libere a otras personas sin su permiso.

1. Apellido del contacto de emergencia		Primer nombre del contacto de emergencia	
Número de teléfono del contacto de emergencia ( )		Relación del contacto de emergencia con el niño/a	
2. Apellido del contacto de emergencia		Primer nombre del contacto de emergencia	
Número de teléfono del contacto de emergencia ( )		Relación del contacto de emergencia con el niño/a	

## CONEXIÓN MILITAR

¿Es cualquier miembro de la familia inmediata de su hijo conectado con el ejército de Estados Unidos (incluyendo servicio activo, guardia nacional o reservas, militares jubilados, veterano discapacitado, servicio civil federal, veterano, militar extranjero, reserva activa/guardia, o veterano fallecido)? Si No

**El estatuto general 115C-12(18) requiere que las escuelas identifiquen anualmente a estudiantes alistados militares-conectados usando el sistema de divulgación uniforme de la educación con el fin de desarrollar un medio para servir las necesidades únicas de los estudiantes identificados como estudiantes militar-conectados.**

Relación	Sucursal	Estado	Grado	Instalación militar
<i>Ejemplo: Padre</i>	<i>Army</i>	<i>Servicio activo</i>	<i>E-4</i>	<i>Fort Bragg</i>

## HISTORIA DE LA ESCUELA

¿Tiene este estudiante un plan de educación individualizado? (IEP)? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<i>School use</i>	¿Tiene este estudiante un plan de 504? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<i>School use</i>
---	-------------------	--	-------------------

¿Recibe este estudiante servicios de habla? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<i>School use</i>	¿se identifica al estudiante como académico y/o intelectualmente dotado (AIG) y tiene un plan de educación diferenciado (DEP) u otro plan para servicios dotados? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<i>School use</i>
¿Tiene este estudiante un dominio inglés limitado (LEP)? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<i>School use</i>	¿ha recibido el estudiante intervenciones en cualquier área temática? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<i>School use</i>
¿El estudiante ha estado inscrito alguna vez en las escuelas de Franklin County Schools? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No (si "si," enumere la última atendida...)			
Nombre de la escuela	Fecha de inicio	Fecha final	
¿El estudiante ha estado inscrito alguna vez en cualquier otra escuela pública de Carolina del norte? <input type="checkbox"/> Si (si "si," enumere la última escuela pública atendida...) <input type="checkbox"/> No (Si "no," requiere la evaluación de la salud del NC.)			
Nombre de la escuela	Fecha de inicio	Fecha final	
¿A qué escuela asistió el estudiante por última vez?	Nombre de la escuela	¿Tipo de escuela que asistió por última vez?: <input type="checkbox"/> Pública <input type="checkbox"/> Privada <input type="checkbox"/> Chárter <input type="checkbox"/> Educar en casa	
<b>INFORMACIÓN DE SALUD</b>			
¿El estudiante tiene órdenes de medicación? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <b>SE REQUIEREN FORMULARIOS ADICIONALES PARA LAS ÓRDENES DE MEDICACIÓN.</b>	¿Tiene el estudiante órdenes dietéticas? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <b>SE REQUIEREN FORMULARIOS ADICIONALES PARA LAS ÓRDENES DE DIETÉTICAS.</b>		
¿El estudiante necesita procedimientos especiales? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <b>SE REQUIEREN FORMULARIOS ADICIONALES PARA PROCEDIMIENTOS ESPECIALES.</b>	<b>VEA LA OFICINA DE LA ESCUELA PARA LOS FORMULARIOS ADICIONALES INDICADOS COMO SEA APLICABLE PARA ESTE ESTUDIANTE.</b>		
<b>CONSENTIMIENTO DE LA DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN</b>			
Autorizo la liberación de la información de mi hijo a la persona listada bajo la información del padre/guardián y las secciones de contacto de emergencia. Certifico que toda la información proporcionada arriba es verdadera. Cualquiera que figure como madre, padre o tutor legal recibirá llamadas telefónicas automáticas, textos y/o correos electrónicos. Los padres y tutores legales tendrán la oportunidad de personalizar sus preferencias de comunicación.			
Firma de padre/guardián legal	Fecha (mm/dd/aaaa)		

# HISTORIA DE LA SALUD

## INFORMACIÓN DE SALUD ESTUDIANTIL

Por favor, responda las siguientes preguntas relacionadas con su hijo.  
Este formulario debe ser completado en tinta negra o azul.

