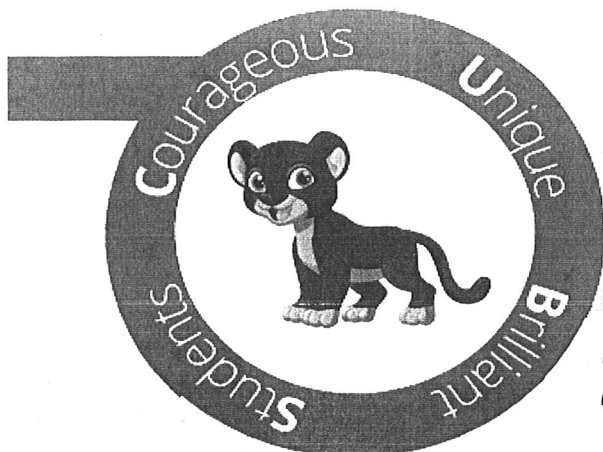




SUMTER COUNTY PRIMARY SCHOOL

Dr. Renee Mays, Principal
Mr. Jeffery Boges, Assistant Principal
Mrs. Brandi Roland, Counselor

Home of the Panther C.U.B.S.

23-24 Pre-K Registration

- You may pick up registration packets and drop off documents Monday thru Thursday at the Primary School's bus ramp from 8:00am-1:00pm.
- If you have any questions, please feel free to contact Ms. Jaela Clemons at **229-931-8884** or by email: jclemons@sumterschools.org

Documents required to register for Pre-K:

- Birth Certificate
- Social Security Card
- Certificate of Immunization (**Form 3231**)
- Current Certificate of Vision, Hearing, Dental, and Nutrition Screening (**Form 3300**)
- **Please provide one of the following for proof of residency (This document must have one of the parent's names from the birth certificate or guardianship papers, if applicable.)**
 - Current lease
 - Property Tax notice
 - Homeowner insurance bill
 - Mortgage statement
 - Current vehicle registration form
 - Utility Bill (**Light Bill or Water Bill**)
 - If you reside with someone else and do not have one of the documents above in your name, please ask for a residency affidavit form.
 - Medicaid or food stamp card/documentation if applicable.
 - **Completed Registration packet and ALL documents are needed before your child can be registered.**



229-924-1012



123 Learning Lane, Americus, Ga 31719

You Can ENROLL in school!

Even if you have:

- Uncertain housing
- A temporary address
- No permanent physical address



You are guaranteed enrollment in school by the federal McKinney-Vento Act and Georgia state law if you live:

- In a shelter (family, domestic violence, or youth shelter or transitional living program)
- In a motel, hotel, or weekly rate housing
- In a house or apartment with more than one family because of economic hardship or loss
- In an abandoned building, in a car, at a campground, or on the street
- In temporary foster care or with an adult who is not your parent or guardian
- In substandard housing (without electricity, water, or heat)
- With friends or family because you are a runaway or an unaccompanied youth



To enroll in or attend school if you live under any of these conditions, you do NOT need to provide:

- Proof of residency
- Immunization records or tuberculosis skin-test results
- School records
- Legal guardianship papers



You may:

- Participate fully in all school activities and programs for which you are eligible.
- Continue to attend the school in which you were last enrolled even if you have moved away from that school's attendance zone or district.
- Receive transportation from your current residence back to your school of origin.
- Qualify automatically for child nutrition programs (free and reduced-price lunches and other district food programs).

Contact the district liaison to resolve any disputes that arise during the enrollment process.



Parents' responsibilities are to:

- Make sure your child attends school regularly and completes homework and projects on time.
- Attend parent/teacher conferences, Back-to-School Nights, and other school-related activities.
- Stay informed of school rules, regulations, and activities.
- Participate in school advisory/decision-making activities.



For questions about enrolling in school or for assistance with school enrollment, contact:

Your county liaison for the homeless:

Dr. Adrienne Davis
Homeless Education
615-669-9375
adavis@sumterschools.org



Sumter County Schools

Residency Questionnaire

This form is intended to address the requirements of the McKinney-Vento Act (Title IX, Part A of the Every Student Succeeds Act). The questions below will assist in determining if the student meets the eligibility criteria for services provided under the McKinney-Vento Act.

WHERE DOES THE STUDENT STAY AT NIGHT? (CHECK ONE BOX)

- ☐ In a shelter ☐ In a hotel / motel ☐ In a car ☐ At a campsite
☐ In another location that is not appropriate for people (e.g., an abandoned building)
☐ Temporarily with more than one family in a house, mobile home, or apartment
(Doubled-up, but not by choice. Would not have a place to stay if not doubled-up.)
☐ Alone
☐ Other (in an arrangement that is not fixed, regular, and adequate and is not described by the other choices)

Please describe:

☐ **Choices above do not apply.**

If you checked this box, you do **not** need to complete the remainder of this form. Submit to school personnel.

STUDENT INFORMATION

Name: _____ Gender: ☐ Female ☐ Male
School Attending: _____ Date of Birth: _____

PARENT / GUARDIAN INFORMATION

Parent / Guardian Name(s): _____

Address: _____ City: _____ Zip: _____

Home Phone (or the number of a contact person that can reach you): _____

PLEASE SIGN BELOW

I am verifying that the above student(s) listed have not had a fixed, regular, or adequate nighttime residence.

Parent/Guardian Signature

Date

SCHOOL USE ONLY / BUILDING COPY

Date Received: _____ ☐ Homeless ☐ NOT Homeless

Reporting School: _____

Homeless liaison Signature



Other children in the home (Ages 0 – 18):

Name: _____ Gender: ☐ Female ☐ Male
School Attending: _____ Date of Birth: _____

Name: _____ Gender: ☐ Female ☐ Male
School Attending: _____ Date of Birth: _____

Name: _____ Gender: ☐ Female ☐ Male
School Attending: _____ Date of Birth: _____

Name: _____ Gender: ☐ Female ☐ Male
School Attending: _____ Date of Birth: _____



Sumter County Schools Attendance Protocol Chart

By September 1 of each school year or 30 days after enrollment of the student (Students **under 16** years of age), the parent(s) will receive a copy of the Georgia Compulsory Attendance Law.

Issuance of parent notification letter explaining attendance expectation and possible penalties/consequences of unexcused absences. A form requires the signature of parent/guardian and student (ages 10 and up) by September 1 of each school year.
(Student Handbook)

2 Absences	A phone call to parents.
3 Absences	Notification letter sent to the parent(s)/guardian(s) reminding of possible penalties/consequences of absences as well as explaining attendance expectations.
5 Unexcused Absences	➤ AST meeting held. The purpose of the meeting is to identify and implement strategies to deter continued absenteeism. ➤ Referral to School Social Worker. The SSW will contact or make a home visit reminding parents of possible penalties/consequences of misdemeanor violation. The school social worker will assess attendance problem, increase the intensity of strategies, and refer to community agencies including, but the SSW is not limited to the options listed above.
6 Unexcused Absences	Truancy complaint is completed by the Counselor or designee and delivered to the truancy officer by the attendance officer.
7 Absences	Notification letter sent to parent(s)/guardian(s) reminding of possible penalties/consequences of absences as well as explaining attendance exceptions.
10 Unexcused Absences	Criminal Warrant is filed with the Magistrate Court for violation of Georgia's Compulsory Attendance Law. Parent Signature: _____ Date: _____



Georgia's Pre-K Program Student Social Security Number Information Form

Today's Date: _____

The Georgia Department of Early Care and Learning (DECAL) requests families provide Social Security Numbers for children attending Pre-K. DECAL uses Social Security Numbers to insure accurate enrollment information, to help prevent fraudulent student attendance reporting, and to obtain a unique 10-digit identifier (GTID) for your child from the Georgia Department of Education. This GTID number will be associated with your child for the remainder of their schooling years instead of their Social Security Number. Social Security Numbers are not used by DECAL for any other purpose. The Social Security Numbers are not shared with any other vendors or third parties and, for security reasons, they are encrypted in our database.

