



SUMTER COUNTY PRIMARY SCHOOL

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

Registro de pre-kinder 22-23

Quién: Niños que tienen cuatro años antes del 1 de septiembre

Dónde: Rampa de autobús de la escuela primaria del condado Sumter

Cuándo: TODOS los miércoles

Hora: 10:00 am-1:00 pm

Puede enviar un correo electrónico a la Sra. Jaela Clemons
jclemons@sumterschools.org Para cualquier pregunta. ¡Gracias!

Documentos requeridos:

- Certificado de nacimiento
- Tarjeta de seguro Social
- Registro de vacunación certificado (formulario 3231)
- Exámenes de la vista, auditivos, dentales y nutricionales (formulario 3300): puede obtenerlos en el consultorio de un médico o en el Departamento de Salud del Condado de Sumter.
- Prueba de residencia (factura de servicios públicos, arrendamiento, declaración de hipoteca, registro de vehículo o documento de impuestos sobre la propiedad) Si reside con alguien y no puede proporcionar uno de los siguientes, solicite una declaración jurada de residencia.
- Si tiene SNAP o Medicaid, proporcione una copia del comprobante (carta de aprobación, tarjeta)

Home of the Super Panthers
Pre-K, Kindergarten & First Grade
123 Learning Lane, Americus, Georgia 31719
Phone 229-924-1012 – Fax 229-931-0662 – Website scps.sumterschools.org



SUMTER COUNTY PRIMARY SCHOOL

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

SCPS Pre-K Parent Contract

As a parent of a child enrolled in the Sumter County Primary School's Pre-K Program I agree to the following:

- to attend one of the two offered Pre-K parent orientation meetings.
- to continue to update my child's records as needed throughout the school year.
- to send my child to school on time unless there are extenuating circumstances or illness.
- to maintain communication with administrators and teachers.
- to be ready to pick up my child on time when the school day is over or to have someone at home ready to receive my child when the bus arrives each afternoon.

I understand that:

- The school will begin procedures for dismissal from the program if my child is absent 10 days or tardy 10 days if there is an active waiting list.
- If my child is returned to the school by the transportation department because no one is home to receive him/her, he/she will lose bus riding privileges after the 2nd time being returned. DFCS will be notified.
- I will be held responsible for my child's attendance including absences and tardies.
- I will be held responsible for my child's behavior, including behavior in the classroom and on the bus.

Student Name _____

Signature _____ Date _____

Home of the Super Panthers
Pre-K, Kindergarten & First Grade
123 Learning Lane, Americus, Georgia 31719
Phone 229-924-1012 – Fax 229-931-0662 – Website scps.sumterschools.org



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	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 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: _____

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 <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Date enrolled in Pre-K (M/D/Y): ___/___/___		
PARENT/GUARDIAN INFORMATION:		
Last Name:		First Name:
Relationship: Mother <input type="checkbox"/> Father <input type="checkbox"/> Grandparent <input type="checkbox"/> Guardian <input type="checkbox"/>		

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 de 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



**Georgia Dept
of Early Care
and Learning**
BRIGHT FROM THE START

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.

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):

<u>NOMBRE</u>	<u>DIRECCIÓN</u>	<u>RELACIÓN</u>

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 SIGUIENTE ALERGIAS, ENFERMEDADES, O PROBLEMAS DE SALUD:

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 : _____

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 encuentra 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)

<input type="checkbox"/> 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.)
<input type="checkbox"/> 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.)
<input type="checkbox"/> Afroamericano o negro (Persona que tiene orígenes de cualquier grupos raciales negro o de África.)
<input type="checkbox"/> Nativo hawaiano u de otra isla del Pacífico (Persona que tiene orígenes de los nativos de Hawái, Guam, Samoa, o de otras islas pacíficas.)
<input type="checkbox"/> 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

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 <input type="checkbox"/>	Español <input type="checkbox"/>		
	Mensajes de alta prioridad	Mensajes sobre la asistencia escolar	Mensajes sobre el comportamiento	Mensajes en general
Teléfono casero				
Teléfono del trabajo				
Teléfono celular				
Email				

Dirección de casa alterna o secundaria

(Responsabilidad Paternal Compartida - Información de Mensajería Alternativa 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 debemos 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: _____

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	
Ultima escuela atendida:		¿En qué estado?	Años atendidos:	Fechas de asistencia:	
¿El estudiante ha recibido adecuaciones 504? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			¿Si "sí", cuándo?	¿Si "sí", en qué área?	
¿El estudiante ha atendido programas de educación especial? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		¿Si "sí", cuándo?		¿Si "sí", qué área de educación especial?	
¿El estudiante ha atendido programas sobre habilidad de inglés limitado? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> 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: _____

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 _____
Mes/Día/Año

Género _____

Raza _____

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 ****

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	_____	_____
órlicos menstruales	_____	_____	Asma	_____	_____
anemia celular	_____	_____	Epilepsia	_____	_____
alergias	_____	_____			

En caso de alergias, mencione de que tipo: _____

Discapacidad física _____
 En caso de discapacidad, explique _____

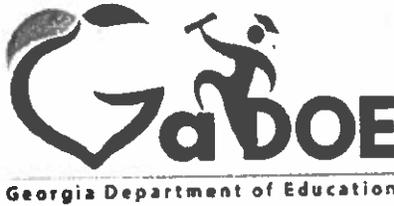
_____ tras _____

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 gratuitos. Los estudiantes que necesiten con regularidad algún medicamento mencionado en la parte superior tendrán que brindar a escuela receta medica, medicine con etiqueta correspondiente, dosis y horario de ingestión. Los padres de los estudiantes que 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"

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:

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