Apellido legal del estudiante	Sufijo	Primer nombre legal del estudiante	Segundo nombre legal del estudiante
ADHD/ADD	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Se necesita medicación en la escuela? * <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Alergias	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿A qué es alérgico su niño? * por favor enumere:	
		Describir la reacción alérgica:	
		¿Ha recibido su hijo atención de emergencia en el pasado relacionada con la alergia? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
		¿Tiene su hijo una pluma de EPI? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
¿necesitará su hijo una pluma de EPI en la escuela? * <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
Asma	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo, fecha del último ataque *:	
		¿Diagnosticado por un médico? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
		Medicación tomada en casa:	
¿Se necesita medicación en la escuela? * <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
Diabetes	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Usa su hijo insulina? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
		¿Usa su niño medicación oral? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
		¿Se necesita medicación en la escuela? * <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
		¿Se necesita monitoreo de glucemia en la escuela? * <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
		¿Se necesita la inyección de glucagón en la escuela? * <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Convulsiones	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo, sírvase describir*:	
		¿Su hijo/a toma medicación para convulsiones en casa? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
		¿Se necesita medicación en la escuela? * <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
		¿Está su hijo actualmente bajo el cuidado de un médico para las convulsiones? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
¿Cuándo fue su última convulsión?			
Migrañas	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Se necesita medicación en la escuela??* <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Traumatismos craneal/ Conmociones cerebrales	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Su hijo ha sido diagnosticado con una conmoción cerebral el año pasado? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
		Fecha de la lesión:	
¿Está su hijo actualmente bajo el cuidado de un médico para esta condición? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
Visión/Preocupaciones oculares	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Por favor enumere cualquier preocupación de la visión:	
		¿Su hijo usa anteojos o lentes de contacto? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Oídos/oido preocupaciones	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Tiene su hijo una pérdida auditiva conocida? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
		Si es así, sírvase indicar la oreja afectada: <input type="checkbox"/> Derecho <input type="checkbox"/> Izquierda <input type="checkbox"/> Ambos	
		¿Usa su hijo un audífono? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Si es así, sírvase indicar qué oreja: <input type="checkbox"/> Derecho <input type="checkbox"/> Izquierda <input type="checkbox"/> Ambos			
Condicion cardiaca	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo, indique la condición*:	
		¿Su hijo/a toma medicamentos para esta afección? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
		¿El ejercicio es limitado? * <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Mental/Emocional Preocupaciones	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo, sírvase enumerar los servicios que se han proporcionado para su hijo	
Otras preocupaciones de salud	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo, sírvase describir*:	
		¿Necesitará su hijo procedimientos especiales que se realicen en la escuela? * <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Tipo de procedimiento de atención médica necesario:			
¿Su hijo/a toma diariamente medicamentos en casa? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si "si," por favor enumere:			



Instrucciones especiales para el maestro y/o la enfermera de la escuela:

**LOS FORMULARIOS ADICIONALES SON REQUERIDOS PARA SER COMPLETADO POR UN MEDICO Y REVISADO POR LA ENFERMERA DE LA ESCUELA ANTES DE CUALQUIER ALOJAMIENTO DE SALUD SE PUEDE HACER. ALGUNAS ADAPTACIONES PUEDEN REQUERIR UNA FECHA DE INSCRIPCION RETRASADA.**

Firma de padre/guardián legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

FRANKLIN COUNTY SCHOOLS

# STUDENT RECORDS REQUEST/ SOLICITUD DE REGISTROS ESTUDIANTILES



## INSTRUCTIONS/ LAS INSTRUCCIONES

*This form must be completed in black or blue ink. Please print or write.*

*Este formulario debe ser completado en tinta negra o azul. Por favor imprima o escriba*

Please complete the "Student Information" and "School Transferring From" sections.

Por favor complete las secciones "información estudiantil" y "transferencia de la escuela".