While a Social Security Number is not required to attend Georgia's Pre-K Program, it is beneficial to both you and your child to provide this information. If a Social Security Number is not given for a child, DECAL requires that you specify a reason below to explain why the information is not being provided.

I, _____, as parent/legal guardian of _____,
am not able/willing at this time to provide DECAL with a Social Security Number because:

- ☐ I need help obtaining an SSN.
- ☐ I need help replacing a lost SSN.
- ☐ I am awaiting a replacement SSN and will provide it when it arrives.
- ☐ I forgot to bring the SSN and will provide within 30 days.
- ☐ I choose not to provide the SSN because _____

Parent/Guardian Signature

Pre-K Programs: Please keep this form in student file in lieu of SS Card Copy.



Programa de Pre-K de Georgia Número de seguro social del estudiante Formulario de información

Fecha de hoy: _____

El Departamento de Cuidado y Aprendizaje Temprano de Georgia (DECAL) solicita a las familias que proporcionen números de Seguro Social para los niños que asisten a Pre-K. DECAL utiliza los números de seguro social para asegurarse que la información de inscripción sea precisa, para ayudar a prevenir informes fraudulentos de asistencia de los estudiantes y para obtener un identificador único de 10 dígitos (GTID) para su hijo del Departamento de Educación de Georgia. Este número GTID se asociará con su hijo durante el resto de sus años escolares en lugar de su número de seguro social. DECAL no utiliza los números de seguro social para ningún otro propósito. Los Números de Seguro Social no se comparten con ningún otro proveedor o tercero y, por razones de seguridad, están encriptados en nuestra base de datos.

Si bien no se requiere un número de seguro social para asistir al programa de Pre-K de Georgia, es beneficioso para usted y su hijo proporcionar esta información. Si no se proporciona un número de seguro social para un niño, DECAL requiere que especifique una razón a continuación para explicar por qué no se proporciona la información.

Yo, _____, como padre / tutor legal de _____,
No puedo / no estoy dispuesto en este momento a proporcionar a DECAL un Número de Seguro Social porque:

- ☐ Necesito ayuda para obtener un SSN.
- ☐ Necesito ayuda para reemplazar un SSN perdido.
- ☐ Estoy esperando un SSN de reemplazo y lo proporcionaré cuando llegue.
- ☐ Me olvidé de traer el SSN y lo proporcionaré dentro de los 30 días.
- ☐ Elijo no proporcionar el SSN porque _____

Firma del Padre / Tutor

Programas de Pre-K: Guarde este formulario en el archivo del estudiante en lugar de la copia de la tarjeta SS.

GENERAL RELEASE

I verify the above information to be correct and true. I hereby grant permission for the information provided in the preceding Registration Form to be distributed to Pre-K providers, the Department of Early Care and Learning (DECAL), and certain agencies or those entities contracted by Pre-K providers or DECAL which shall include, but not be limited to, the Georgia Department of Education, and colleges/universities.

SIGNATURE (Parent/Guardian): _____

DATE: _____

PHOTOGRAPH/VIDEOTAPE RELEASE

I hereby grant permission for the Pre-K provider specified below, the Georgia Department of Early Care and Learning (DECAL) and certain agencies or entities contracted by the Pre-K provider or DECAL which shall include, but not be limited to, the Georgia Department of Education, and colleges/universities, to record the participation and appearance of my child, _____, by photograph and/or videotape in connection with daily Pre-K activities for the purposes of news releases, reporting, and assessing the progress of children and the program. DECAL and its contractors are authorized to exhibit or distribute such photograph(s) and/or videotape in whole or in part without restrictions or limitations for any educational or promotional purpose that DECAL deems appropriate. Such photograph(s) and/or videotape may, for example, appear in printed or visual materials for DECAL and/or on DECAL's web site.

The undersigned hereby jointly and severally releases, acquits, forgives, and discharges the Pre-K provider, DECAL, and other entities contracted by the Pre-K provider or DECAL, from any actions, agreements, claims, controversies, demands, judgments, liabilities, proceedings, and suits, whether arising in equity or in law regarding such participation and appearance by said child.

This release shall remain binding upon all successors in interest and personal representatives of the parties, to the extent permitted by law.

PRE-K PROVIDER NAME/ADDRESS: _____

SIGNATURE (Parent/Guardian): _____

DATE: _____

Permiso General

Verifico que la antedicha información es correcta y cierta. Concedo por este medio el permiso para que la información proveída en esta forma de inscripción sea distribuida a los proveedores de Pre-K, al Departamento de Cuidado y Aprendizaje Tempranos (DECAL), y a ciertas agencias o entidades contratadas por los proveedores de Pre-K o DECAL, incluyendo pero no limitándose al Departamento de Educación del Estado de Georgia, a colegios/universidades.

FIRMA (PADRE/GUARDIÁN): _____

FECHA: _____

Autorización de Fotografía/Videograbación

Autorizo por este medio al proveedor de Pre-K especificado abajo, al Departamento de Cuidado y Aprendizaje Tempranos (DECAL), y a ciertas agencias o entidades contratadas por el proveedor de Pre-K o DECAL, incluyendo pero no limitándose al Departamento de Educación del Estado de Georgia, y colegios/universidades, a grabar la participación de mi niño(a), _____, por medio de la fotografía y/o la videograbación, en relación a las actividades diarias de Pre-K, para propósitos de medios de comunicación, informes y para la determinación del progreso de mi niño(a) y del programa. Autorizo a DECAL y a sus contratistas para exhibir o distribuir tales fotografía(s) y/o videograbacione(s) en su totalidad o en parte, sin restricciones o limitaciones, para cualquier propósito educativo o promocional que DECAL juzgue apropiado. Tal fotografía(s) y/o videograbacion(es) pueden, por ejemplo, aparecer en los materiales impresos o visuales para el sitio web de DECAL. El suscrito, en conjunto y separadamente, absuelve, libera, y exonera al proveedor de Pre-K y a DECAL, y a otras entidades contratadas por el proveedor de Pre-K o DECAL de cualesquiera acciones, acuerdos, demandas, controversias, enjuiciamientos, responsabilidades y procesos, ya sea que se presentan en equidad o en derecho, con respecto a la participación y apariencia del susodicho niño(a). Esta autorización seguirá en efecto sobre todos los sucesores en interés y los representantes personales de los interesados, hasta donde la ley permita.