## STUDENT INFORMATION / INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

<b>Student's LAST Name / Apellido</b>	<b>Suffix Sufijo</b>	<b>Student's Legal FIRST Name / Nombre</b>	<b>Student's Legal MIDDLE Name / Segundo Nombre</b>
Date of Birth / Fecha de Nacimiento (mm/dd/yyyy)	Grade Level for Enrolling School Year / Grado para inscribir el año escolar		Date of Enrollment / Fecha de inscripción

## SCHOOL TRANSFERRING FROM / ¿DESDE DÓNDE TE ESTÁS TRANSFIRIENDO?

Name of School Transferring From / Nombre de la escuela de que estas transfiriendo	Fax Number / Número de fax ( )
County / Condado	State / Estado

## THIS SECTIONS IS TO BE COMPLETED BY ENROLLING SCHOOL / ESTA SECCIÓN DEBE SER COMPLETADA POR LA ESCUELA QUE SE INSCRIBE

Name of Enrolling School / Nombre de la escuela que se inscribe	Phone Number / Número de teléfono ( )	
Mailing Address – Street or P. O. Box / Dirección postal – calle o P.O. Box	Fax Número / Numero de fax ( )	
City / Ciudad	State / Estado	Zip Code / Código postal
Name and Title of School Personnel Requesting Records / Nombre y título del personal escolar que solicita registros		

**We respectfully submit this request for the academic records of the aforesaid student. To enable us to complete enrollment, please fax us all records you have on this student including the following:**

- Cumulative Folder
- Health/Medical Record
- Attendance Record
- Report Cards
- If applicable, Student Confidential Information (Special Education/Gifted Education Services)
- If applicable, Student Related Services Information (Speech, PT, OT)
- If applicable, Section 504 Accommodation Plan

The policy of informed consent has been explained to me, and I understand the need for the information and that there are statutes and regulations protecting the confidentiality of authorized information. I hereby acknowledge that this consent is truly voluntary and is valid until such request is fulfilled but not to exceed one year. I further acknowledge that I may revoke this consent in writing at any time except in the event that action based on this consent has been taken.

Se me ha explicado la política de consentimiento informado, y entiendo la necesidad de la información y de que existen estatutos y reglamentos que protegen la confidencialidad de la información autorizada. Por la presente reconozco que este consentimiento es verdaderamente voluntario y es válido hasta que se cumpla dicha solicitud pero no exceda un año. Además, reconozco que puedo revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento, excepto en el caso de que se hayan tomado medidas basadas en este consentimiento.

\_\_\_\_\_  
Signature of Enrolling Parent/Legal Guardian /  
Firma de padre/guardián legal

\_\_\_\_\_  
Date / Fecha

FRANKLIN COUNTY SCHOOLS

# DISCIPLINE STATUS / ESTADO DE LA DISCIPLINA

## LAS INSTRUCCIONES *Este formulario debe ser completado en tinta negra o azul. Por favor imprima o escriba.*

La Sección 115C-366 (a4) del Estatuto de Carolina del Norte requiere que este formulario se complete antes de la inscripción para todos los estudiantes que se transfieren al Sistema Escolar de Franklin County Schools.

## INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Apellido legal del estudiante	Sufijo	Primer nombre legal del estudiante	Segundo nombre legal del estudiante	Tercer nombre legal del estudiante	Segundo apellido legal del estudiante
-------------------------------	--------	------------------------------------	-------------------------------------	------------------------------------	---------------------------------------

## ESTADO DE DISCIPLINA ACTUAL DEL ESTUDIANTE QUE BUSCA INSCRIPCIÓN

¿Ha tenido el estudiante un Plan de Intervención de Conducta?  Si  No

El estudiante NO está actualmente suspendido o expulsado de ninguna escuela y no tiene suspensión pendiente o expulsión.

El estudiante HA SIDO RECOMENDADO para la suspensión a largo plazo (más de diez días) o la expulsión (remoción permanente de la escuela) de la escuela \_\_\_\_\_ y esa recomendación está actualmente pendiente. Describa la ofensa por la cual se hace la recomendación:

Fecha propuesta para comenzar la suspensión / expulsión: \_\_\_\_\_ Fecha de finalización de la suspensión propuesta: \_\_\_\_\_

El estudiante HA SIDO suspendido a largo plazo (más de diez días) o expulsado (expulsado de la escuela) de la escuela \_\_\_\_\_ y actualmente está cumpliendo el plazo de suspensión o expulsión. Describa la ofensa por la cual el estudiante fue suspendido / expulsado. **Se debe adjuntar una copia de los datos de suspensión / expulsión.**

Fecha propuesta para comenzar la suspensión / expulsión: \_\_\_\_\_ Fecha de finalización de la suspensión propuesta: \_\_\_\_\_

## CONVICCIONES DE FELONÍA

¿El estudiante ha sido condenado por un delito grave?  Si  No

En caso afirmativo, ¿cuál fue la condena?

Ciudad / pueblo donde ocurrió la condena

Estado donde ocurrió la condena

Fecha de la condena (mm/dd/aaaa)

Descripción de la Ofensa

Agente de libertad condicional

Número de teléfono ( )

Consejero de la corte

Número de teléfono ( )

## PADRE O CORTE NOMBRADO DECLARACIÓN DE CUSTODIA

Inicial abajo:

\_\_\_\_\_ Verifico que la información anterior es verdadera y precisa.

\_\_\_\_\_ Doy mi consentimiento al Franklin para compartir este documento con la escuela anterior del alumno y para obtener información o registros para verificar la información en este formulario.

*Entiendo que proporcionar información falsa es un acto criminal. Si se determina que una persona voluntaria e intencionalmente proporcionó información falsa en esta declaración jurada, será culpable de un delito Clase I y pagará a la junta local una cantidad igual al costo de educar al estudiante durante el período de inscripción, no para incluir fondos estatales [GS 115C-366 (a3)].*

Firma del custodio designado por el padre o la corte \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

# CUESTIONARIO DE RESIDENCIA ESTUDIANTIL

**LAS INSTRUCCIONES** *Este formulario debe ser completado en tinta negra o azul. Por favor imprima o escriba.*

Complete este formulario con respecto a la residencia / domicilio del estudiante. Este cuestionario está destinado a abordar la Ley McKinney-Vento 42 U.S.C.11435. Las respuestas a esta información ayudan a determinar los servicios que el alumno puede ser elegible para recibir.

## PARTE 1

Nombre de Escuela

<b>Apellido legal del estudiante</b>	<b>Sufijo</b>	<b>Primer nombre legal del estudiante</b>	<b>Segundo nombre legal del estudiante</b>
<i>Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa)</i>	edad	género	identificación del estudiante #

1. ¿Es su dirección actual un arreglo de vivienda temporal?  Si  No

Si respondió **NO** a esta pregunta, puede **detenerse aquí.**



2. ¿Es este arreglo de vivienda temporal debido a la pérdida de vivienda o dificultades económicas?  Si  No

Si respondió **SÍ** a las preguntas 1 y 2, complete el resto de este formulario.

Si respondió **NO** a esta pregunta, puede **detenerse aquí.**



## PARTE 2

¿Dónde está viviendo actualmente el estudiante? (Marque una casilla.)

- En un motel
- En un refugio
- Con más de una familia en una casa o apartamento
- En un lugar no diseñado para alojamientos normales para dormir, como un automóvil, un parque o un campamento

Nombre del padre(s)/Tutores Guardian(es)

*En caso de que el niño no se quede con sus padres o tutores, comuníquese con la Oficina de Asignación de Estudiantes al 919-496-2600 para programar una cita para completar una **Declaración Jurada** de Custodia para abordar los asuntos de tutela.*

Dirección física de Domicilio

Número de Apartamento o Suite

Ciudad

Estado

Código postal

*Presentar un registro falso o falsificar registros es un delito estatal y federal. La inscripción del niño en documentos falsos somete a la persona a la responsabilidad por la matrícula o otros costos*

**Firma de padre/guardián legal** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

*Para apelar una decisión de la escuela con respecto a la residencia / domicilio, comuníquese con el Enlace con personas sin hogar al 919-496-2457.*

**School Personnel: If Parts 1 and 2 are completed, please send a copy to Homeless Liaison, West River Road Annex. Fax: 919-496-1322**

I certify the above named student qualifies for the Child Nutrition Program under the provisions of the McKinney-Vento Act.