El Nombre/la Dirección del Proveedor de Pre-K : _____

Firma (Padre/Guardián) : _____

Fecha : _____



This form is to be completed after school starts, not at the time of registration. **Please clearly print the name as it appears on the birth certificate.** *(Por favor escriba el nombre como aparece en el certificado de nacimiento.)*

TODAY'S DATE (M/D/Y): ____/____/____		
CHILD INFORMATION:		
Legal Last Name (<i>Apellido</i>):	Name Suffix (<i>Sufijo</i>) (Jr,II,III):	
Legal First Name (<i>Primer Nombre</i>):	Name Child is Called:	
Legal Middle Name (<i>Segundo Nombre</i>):		
Child's Social Security#	DOB (<i>Fecha de Nacimiento</i>) (M/D/Y): ____/____/____	Gender (<i>Sexo</i>): M ☐ F ☐
Date enrolled in Pre-K (M/D/Y): ____/____/____		
PARENT/GUARDIAN INFORMATION:		
Last Name:		First Name:
Relationship: Mother ☐ Father ☐ Grandparent ☐ Guardian ☐		

1. Is your child's ethnicity **Hispanic/Latino/Spanish Origin**, regardless of race? (*¿Es Ud. Hispano/Latino o de Origen Hispano, sin importar la raza?*)

☐ Yes (*Si*) ☐ No (*No*) ☐ Decline to Answer (*negarse a contestar*)

Please select **ONE OR MORE** of the following races regardless of how you answered question one. (**TODOS** deben seleccionar **UNA O MAS** de las siguientes razas sin importar cómo haya contestado la primera pregunta.)

2. Is your child:

☐ a. **White** – A person having origins in any of the original peoples of Europe, the Middle East, or North Africa. (**Blanco** – Una persona que tiene orígenes en los pueblos provenientes de Europa, el Medio Oriente, o Africa del Norte).

☐ b. **Asian** – A person having origins in any of the original peoples of the Far East, Southeast Asia, or the Indian subcontinent including Cambodia, China, India, Japan, Korea, Malaysia, Pakistan, the Philippine Islands, Thailand, and Vietnam. (**Asiática** – Una persona con orígenes en los pueblos provenientes del Lejano Oriente, Suroeste de Asia, o el subcontinente Hindú incluyendo, a Cambodia, China, India, Japón, Corea, Malasia, Pakistán, Las Filipinas, Tailandia, y Vietnam.)

☐ c. **Native Hawaiian or Other Pacific Islander** – A person having origins in any of the original peoples of Hawaii, Guam, Samoa, or other Pacific Islands. (**Nativo de Hawaii u Otra Isla del Pacífico** – Una persona con orígenes en los pueblos provenientes de Hawaii, Guam, Samoa, u otra Isla del Pacífico.)

☐ d. **Black or African American** – A person having origins in any of the Black racial groups of Africa. (**Negro o Afro Americano** – Una persona con orígenes en los pueblos provenientes del Africa o en grupo racial Negro.)

☐ e. **American Indian or Alaskan Native** – A person having origins in any of the original peoples of North and South America including Central America, who maintains a tribal affiliation or community attachment. (**Indio Americano o Nativo de Alaska** – Una persona con orígenes en los pueblos provenientes de América Del Norte y del Sur, incluyendo América Central, que mantiene una afiliación tribal o comunitaria.)

☐ f. **Decline to Answer** (*negarse a contestar*)

3. What is your child's primary language? (*¿Cuál es el idioma primario de su hijo(a)?*)

☐ English (*Inglés*)

☐ A language other than English (*Un idioma diferente al Inglés*)

4. Was your child born as a: (*El parto en que Ud. tuvo a su hijo(a) fue de:*)

☐ Single Birth (1) (*Un sólo niño*)

☐ Twin (2) (*De mellizos*)

☐ Triplet (3) (*De trillizos*)

☐ Quadruplet (4) (*De cuatrillizos*)

☐ Quintuplet (5) (*De quintuples*)

5. Does your child have an Individualized Education Plan (IEP)? (*¿Tiene su hijo(a) un Plan de Educación Individualizada (IEP)?*)

☐ Yes (*Si*) ☐ No (*No*)

6. Does your child receive any of the following services? (*¿Recibe su hijo(a) alguno de estos servicios?*)

☐ Childcare and Parent Services (CAPS) (child care subsidy program)

☐ Food Stamps (*Cupones de Alimentos*)

☐ SSI

☐ Medicaid

☐ Temporary Assistance for Needy Families (TANF)

7. Will the Pre-K center be providing transportation for your child? (*¿Recibirá su hijo(a) transporte en el Centro donde va a asistir a Pre-K?*)

☐ Yes (*Si*) ☐ No (*No*)

Parent/Guardian Signature

Date

Este formulario debe completarse después de que comiencen las clases, no en el momento de la inscripción. **Escriba claramente** el nombre tal como aparece en el certificado de nacimiento

Fecha de hoy (M/D/A):		
INFORMACIÓN DEL NIÑO:		
Apellido legal:		Sufijo de nombre (Jr, II, III):
Primer nombre legal:		
Segundo nombre legal:		
Número de seguro social del niño:	Fecha de nacimiento (M/D/A):	Género [] M [] F
Fecha de inscripción en Pre-K (M/D/A):		
Si es diferente al acta de nacimiento, el nombre como se llama al estudiante:		
INFORMACIÓN DE GUARDIÁN:		
APELLIDO LEGAL:	PRIMER NOMBRE Legal:	INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE:
RELACIÓN: Madre ☐ Padre ☐ Abuelo(a) ☐ Guardian ☐		

1. ¿Es Ud. *Hispano/Latino o de Origen Hispano*, sin importar la raza?

☐ Si ☐ No

Prefiero no contestar ☐

Por favor seleccione **UNA O MÁS** de las siguientes razas independientemente de cómo haya respondido a la pregunta uno. (TODOS deben seleccionar UNA O MAS de las siguientes razas sin importar cómo hayan contestado la primera pregunta.)

2. Su hijo es:

- ☐ **a. Blanco:** una persona que tiene sus orígenes en cualquiera de los pueblos originarios de Europa, Oriente Medio o África del Norte.
- ☐ **b. Asiático:** una persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos originales del Lejano Oriente, el sudeste de Asia o el subcontinente indio, incluidos Camboya, China, India, Japón, Corea, Malasia, Pakistán, las Islas Filipinas, Tailandia y Vietnam.
- ☐ **c. Nativo de Hawái o de otras islas del Pacífico:** persona que tiene sus orígenes en cualquiera de los pueblos originarios de Hawái, Guam, Samoa u otras islas del Pacífico.
- ☐ **d. Negro o afroamericano:** una persona que tiene orígenes en cualquiera de los grupos raciales negros de África
- ☐ **e. Indio americano o nativo de Alaska:** una persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos originales de América del Norte y del Sur, incluida América Central, que mantiene una afiliación tribal o un vínculo comunitario.
- ☐ **f. Prefiero no contestar**

3. ¿Cuál es el idioma primario de su hijo(a)?

- ☐ Inglés
- ☐ Un idioma diferente al Inglés)

4. ¿Nació tu hijo(a) como:

- ☐ Un sólo niño (1)
- ☐ De mellizos (2)
- ☐ De trillizos (3)
- ☐ De cuatrillizos (4)
- ☐ De quintuples (5)

5. ¿Tiene su hijo un Plan de educación individualizado (IEP)?

☐ Si ☐ No

6. ¿Su hijo recibe alguno de los siguientes servicios?

- ☐ Programa de subsidio de cuidado infantil (CAPS)
- ☐ Cupones de Alimentos (Food Stamps)
- ☐ SSI
- ☐ Asistencia temporal para familias necesitadas (TANF)
- ☐ Medicaid

7. ¿El centro de prekínder proporcionará transporte para su hijo?

☐ Si ☐ No

FIRMA (PADRE/GUARDIÁN)

Fecha



Please write the school year in the box →

Pre-K Registration Form

School Year

PROVIDER LEGAL NAME:	(This section to be completed by the provider)
SCHOOL/SITE NAME:	

CHILD INFORMATION		(Please print name exactly as it appears on the birth certificate.)	
CHILD'S LAST NAME:			
CHILD'S FIRST NAME:			
CHILD'S MIDDLE NAME:		NAME SUFFIX:	(i.e. Jr, Sr, II, III)
CHILD'S SOCIAL SECURITY#:		D.O.B. (MM/DD/BY):	SEX: []M []F
HOME ADDRESS (Do not enter PO Box Info):		COUNTY:	
CITY:	STATE: GA	ZIP:	HOME PHONE: ()

If the Student is transferring from another Pre-K, please provide the following:

Previous School Name: _____ Last Date in Attendance: _____

PARENT/GUARDIAN INFORMATION		
Parent/Guardian #1 - LAST NAME:	FIRST:	MIDDLE INITIAL:
Home Address (If different from child):		
City:	State:	Zip:
Home Phone: ()	Cell Phone: ()	
Email Address:		
Place of Employment:	Work Phone: ()	
Address:		
City:	State:	Zip:
Parent/Guardian #2 - LAST NAME:	FIRST:	MIDDLE INITIAL:
Home Address (If different from child):		
City:	State:	Zip:
Home Phone: ()	Cell Phone: ()	
Email Address:		
Place of Employment:	Work Phone: ()	
Address:		
City:	State:	Zip:

EMERGENCY CONTACT INFORMATION (Persons to contact in the event that either parent/guardian cannot be contacted)				
NAME	RELATIONSHIP	CELL PHONE	ALTERNATE PHONE	EMAIL
1.				
2.				

I verify the above information to be correct, and I understand that completion of this form does not guarantee placement in a Pre-K class. If my child is placed in Georgia's Pre-K Program, I agree that my child will attend the program for the required number of hours and days as prescribed by the Georgia Department of Early Care and Learning and outlined by the center where my child is enrolled. I understand that failure to comply with these attendance requirements could result in disenrollment. I understand that I cannot register my child without appropriate age documentation. I have attached a copy of appropriate age documentation to this registration form.

Signature Parent/Guardian: _____ **DATE:** _____

CHILD MAINTENANCE			
CHILD'S LIVING ARRANGEMENTS: ☐ BOTH PARENTS ☐ MOTHER ☐ FATHER ☐ OTHER			
CHILD'S LEGAL GUARDIAN: ☐ BOTH PARENTS ☐ MOTHER ☐ FATHER ☐ OTHER			
THE CHILD MAY BE RELEASED TO THE PERSON(S) SIGNING THIS AGREEMENT OR TO THE FOLLOWING:			
<u>NAME</u>	<u>ADDRESS</u>	<u>RELATIONSHIP</u>	<u>CELL PHONE</u>
1.			
2.			
3.			
4.			
CHILD'S PHYSICIAN OR CLINIC'S NAME (CHILD'S PRIMARY HEALTH SOURCE): _____.			
DATE OF LAST FULL HEALTH SCREENING: _____		PHONE: () _____	
MY CHILD HAS THE FOLLOWING SPECIAL NEED(S):			
THE FOLLOWING SPECIAL ACCOMMODATION(S) MAY BE REQUIRED TO MOST EFFECTIVELY MEET MY CHILD'S NEEDS WHILE AT THIS CENTER:			
MY CHILD IS CURRENTLY ON MEDICATION(S) PRESCRIBED FOR LONG-TERM CONTINUOUS USE AND/OR HAS THE FOLLOWING PRE-EXISTING ALLERGIES, ILLNESS, OR HEALTH CONCERNS:			

MANTENIMIENTO DEL NIÑO(A)

ARREGLOS DE VIVIENDA DEL NIÑO(A): () AMBOS PADRES () MADRE () PADRE () OTROS ARREGLOS

GUARDIÁN LEGAL DEL NIÑO(A): () AMBOS PADRES () MADRE () PADRE () OTROS ARREGLOS

ADEMAS DE LOS FIRMANTES DE ESTE ACUERDO, LAS SIGUIENTES PERSONAS PUEDEN RECOGER A MI NIÑO(A) :
NOMBRE DIRECCIÓN RELACIÓN

NOMBRE DEL MÉDICO O DE LA CLÍNICA DEL NIÑO(A) (PROVEEDOR PRIMARIO DE SERVICIOS DE SALUD DEL NIÑO(A)):

FECHA DE LA ÚLTIMA REVISIÓN MÉDICA:

TELÉFONO: ()

MI NIÑO(A) TIENE LA(S) SIGUIENTE(S) NECESIDAD(ES) ESPECIAL(ES):

MI NIÑO PUEDE NECESITAR LO(S) SIGUIENTE(S) AJUSTES ESPECIALES PARA SATISFACER SUS NECESIDADES EFECTIVAMENTE MIENTRAS ASISTE A ESTE CENTRO:

MI NIÑO(A) ESTÁ TOMANDO MEDICAMENTO(S) RECETADO(S) A LARGO PLAZO Y PARA USO CONTINUO Y/O TIENE LAS SIGUIENTES ALERGIAS, ENFERMEDADES, O PROBLEMAS DE SALUD:

GENERAL RELEASE

I verify the above information to be correct and true. I hereby grant permission for the information provided in the preceding Registration Form to be distributed to Pre-K providers, the Department of Early Care and Learning (DECAL), and certain agencies or those entities contracted by Pre-K providers or DECAL which shall include, but not be limited to, the Georgia Department of Education, and colleges/universities.

SIGNATURE (Parent/Guardian): _____

DATE: _____

PHOTOGRAPH/VIDEOTAPE RELEASE

I hereby grant permission for the Pre-K provider specified below, the Georgia Department of Early Care and Learning (DECAL) and certain agencies or entities contracted by the Pre-K provider or DECAL which shall include, but not be limited to, the Georgia Department of Education, and colleges/universities, to record the participation and appearance of my child, _____, by photograph and/or videotape in connection with daily Pre-K activities for the purposes of news releases, reporting, and assessing the progress of children and the program. DECAL and its contractors are authorized to exhibit or distribute such photograph(s) and/or videotape in whole or in part without restrictions or limitations for any educational or promotional purpose that DECAL deems appropriate. Such photograph(s) and/or videotape may, for example, appear in printed or visual materials for DECAL and/or on DECAL's web site.

The undersigned hereby jointly and severally releases, acquits, forgives, and discharges the Pre-K provider, DECAL, and other entities contracted by the Pre-K provider or DECAL, from any actions, agreements, claims, controversies, demands, judgments, liabilities, proceedings, and suits, whether arising in equity or in law regarding such participation and appearance by said child.

This release shall remain binding upon all successors in interest and personal representatives of the parties, to the extent permitted by law.

PRE-K PROVIDER NAME/ADDRESS: _____

SIGNATURE (Parent/Guardian): _____

DATE: _____

Permiso General

Verifico que la antedicha información es correcta y cierta. Concedo por este medio el permiso para que la información proveída en esta forma de inscripción sea distribuida a los proveedores de Pre-K, al Departamento de Cuidado y Aprendizaje Tempranos (DECAL), y a ciertas agencias o entidades contratadas por los proveedores de Pre-K o DECAL, incluyendo pero no limitándose al Departamento de Educación del Estado de Georgia, a colegios/universidades.

FIRMA (PADRE/GUARDIÁN): _____

FECHA: _____

Autorización de Fotografía/Videgrabación

Autorizo por este medio al proveedor de Pre-K especificado abajo, al Departamento de Cuidado y Aprendizaje Tempranos (DECAL), y a ciertas agencias o entidades contratadas por el proveedor de Pre-K o DECAL, incluyendo pero no limitándose al Departamento de Educación del Estado de Georgia, y colegios/universidades, a grabar la participación de mi niño(a), _____, por medio de la fotografía y/o la videgrabación, en relación a las actividades diarias de Pre-K, para propósitos de medios de comunicación, informes y para la determinación del progreso de mi niño(a) y del programa. Autorizo a DECAL y a sus contratistas para exhibir o distribuir tales fotografía(s) y/o videgrabacione(s) en su totalidad o en parte, sin restricciones o limitaciones, para cualquier propósito educativo o promocional que DECAL juzgue apropiado. Tal fotografía(s) y/o videgrabacion(es) pueden, por ejemplo, aparecer en los materiales impresos o visuales para el sitio web de DECAL. El suscrito, en conjunto y separadamente, absuelve, libera, y exonera al proveedor de Pre-K y a DECAL, y a otras entidades contratadas por el proveedor de Pre-K o DECAL de cualesquiera acciones, acuerdos, demandas, controversias, enjuiciamientos, responsabilidades y procesos, ya sea que se presentan en equidad o en derecho, con respecto a la participación y apariencia del susodicho niño(a). Esta autorización seguirá en efecto sobre todos los sucesores en interés y los representantes personales de los interesados, hasta donde la ley permita.

El Nombre/la Dirección del Proveedor de Pre-K : _____

Firma (Padre/Guardián) : _____

Fecha : _____

STUDENT REGISTRATION FORM

Sumter County Schools Americus, Georgia

This information you are about to provide is very important and must be as accurate as possible. If you do not understand **any** section of this form or are not sure what information should be entered, please ask a school official before moving to the next question.

Student Legal Last Name	Student Legal First Name	Student Legal Middle Name	Called Name-Nick Name
Student Date of Birth / /		Age	Student SSN - -
		Gender (Circle One) Male / Female	

Is Student Hispanic/Latino? (A person of Cuban, Mexican, Puerto Rican, Cuban, South or Central American, or other Spanish culture or origin, regardless of race.) ☐ **NO, not Hispanic/Latino** ☐ **YES, Hispanic/Latino**

What is the student's race? (Check all that apply)

☐	American Indian or Alaska Native (A person having origins in any of the original peoples of North and South America, including Central America, and who maintains tribal affiliation or community attachment.)
☐	Asian (A person having origins in any of the original people of the Far East, Southeast Asia, or the Indian subcontinent including, for example, Cambodia, China, India, Japan, Korea, Malaysia, Pakistan, the Philippine Islands, Thailand, and Vietnam.)
☐	Black or African American (A person having origins in any of the black racial groups of Africa.)
☐	Native Hawaiian or Other Pacific Islander (A person having origins in any of the original peoples of Hawaii, Guam, Samoa, or other Pacific Islands.)
☐	White (A person having origins in any of the original peoples of Europe, the Middle East, or North Africa.)

Will this student ride a school bus? ☐ Yes ☐ No AM Bus # _____ PM Bus # _____

Car rider? ☐ Yes ☐ No Walker? ☐ Yes ☐ No

Primary Household Resident Information

House #	Street Name (include Ave, St, Rd, Cir, Dr, etc.)	Apartment # or Lot #	
City	State	Zip	Home Phone Number (with Area Code)

Mailing Address Information (If different than Resident Address)

House #	Street Name (include Ave, St, Rd, Cir, Dr, etc.)	Apartment # or Lot #	P.O. Box
City		State	Zip

FORMA DE REGISTRO DEL ESTUDIANTE

Escuelas del Condado de Sumter Americus, Georgia

Esta información que usted está a punto de proporcionar es muy importante y debe ser tan exacta como sea posible. Si usted no entiende ninguna sección de esta forma, o no está seguro de qué información debe proporcionar, por favor pregunte a un funcionario de la escuela antes de pasar a la pregunta siguiente.

Apellido del estudiante	Nombre legal del estudiante	Segundo nombre del estudiante	Sobrenombre	
Fecha de nacimiento del estudiante / /		Edad	No. Seguro Social - -	Género (marque uno) Masculino / Femenino

¿El estudiante es hispano/latino? (Una persona cubana, mexicana, puertorriqueña, de Sudamérica o Centroamérica u otra cultura de origen española, sin importar la raza.)
No _____ hispano/latino Si _____ hispano/latino

¿Cuál es la raza del estudiante? (Marque toda aquella que aplique)

☐ Indoamericano o nativo de Alaska (Persona que tiene orígenes de la gente nativa de Norte y Sudamérica, incluyendo Centroamérica, y que mantiene afiliación tribal o comunidad.)
☐ Asiático (Persona que tiene orígenes de la gente original del lejano Oriente, Asia Sur-Oriental, o el subcontinente Indio, incluyendo por ejemplo, Camboya, China, la India, Japón, Corea, Malasia, Paquistán, las Islas Filipinas, Tailandia, y Vietnam.)
☐ Afroamericano o negro (Persona que tiene orígenes de cualquier grupos raciales negro o de África.)
☐ Nativo hawaiano u de otra isla del Pacífico (Persona que tiene orígenes de los nativos de Hawái, Guam, Samoa, o de otras islas pacíficas.)
☐ Blanco (Persona que tiene orígenes de la gente original de Europa, Medio Oriente o de África del norte.)

¿El/la estudiante viajará en un autobús escolar? Si _____ No _____

Número de autobús matutino _____ Número de autobús vespertino _____

¿Transporte familiar? Si _____ No _____ ¿Caminante? Si _____ No _____

Información sobre Dirección Principal del Residente

Casa #	Nombre de la calle (incluya las abreviaciones pertinentes)	No. de departamento o lote	
Ciudad	Estado	Código Postal	Número Telefónico de casa

Información de la dirección que envía (si es diferente que la dirección residente)

Casa #	Nombre de la calle (incluya las abreviaciones pertinentes)	Apartamento # o porción #	P.O. Caja
Ciudad		Estado	Código Postal

Head of Household

(These Guardians are the ones with whom this student lives primarily)

Male Guardian Last Name	Male Guardian First Name	Middle Name	Relationship to Student
Home Phone (Include Area Code)		Cell Phone (Include Area Code)	Work Phone (Include Area Code)
Employer	Occupation	Active Military? ☐ Yes ☐ No	
Should this Person Receive School Mailings, Emails and Phone Calls about this Student? ☐ Yes ☐ No			
Should this Person have access to the Parent Portal for grades, attendance, etc. for this student? ☐ Yes ☐ No			
Email Address			
Home Language: ☐ English ☐ Spanish ☐ Other (please indicate)			

Female Guardian Last Name	Female Guardian First Name	Middle Name	Relationship to Student
Home Phone (Include Area Code)		Cell Phone (Include Area Code)	Work Phone (Include Area Code)
Employer	Occupation	Active Military? ☐ Yes ☐ No	
Should this Person Receive School Mailings, Emails and Phone Calls about this Student? ☐ Yes ☐ No			
Should this Person have access to the Parent Portal for grades, attendance, etc. for this student? ☐ Yes ☐ No			
Email Address			
Home Language: ☐ English ☐ Spanish ☐ Other (please indicate)			

Marital Status of Parent: ☐ Married ☐ Divorced ☐ Widowed ☐ Other (explain)
Legal Custody of Student: ☐ Both Parents ☐ Mother ☐ Father ☐ Foster Care ☐ Other (explain)
Student Lives With: ☐ Both Parents ☐ Mother ☐ Father ☐ Foster Care ☐ Other (explain)

Cabeza de familia

(Estos tutores o guardianes son con quiénes vive este estudiante)

Varón Apellido del padre o tutor	Varón Nombre del padre o tutor	Relación con el estudiante
Teléfono casero (incluya el código de área)	Teléfono celular (incluya el código de área)	Teléfono del trabajo (incluya el código de área)
Empleador (Trabajo)		Ocupación
¿Esta persona debe recibir correos de la escuela, emails y llamadas telefónicas sobre este estudiante? ☐ Si ☐ No		
¿Esta persona debe tener acceso al programa Portal para ver calificaciones, asistencias, etc. del estudiante? ☐ Si ☐ No		
¿En caso de aceptar, cuál es su dirección email?		
Hembra Apellido de la madre o tutora	Hembra Nombre de la madre o tutora	Relación con el estudiante
Teléfono casero (incluya el código de área)	Teléfono celular (incluya el código de área)	Teléfono del trabajo (incluya el código de área)
Empleador (Trabajo)		Ocupación
¿Esta persona debe recibir correos de la escuela, emails y llamadas telefónicas sobre este estudiante? ☐ Si ☐ No		
¿Esta persona debe tener acceso al programa Portal para ver calificaciones, asistencias, etc. del estudiante? ☐ Si ☐ No		
¿En caso de aceptar, cuál es su dirección email?		
Estado civil del padre: ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ Viudo ☐ Otro (explique)		
Custodia legal del estudiante: ☐ Ambos padres ☐ Madre ☐ Padre ☐ Orfanato ☐ Otro (explique)		
El estudiante vive con: ☐ Ambos padres ☐ Madre ☐ Padre ☐ Orfanato ☐ Otro (explique)		

Preferencias primarias sobre Mensajería (comunicación) hacia el hogar

(Marque el recuadro para cada tipo de dispositivo y mensaje que desea recibir)

Idioma de preferencia	Inglés ☐	Español ☐		
	Mensajes de alta prioridad	Mensajes sobre la asistencia escolar	Mensajes sobre el comportamiento	Mensajes en general
Teléfono casero	☐	☐	☐	☐
Teléfono del trabajo	☐	☐	☐	☐
Teléfono celular	☐	☐	☐	☐
Email	☐	☐	☐	☐

Secondary Household

(Shared parenting Responsibility – Second Mailing Information and Other Guardian Information)

Male Guardian Last Name	Male Guardian First Name	Middle Name	Relationship to Student
Home Phone (Include Area Code)		Cell Phone (Include Area Code)	Work Phone (Include Area Code)
Employer	Occupation	Active Military? ☐ Yes ☐ No	
Should this Person Receive School Mailings, Emails and Phone Calls about this Student? ☐ Yes ☐ No			
Should this Person have access to the Parent Portal for grades, attendance, etc. for this student? ☐ Yes ☐ No			
Email Address			
Home Language: ☐ English ☐ Spanish ☐ Other (please indicate)			

Female Guardian Last Name	Female Guardian First Name	Middle Name	Relationship to Student
Home Phone (Include Area Code)		Cell Phone (Include Area Code)	Work Phone (Include Area Code)
Employer	Occupation	Active Military? ☐ Yes ☐ No	
Should this Person Receive School Mailings, Emails and Phone Calls about this Student? ☐ Yes ☐ No			
Should this Person have access to the Parent Portal for grades, attendance, etc. for this student? ☐ Yes ☐ No			
Email Address			
Home Language: ☐ English ☐ Spanish ☐ Other (please indicate)			

**List all names that we should know about, that should have NO contact with this student?
Supporting Legal Documentation must be provided to the school.**

Name: _____ Relationship: _____

Name: _____ Relationship: _____

Reason: _____

Dirección de casa alterna o secundaria

(Responsabilidad Paternal Compartida - Información de Mensajería Alterna y otra información del padre o tutor)

Varón Apellido del padre o tutor	Varón Nombre del padre o tutor	Relación con el estudiante
Teléfono casero (incluya el código de área)	Teléfono celular (incluya el código de área)	Teléfono del trabajo (incluya el código de área)

	Empleador	Ocupación	
--	-----------	-----------	--

¿Esta persona debe recibir correos de la escuela, emails y llamadas telefónicas sobre este estudiante? ☐ Si ☐ No

¿Esta persona debe tener acceso al programa Portal para ver calificaciones, asistencias, etc. del estudiante? ☐ Si ☐ No

¿En caso de aceptar, cuál es su dirección email?

Hembra Apellido de la madre o tutora	Hembra Nombre de la madre o tutora	Relación con el estudiante
Teléfono casero (incluya el código de área)	Teléfono celular (incluya el código de área)	Teléfono del trabajo (incluya código de área)

	Empleador	Ocupación	
--	-----------	-----------	--

¿Esta persona debe recibir correos de la escuela, emails y llamadas telefónicas sobre este estudiante? ☐ Si ☐ No

¿Esta persona debe tener acceso al programa Portal para ver calificaciones, asistencias, etc. del estudiante? ☐ Si ☐ No

¿En caso de aceptar, cuál es su dirección email?

Preferencias secundarias sobre Mensajería (comunicación) hacia el hogar

(Marque el recuadro para cada tipo de dispositivo y mensaje que desea recibir)

Idioma de preferencia	Inglés ☐	Español ☐		
	Mensajes de prioridad Alta	Mensajes sobre la asistencia escolar	Mensajes sobre el comportamiento	Mensajes en general
Teléfono casero				
Teléfono del trabajo				
Teléfono de la celular				
Email				

¿Enliste todos los nombres que debamos saber de personas que no deben tener NINGÚN contacto con este estudiante? Documentación legal de soporte se debe proporcionada a la escuela.

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Other

Place of Birth Information:			
Country of Birth	City of Birth	State of Birth	County of Birth
Date First Entered USA School if not born in USA		Date Entered Ninth Grade First Time (High Schools Only)	
First Language Learned	Language Spoken Most Often	Language Spoken at Home	

Last School Attended:	In what state?	Year(s) attended:	Dates attended:
Has student received 504 Accommodations? ☐ Yes ☐ NO		If "yes", when?	If "yes", what area?

Has student attended a Special Education program? ☐ Yes ☐ No	If "yes", when?	If "yes", what area of Special Education?
Has student attended Limited English Proficiency Program? ☐ Yes ☐ NO	If "yes", when?	

Students who live in this household and attend Sumter County Schools:

Last Name	First Name	Birth Date	Gender	School	Relationship to Student

Emergency Contact (other than Parent)	Emergency Contact Phone (include Area Code)	Relationship to Student

~~List below the person/persons you give permission to pick up this student from school in case a Parent/Guardian can't pick up this student.~~

Name: _____ Relationship: _____ Phone: _____

Name: _____ Relationship: _____ Phone: _____

Name: _____ Relationship: _____ Phone: _____

Name: _____ Relationship: _____ Phone: _____

Información complementaria

Información del lugar de nacimiento:				
País de nacimiento	Ciudad de nacimiento	Estado (provincia) de nacimiento	Condado /municipio de nacimiento	
Primer fecha de ingreso a la escuela en los EE.UU. si no ha nacido en EE.UU.		Fecha de la primera vez en ingresar a 9º grado (Bachillerato/preparatoria)		
Primera lengua aprendida	Idioma hablado regularmente		Idioma hablado en el país de origen	
Última escuela atendida:	¿En qué estado?	Años atendidos:	Fechas de asistencia:	
¿El estudiante ha recibido adecuaciones 504? ☐ Si ☐ No		¿Si "sí", cuándo?	¿Si "sí", en qué área?	
¿El estudiante ha atendido programas de educación especial? ☐ Si ☐ No		¿Si "sí", cuándo?	¿Si "sí", qué área de educación especial?	
¿El estudiante ha atendido programas sobre habilidad de inglés limitado? ☐ Si ☐ No		¿Si "sí", cuándo?		

Estudiantes que viven en esta casa y asisten a escuelas del Condado de Sumter:

Apellido	Nombre	Fecha de nacimiento	Género	Escuela	Relación con el estudiante

Contacto de emergencia (con excepción de padre)	Teléfono del contacto de emergencia (incluya el código de área)	Relación con el estudiante

Liste a continuación, la persona (s) a quien (es) usted autoriza recoger a este estudiante de la escuela, en caso de que un padre o tutor no pueda hacerlo.

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

Sumter County School System Nurse Form

SS#: _____ DATE OF ENTRY _____

Grade _____ Teacher _____

Child's Name _____

Birthdate _____ Sex _____ Race _____

Child Lives with _____ Mother _____ Father _____ Both _____ Guardian/Other _____

Child's Home Address _____

Mother's Name _____ Home Phone _____

Mother's Address _____

Mother's Employer _____ Work Phone _____

Father's Name _____ Home Phone _____

Father's Address _____

Father's Employer _____ Work Phone _____

Emergency Contacts: Please list names, relationships, and phone numbers of persons to contact in case we cannot reach the parents. These persons will be asked to pick up your child from school if we cannot reach you.

NAME	RELATIONSHIP	TELEPHONE
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

In the event that no one can be reached, the school will contact other emergency services such as 911, DFACS, or law enforcement. Fees for services to transport a student to the hospital and hospital emergency fees are the responsibility of the parent/guardian.

****Please fill out both sides****

Sistema Escolar/Educativo del Condado de Sumter
Formato de Servicio de Enfermería

Número de Seguro Social: ____ -- ____ -- ____ Fecha de ingreso ____
Mes/Día/Año

Grado Escolar ____ Maestro (a) Asesor ____

Nombre del Alumno ____
(Apellido) (Nombre) (Inicial del Segundo Nombre)

Fecha de Nacimiento ____ Género ____ Raza ____
Mes/Día/Año

El alumno (a) vive con:

Ambos padres ____ Madre ____ Padre ____ Tutor u otra persona ____

Dirección del hogar del alumno ____

Nombre de la madre ____ No. Telefónico ____

Dirección de la madre ____

Empleador de la madre (Trabajo) ____ No. Tel. Trabajo ____

Nombre del padre ____ No. Telefónico ____

Dirección del padre ____

Empleador del padre (Trabajo) ____ No. Tel. Trabajo ____

Contactos de Emergencia: Favor de listar los nombres, relación y números de las personas a contactar en caso de no poder localizar a los padres. Se le pedirá a una de estas personas, recoger a su hijo en caso de no contactarlo (a) a Usted.

Nombre	Relación	Teléfono
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

En caso de que ninguna persona sea contactada, la Escuela contactará otros servicios de emergencia como el 911, DFACS o la aplicación de la ley. Los costos por servicios de transportación del estudiante a un hospital, y los costos por emergencias hospitalarias son responsabilidad de los padres o tutores.

****Favor de completar la forma por ambos lados ****

CONSENT FOR MEDICAL TREATMENT

_____ **YES**, I give permission for my child to be seen by the school nurse for any health problem or complaint that may arise at school.

_____ **NO**, I do not wish for my child to be seen by the school nurse for any health problem or complaint that may arise at school.

If needed, I am authorizing the school nurse to give: (Please check)

_____ Children's Tylenol (Headache, Fever, Pain)

_____ Children's Mylanta Tums/Pepto Bismol (Stomachache)

_____ Neosporin (Cuts and scrapes)

_____ Cough Drops/Lozenges (Sore throat, cough)

_____ Eye Drops, Saline (Irrigation)

_____ Anbesol, Orajel (Toothache and Mouth Sores)

_____ Benadryl spray/cream or Calamine Lotion (Itching, bug-bites, skin irritations)

_____ Nutritional, dental, vision, and hearing screenings

_____ Robitussin (for cough)

GENERAL HEALTH

	YES	NO		YES	NO
Heart problems	_____	_____	Fainting Spells	_____	_____
Diabetes	_____	_____	Kidney problems	_____	_____
Menstrual Cramps	_____	_____	Asthma	_____	_____
Sickle Cell	_____	_____	Epilepsy	_____	_____
Allergies	_____	_____			
If so, type of allergies	_____				

Physical Handicaps _____
 If yes, please explain _____ Other _____

In case of serious illness/injury, the school will render first aid as prescribed by the School Board regulations while contacting the parent or designated other. If neither the parent nor the designee can be reached and the situation is very serious, the school will telephone the County Medical Emergency Unit (911) for immediate transportation to an emergency treatment hospital. Fees for services will be the responsibility of the parent/guardian.

Parent's Signature _____ Date _____

* Reminder: All school nurse supplies and medications listed above are donated and therefore limited in nature. Children needing any of the above medications on a regular basis will need to provide the school with the medicine labeled properly and a permission note including the time next dose is due. Parents of students that are seen on a frequent basis will receive a note informing them of this and any needs that need to be addressed regarding the student.

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO DE ENFERMERIA

Si, otorgo el permiso para que me hijo (a) sea revisado por la enfermería de la escuela en caso de cualquier problema de salud o enfermedad que pueda surgir en la escuela.

No, no deseo que mi hijo (a) sea revisado por la enfermería escuela en caso de cualquier problema de salud o enfermedad que pueda surgir en la escuela.

En caso de ser necesario, autorizo a la enfermería el proporcionarle estos medicamentos: (Por favor marque)

Tylenol infantil (Dolor, dolor de cabeza, fiebre)

Mylanta Tums infantil/Pepto Bismol (dolor de estomago/diarrea)

Neosporin (Cortaduras y raspones)

Gotas para Tos/Lozenges (Dolor de garganta, tos)

Gotas para los ojos, Saline (Irritación)

Anbesol, Orajel (Dolor de muelas/dientes y dolor bucal)

Benadryl spray/crema o Calamine loción (Comezón, irritación, picaduras de insectos)

Revisión nutricional, dental, ocular y auditiva

Robitussin (Tos)

SALUD EN GENERAL

	SI	NO		SI	NO
Problemas del cardiacos	_____	_____	Desmayos	_____	_____
Diabetes	_____	_____	problemas	_____	_____
Cólicos menstruales	_____	_____	Asma	_____	_____
Anemia celular	_____	_____	Epilepsia	_____	_____
Alergias	_____	_____			

En caso de alergias, mencione de que tipo: _____

Discapacidad fisica _____

En caso de discapacidad, explique _____

Otras _____

En caso de lesiones o enfermedades graves la escuela brindará primeros auxilios de acuerdo a lo preestablecido en las regulaciones del Consejo de Educación, mientras se contacta a los padres u otra persona designada.

Si ninguno de los padres o contacto de emergencia puede ser localizado en situaciones sumamente delicadas, la escuela llamará a la Unidad de Emergencia Medica del Condado (911) para asistencia inmediata y tratamiento en un hospital.

Los costos de los servicios médicos serán responsabilidad de los padres o tutores

Firma del Padre _____ Fecha _____

* Recordatorio: Todas las provisiones de la enfermería escolar y medicamentos listados anteriormente son donados y por ello limitados. Los estudiantes que necesiten con regularidad algún medicamento mencionado en la parte superior tendrán que brindar a la escuela receta medica, medicine con etiqueta correspondiente, dosis y horario de ingestión. Los padres de los estudiantes que vemos con regularidad recibirán una nota informándoles sobre lo antes mencionado y cualquier necesidad que requiera ser tratada sobre el estudiante.



Richard Woods, Georgia's School Superintendent
"Educating Georgia's Future"

School District: _____

Date: _____

Parent Occupational Survey

Please complete this form to determine if your child(ren) qualify to receive supplemental services under Title I, Part C

Name of Student(s)	Name of School	Grade
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

1. Has anyone in your household moved in order to work in another city, county, or state, in the last three (3) years? ☐ Yes ☐ No
2. Has anyone in your household been involved in one of the following occupations, either full or part-time or temporarily during the last three (3) years? ☐ Yes ☐ No

If you answer "yes", check all that applies:

- ☐ 1) Planting/picking vegetables (such as tomatoes, squash, onions) or fruits (such as grapes, strawberries, blueberries)
- ☐ 2) Planting, growing, cutting, processing trees (pulpwood), or raking pine straw
- ☐ 3) Processing/packing agricultural products
- ☐ 4) Dairy/Poultry/Livestock
- ☐ 5) Meatpacking/Meat processing/Seafood
- ☐ 6) Fishing or fish farms
- ☐ 7) Other (Please specify occupation): _____

Names of Parent(s) or Legal Guardian(s) _____

Current Address: _____

City: _____ State: _____ Zip Code: _____ Phone: _____

Thank You!

Please return this form to the school

Please maintain original copy in your files.

MEP funded school/district: Please give this form to the migrant liaison or migrant contact for your school/district.

Non-MEP funded (consortium) school/districts: When at least one "yes" and one or more of the boxes from 1 to 7 is/are checked, districts should fax occupational surveys to the Regional Migrant Education Program Office serving your district. For additional questions regarding this form, please call the MEP office serving your district:

GaDOE Region 1 MEP, P.O. Box 780, 201 West Lee Street, Brooklet, GA 30415
Toll Free (800) 621-5217 Fax (912) 842-5440

GaDOE Region 2 MEP, 221 N. Robinson Street, Lenox, GA 31637
Toll Free (866) 505-3182 Fax (229) 546-3251

Regional Office use only: ☐



Richard Woods, Georgia's School Superintendent
"Educating Georgia's Future"

Distrito Escolar: _____

Fecha: _____

Encuesta Ocupacional para Padres
Favor de completar este formulario para ayudarnos a determinar si su(s) hijo(s) califica(n) para recibir servicios suplementarios de parte del Programa de Título I, Parte C

Nombre del/los Estudiante(s)	Nombre de la Escuela	Grado
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

1. ¿Alguien en su casa se ha mudado para trabajar en otra ciudad, condado, o estado, en los últimos tres (3) años? ☐ Sí ☐ No
2. ¿Alguien en su casa trabaja, ha trabajado, o tiene la intención de trabajar en una de las siguientes actividades de forma permanente o temporaria, o ha hecho este tipo de trabajo en los últimos tres años? ☐ Sí ☐ No
- Si la respuesta es "sí", marque todo trabajo que aplique:
- ☐ 1. Sembrando/cosechando vegetales (como tomates, calabazas, cebollas, etc.) o frutas (como uvas, fresas, arándanos, etc.)
 - ☐ 2. Sembrando, cortando, procesando árboles, o juntando paja de pino (*pine straw*)
 - ☐ 3. Procesando/empacando productos agrícolas
 - ☐ 4. Trabajo en lechería o ganadería
 - ☐ 5. Trabajo en empacadoras o procesadoras de carnes (como de res, pollo o mariscos)
 - ☐ 6. Pesca o crianza de peces
 - ☐ 7. Otra actividad. Por favor especifique en cuál: _____

Nombre de los padres o guardianes legales: _____

Dirección donde vive: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Teléfono: _____

¡Muchas Gracias!

Por favor regrese este formulario a la escuela

Please maintain original copy in your files.

MEP funded school district: Please give this form to the migrant liaison or migrant contact for your school/district.
Non-MEP funded (consortium) school/districts: When at least one "yes" and one or more of the boxes from 1 to 7 is checked, districts should fax occupational surveys to the Regional Migrant Education Program Office serving your district. For additional questions regarding this form, please call the MEP office serving your district:

GaDOE Region 1 MEP, P.O. Box 780, 201 West Lee Street, Brooklet, GA 30415
Toll Free (800) 621-5217 Fax (912) 842-5440

GaDOE Region 2 MEP, 221 N. Robinson Street, Lenox, GA 31637
Toll Free (866) 505-3182 Fax (229) 546-3251

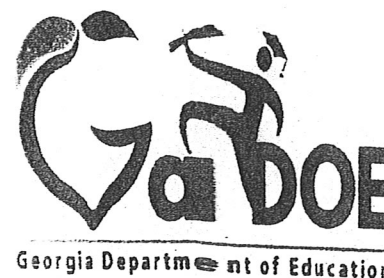
Regional Office use only: ☐

1858 Twin Towers East • 205 Jesse Hill Jr. Drive • Atlanta, Georgia 30334 • www.gadoe.org

An Equal Opportunity Employer

Georgia Department of Education
ESOL & Title III Unit

Required Home Language Survey



Dear Parent or Guardian:

In order to provide your child with the best possible education, we need to determine how well he or she speaks and understands English. This survey assists school personnel in deciding whether your child may be a candidate for additional English language support. Final qualification for language support is based on the results of an English language assessment.

Thank You

Student Name (required information):

Language Background (required information):

1. Which language does your child best understand and speak?

2. Which language does your child most frequently speak at home?

3. Which language do adults in your home most frequently use when speaking with your child?

Language for School Communication (not required):

4. In which language would you prefer to receive all school information?

Signature of Parent/Guardian/Other

Date

Georgia Department of Education
ESOL Unit**Encuesta obligatoria en el idioma nativo**

Estimado padre o tutor:

Para proporcionarle a su hijo la mejor educación posible, debemos determinar qué tan bien habla y entiende el inglés. Esta encuesta ayuda al personal de la escuela a determinar si su hijo puede ser un candidato para recibir apoyo adicional en inglés. La calificación final para el apoyo idiomático está basada en los resultados de una prueba en inglés.

Gracias.

Nombre del estudiante (información obligatoria):

Antecedentes idiomáticos (preguntas obligatorias):

1. ¿Qué idioma su hijo entiende y habla mejor?

2. ¿Qué idioma su hijo habla con mayor frecuencia en el hogar?

3. ¿Qué idioma usan con mayor frecuencia los adultos del hogar cuando hablan con el niño?

Idioma para la comunicación con la escuela (pregunta recomendada):

4. ¿En qué idioma prefiere recibir toda la información escolar?

Firma del padre/tutor/otro

Fecha