Date

McKinney-Vento Liaison Signature

# STUDENT TRANSPORTATION / TRANSPORTE ESTUDIANTIL



School enrolling personnel should complete before sending to Transportation Department.

SCHOOL / ESCUELA \_\_\_\_\_  
STUDENT ID # / IDENTIFICACIÓN DEL ESTUDIANTE \_\_\_\_\_ GRADE / GRADO \_\_\_\_\_

Nueva inscripción  Cambio de dirección  Fecha efectiva de cambio de transporte \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Presentar un registro falso o falsificar registros es una ofensa estatal y federal. La inscripción del niño bajo documentos falsos somete a la persona a responsabilidad por la matrícula u otros costos. En caso de que se proporcione información incorrecta, la Junta de Educación se reserva el derecho de transferir inmediatamente al alumno a su escuela correspondiente.

## INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE *Este formulario debe ser completado en tinta negra o azul. Por favor imprima o escriba..*

Apellido legal del estudiante	Sufijo	Primer nombre legal del estudiante	Segundo nombre legal del estudiante
Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa)	Género <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer		Número de teléfono diurno para padres / tutores ( )
Dirección USE LA DIRECCIÓN FÍSICA 911 SOLAMENTE (No P.O. Box o dirección postal Lake Royale)			Número de teléfono ( )
Ciudad	Estado	Código postal	

## INFORMACIÓN DE UBICACIÓN DE LA DIRECCIÓN

Carretera (s) principal (s) cerca de su casa

Nombre de la subdivisión / comunidad (si corresponde)

## TRANSPORTATION INFORMATION

¿Cómo va el estudiante a ir y venir de la escuela? Elija una respuesta para AM:  Coche  Autobús  
Elija una respuesta para PM:  Coche  Autobús

¿Viajará el alumno en el autobús hacia y desde su domicilio?  Si Si es así, DETÉNGASE aquí.  
 No Si no, completa la siguiente sección.

SÓLO complete si el estudiante será recogido o dejado en una dirección que no sea su domicilio.  
No necesita completar para dejar ocasionalmente. Las direcciones alternativas deben estar dentro del distrito escolar asignado.

Dirección alternativa para AM: Dirección Ciudad

Dirección alternativa para AM: Dirección Ciudad

Política 6305P de Franklin County Schools – Servicios de seguridad y transporte estudiantil

### FOR FCS TRANSPORTATION USE ONLY

AM: Route # \_\_\_\_\_ Run # \_\_\_\_\_ Stop # \_\_\_\_\_

PM: Route # \_\_\_\_\_ Run # \_\_\_\_\_ Stop # \_\_\_\_\_

Copies to:  TIMS Coordinator, Fax 919-496-0305  Bus Coordinator  Data Manager Date sent \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

# ENCUESTA DE IDIOMAS EN EL HOGAR



La Política de la Junta de Educación del Estado de Carolina del Norte GCS-K-000 (16 NCAC 6D.0106) requiere que se administre una Encuesta del Idioma del Hogar (HLS) a todos los estudiantes en la inscripción inicial. El HLS se usa para ayudar a determinar si el estudiante es un estudiante de minorías lingüísticas.

## Procedimientos de Carolina del Norte para la identificación de aprendices de inglés

STUDENT INFORMATION / Información Sobre el Estudiante			
Student's LAST Name / Apellido	Suffix / Sufijo	Student's FIRST Name / Nombre	Student's MIDDLE Name / Segundo nombre
Country of Birth / Lugar de Nacimiento		Date first enrolled in any U.S. school (Private or Public, but not PreK) / Fecha de la primera inscripción en E.U.	Date of Birth / Fecha de Nacimiento
Current School / Escuela Actual		School Enrollment Date / Fecha de Matricula en la Escuela	Grade Level for Enrolling School Year / Grado actual

QUESTIONS FOR PARENTS/GUARDIANS PREGUNTAS PARA PADRES / GUARDIANES	PARENT RESPONSE RESPUESTA DE PADRES
What is the first language the student learned to speak? ¿Qué idioma aprendió a hablar primero el estudiante?	
What language does the student speak most often? ¿Qué idioma habla el estudiante con más frecuencia?	
What language is most often spoken in the home? ¿Qué idioma se habla en el hogar con más frecuencia?	

Parent/Legal Guardian Signature / Firma: \_\_\_\_\_ Date / Fecha: \_\_\_\_\_

FOR OFFICE USE ONLY / Sección Para Uso Interno	
Directions:	Person Reviewing this Survey: _____
<ol style="list-style-type: none"> <li>Parents/guardians of all new students (including preschool and Kindergarten) complete this form at the time of enrollment and record all information requested. Provide interpreting services whenever necessary.</li> <li>Ensure that all questions on the form are completed. Determine which ESL Program staff will review the responses, interview the parent as necessary, and/or observe the student to determine the home language. If the parent lists more than one language other than English, the reviewer must determine which one is the students's home language for data collection purposes and document it on this form.</li> <li>If it is determined that a student's home language is other than English, administer the English language proficiency test. Follow the protocol to collect and document the student's scores, if the language is other than English, administer the English language proficiency test. Follow the protocol to collect and document the student's scores.</li> <li>Place the original form in the student's cumulative folder.</li> </ol>	
<b>Determination (ESL Teacher ONLY)</b>  If the student's first or home language is other than English, the ESL teacher will investigate to make sure that the form was filled out properly and that the student does not speak English regularly at home. If the HLS is found to be accurate, the English language proficiency test should be administered unless proper documentation is found that the student was tested in a previous school district (if a transfer) and that testing medium complies with NC testing standards for LEP students.	ESL Teacher's Name:  First/Home Language:  Administer the English language proficiency test? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No  Notes:



## NORTH CAROLINA HEALTH ASSESSMENT TRANSMITTAL FORM

This form and the information on this form will be maintained on file in the school attended by the student named herein and is confidential and not a public record.

(Approved by North Carolina Department of Public Instruction and Department of Health and Human Services)

### PARENT to COMPLETE THIS SECTION

Student Name:

(Last)

(First)

(Middle)

M  F

Birthdate (M/D/YYYY):

School Name:

Hispanic of Latino Origin:  1 Yes  2 No

Race:

1 Other Non-White  2 White  3 Black  4 American Indian  5 Chinese  
 6 Japanese  7 Hawaiian  8 Filipino  9 Other Asian  10 Unknown

Home Address:

City:

State:

County:

Parent Information: Name of Parent, Guardian, or person standing in loco parentis:

Telephone(s)

Home:

Work:

Cell Phone:

Health Concerns to be shared with authorized persons (school administrators, teachers, and other school personnel who require such information to perform their assigned duties):

### HEALTH CARE PROVIDER TO COMPLETE THIS SECTION

Medications prescribed for student:

Student's allergies, type, and response required:

Special diet instructions:

Health-related recommendations to enhance the student's school performance:

Vision screening information:

Passed vision screening:  Yes  No

Concerns related to student's vision:







**PUBLIC SCHOOLS OF NORTH CAROLINA**

State Board of Education | Department of Public Instruction

January 2016

**Hearing screening information:**

Passed hearing screening:  Yes  No

Concerns related to student's hearing:

**Recommendations, concerns, or needs related to student's health and required school follow-up:**

School follow-up needed:  Yes  No

**Medical Provider Comments:**

**Please attach other applicable school health forms:**

Immunization record attached:

School medication authorization form attached:

Diabetes care plan attached:

Asthma action plan attached:

Health care plans for other conditions attached:

**Health Care Professional's Certification**

I certify that I performed, on the student named above, a health assessment in accordance with G.S. 130A-440(b) that included a medical history and physical examination with screening for vision and hearing, and if appropriate, testing for anemia and tuberculosis. I certify that the information on this form is accurate and complete to the best of my knowledge.

Name:

Title:

Signature: \_\_\_\_\_

Date (m/d/yyyy):

Practice/Clinic Name:

Practice/Clinic Address:

Practice/Clinic City:

State:

Zip:

Phone:

Fax:

Provider Stamp Here:

