

Fecha: _____



Inscripción de Estudiantes

Complete ambos lados del formulario. Favor de contestar todas las preguntas que le correspondan.

OFFICE USE ONLY		
School #	Student #	Student Entry Date
Grade Level	Teacher	Birth Certificate <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Immunization Certification <input type="checkbox"/> Full <input type="checkbox"/> Temp <input type="checkbox"/> Exempt		Physical <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Transportation: <input type="checkbox"/> Walker <input type="checkbox"/> Car <input type="checkbox"/> Ext. Day <input type="checkbox"/> Day Care <input type="checkbox"/> Bus #		

Nombre legal (primer nombre, segundo, apellido)	Sufijo (Jr., Sr., II, III, IV, V)	Estudiante Fecha de Nacimiento (mes/día/año)
---	-----------------------------------	--

Grado a cursar este año escolar	Grado escolar que cursó el año pasado	Estudiante # de Seguro Social (solicitado) *	Estudiante Lugar de Nacimiento (ciudad, estado)
---------------------------------	---------------------------------------	--	---

*De acuerdo con el Estatuto de Florida 1008.386, cada Consejo de Educación puede solicitar el número de seguro social de cada estudiante (SSN), el cual será utilizado como forma estándar de identificación en el sistema de información que mantiene el distrito escolar. Un estudiante no está obligado a proporcionar su número de seguridad social. El distrito escolar deberá incluir el número de seguro social en los registros permanentes del estudiante e indicará si el número de identificación del estudiante no es un número de seguro social.

¿El estudiante ha asistido con anterioridad a alguna escuela pública en el condado de Duval? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Estudiante País de Nacimiento <input type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> Otro: _____
--	---

¿Es el estudiante de un nacimiento múltiple (gemelos, trillizos, etc.)? Sí No

Hermano(s) de Edad Escolar- Nombre(s) y escuela(s):

Origen étnico del estudiante (Debe contestar Sí o No)

Yes, Hispano o Latino (persona originaria de Cuba, México, Puerto Rico, América Central o Sur, o de otra cultura u origen español sin importar la raza) No, Hispano o Latino

Estudiante: Raza (seleccione las que apliquen según su caso)

Indio Americano o Nativo de Alaska - I (orígenes en cualquiera de los pueblos originarios de América del Norte o del Sur [incluyendo América Central])

Asiático - A (originarios del Lejano Oriente, el sudeste de Asia, o el subcontinente Indio, por ejemplo, Camboya, China, India, Japón, Corea, Malasia, Pakistán, Filipinas, Tailandia y Vietnam)

Negro o Afroamericano - B (orígenes en cualquiera de los grupos raciales negros de África)

Nativo de Hawái u otras islas del Pacífico - P (originarios de Hawái, Guam, Samoa, u otras Islas Pacíficas.)

Caucásico - W (originarios de Europa, Medio Oriente, o Norte de África)

Estudiante Género <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Estudiante Domicilio número de casa y nombre de la calle, número de apartamento, ciudad, estado, código postal) Desarrollo de Vivienda (en su caso) Condado de Domicilio (si no es Duval County): _____
--	---

Seleccione todas las que corresponden a la residencia actual del estudiante:

<input type="checkbox"/> Shelter (Refugio)	<input type="checkbox"/> Hotel/Motel (Hotel/Motel)	<input type="checkbox"/> Shelter/Group Home (Albergue)
<input type="checkbox"/> Shared Housing Due to Hardship (Vivienda Compartida por dificultad)	<input type="checkbox"/> Awaiting Foster Care (En espera de padre adoptivo)	<input type="checkbox"/> Relative Care (Cuido de un familiar)
<input type="checkbox"/> Space Not Designed for Human Habitation (Lugar no diseñado para vivienda humana)	<input type="checkbox"/> Foster Parent (Padre adoptivo)	<input type="checkbox"/> Independent Living (Independiente)
		<input type="checkbox"/> Does not apply (No aplica)

¿En qué fecha fue inscrito el estudiante por primera vez en una escuela en USA?

SÓLO PARA NUEVOS ESTUDIANTES DE ESCUELAS PÚBLICAS EN EL CONDADO DE DUVAL

En caso afirmativo, indique qué idioma.

1. ¿En su hogar se habla otro idioma que no es inglés? Sí _____ No

2. ¿El estudiante tuvo un primer idioma que no es inglés? Sí _____ No

3. ¿El estudiante habla otro idioma con más frecuencia que no es inglés? Sí _____ No

If Yes is checked, school personnel fax this page to ESOL office at 390-2800.

Nombre legal (primer nombre, segundo, apellido)

Solamente para Estudiantes que Ingresan a Kindergarten - Información de Inscripción Preescolar - (seleccione todos los programas que le correspondan)

- DCPS (Título I Pre-K) (C) Head Start (H) No atendió preescolar (N) Programa de padres adolescentes (T)
 Pre-K con Discapacidades (D) Preparación de Coaliciones(L) Pre-K privado (NO VPK) (P) Proveedor Privado VPK (V)
 Cuotas de Padres (F) Emigrante Pre-K (M) Pre-K en escuela del Distrito(S)

Si el estudiante atendió Pre-K, nombre del proveedor de Pre-K: _____

Cláusulas de Entrada (marque según corresponda) FS 1006.07 (1)(b)

- El estudiante ha sido expulsado de la escuela. Nombre de la escuela _____
 El estudiante ha sido arrestado o procesado por haber violado una ley penal resultando en un cargo. Sí No
 El estudiante ha estado involucrado en el sistema de justicia juvenil. Sí No

INFORMACIÓN DEL PADRE/ENCARGADO (Por favor incluya la información del padre/encargado en el orden que desee le comunique).

PADRE OR ENCARGADO	Primer Nombre y Apellido		Relación al Estudiante: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> Tutor Legal
	Teléfono (hogar)	Teléfono (celular)	Teléfono (trabajo)
	Domicilio si no es el mismo al del estudiante (Núm. de casa, calle, núm. de departamento, ciudad, estado, código postal)		
	Correo electrónico		

PADRE O ENCARGADO	Primer Nombre y Apellido		Relación al Estudiante: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> Tutor Legal
	Teléfono (hogar)	Teléfono (celular)	Teléfono (trabajo)
	Domicilio si no es el mismo al del estudiante (Núm. de casa, calle, núm. de departamento, ciudad, estado, código postal)		
	Correo electrónico		

INFORMACION DE SUSTITUTO EDUCATIVO (si aplica)

SUSTITUTO EDUCATIVO (SI APLICA)	Sustituto Educativo	Teléfono (hogar)
	Teléfono (celular)	Teléfono (trabajo)
	Domicilio si no es el mismo al del estudiante (Núm. de casa, calle, núm. de departamento, ciudad, estado, código postal)	
	Correo electrónico	

Información acerca de la residencia del estudiante Indique con quién vive el estudiante (marque sólo una):

- Ambos Padres Madre Padre Padre y Madrastra/Padrastro Tutor Legal
 Otro: _____

No en custodia física del padre o tutor (**Jóvenes no acompañados**) Sí No

¿Eres padre adolescente? Sí No

Si su respuesta es sí, proporcione la siguiente información: _____
Nombre del hijo(a)
Fecha de Nacimiento

Nombre legal (primer nombre, segundo, apellido)

INFORMACIÓN ESCOLAR

Nombre de la última escuela que asistió el estudiante	Teléfono – Última escuela	Tipo de escuela (marque sólo una) <input type="checkbox"/> pública (<i>incluyendo charter schools</i>) <input type="checkbox"/> privada <input type="checkbox"/> Pre-K <input type="checkbox"/> estudios en casa
Ciudad de la última escuela que asistió	Estado de la última escuela que asistió	
Condado de la última escuela que asistió	País de la última escuela que asistió <input type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> Otro:	

Plan Educativo: Marque todas las que corresponden. Proporcionar una copia del plan educativo junto con este documento de inscripción.

- Individual Education Plan (*IEP*) 504 Plan Private School Services Plan Education Plan (Gifted only)
Plan de Educación Individual (PEI) Plan 504 Plan de Servicios de Escuelas Privadas Plan de Educación (Solo gifted-dotado)

¿El padre/tutor ha trabajado en la agricultura o pesca? Sí No Si su respuesta es sí, por favor complete la **Encuesta de Familia Migratoria**.

Pacto Interestatal de Oportunidades Educativas para Familias Militares: Por favor seleccione para indicar la descripción que aplique a su hijo(a). Con base a los Estatutos de la Florida; son considerados estudiantes de familias militares aquellos hijos de:

- Miembros activos al servicio de las fuerzas armadas, incluyendo a la Guardia Nacional y la reserve en servicio active. (conforme a 10 USC § 1209 y 1211)
 Miembros de las fuerzas armadas que fueron gravemente heridos y dados de alta médicamente (el alta médica debe tener menos de 1 año)
 Veteranos de las fuerzas armadas que se retiraron (la jubilación debió haber sido en menos de un año)
 Miembros de las fuerzas armadas que fallecieron durante su servicio, o como consecuencia de las lesiones sufridas durante su servicio como activo. (El fallecimiento debió haber ocurrido en menos de 1 año)

Si la estructura de su familia no está incluida en ninguna de las categorías mencionada, por favor marque la siguiente declaración:

- Mi hijo(a) no es estudiante de familia militar.

IMPORTANTE. A CONTINUACIÓN DEBERÁ CONTESTAR LAS PREGUNTAS A-D

- A. ¿Existe alguna orden de restricción judicial **prohibiendo a alguno de los padres sacar al estudiante** de la escuela? Sí No N/A
En caso afirmativo, **proporcione a la escuela una copia** actualizada de la orden judicial.
- Si es divorciado o separado:
- B. ¿Los padres tienen custodia compartida de derechos y responsabilidades? Sí No N/A
Si su respuesta es no, **proporcione a la escuela** una copia de la orden judicial que indica las limitantes de la patria potestad y responsabilidades con respecto al estudiante.
- C. ¿Alguno de los padres tiene la autoridad máxima de decisión a nivel educativo? Sí No N/A
En caso afirmativo, **proporcione a la escuela una copia** de la orden judicial que indica que uno de los padres tiene la decisión final con respecto a su educación.
- D. ¿Existe una **orden de restricción temporal o permanente, orden de no contacto u otra orden judicial** que restringe o afecta el acceso al estudiante por cualquier persona incluyendo a algunos de los padres? Sí No N/A
En caso afirmativo, **proporcione a la escuela una copia de la orden judicial correspondiente**.

INFORMACIÓN ACERCA DE LA SALUD DEL ESTUDIANTE

Exámenes de Salud: Los estudiantes recibirán exámenes de salud no invasivos conforme al Estatuto de Florida § 381.0056 (7) (d). Exámenes no invasivos pueden incluir visión, oído, escoliosis, altura y peso. Estas pruebas se pueden administrar de forma individual o en grupos. Los padres o encargados (tutores), sin embargo, tienen el derecho de solicitar una exoneración por escrito. (*Esta exoneración cubrirá todos los tipos de exámenes.*)

Si usted **NO QUIERE** que su hijo(a) reciba estos exámenes de salud, escriba las palabras **"Do not screen"** aquí:

¿Tiene seguro médico su estudiante? Sí No

¿Duval County Public Schools puede contactarlos con información de seguros médicos económicos? Sí No

Lea cuidadosamente a continuación. Marque la casilla con la declaración que le corresponda.

Consentimiento de los padres para la publicación de fotografía e información del estudiante: Por la presente autorizo a la escuela o al distrito a usar la fotografía de mi hijo, la imagen, escritura, grabación de voz, nombre, grado, nombre de la escuela, participación en actividades y deportes oficialmente reconocidos, peso y altura de miembros de equipos atléticos, fechas de asistencia, diplomas y premios recibidos, fecha y lugar de nacimiento, y la más reciente escuela que asistió con anterioridad, anuarios, programas de graduación, carteles, producciones escolares, sitios web, etc. y / o publicaciones similares patrocinadas por la escuela o el Distrito, o entrevistas aprobadas por el Distrito para medios de prensa, comunicados, artículos y fotografías. También doy permiso a la escuela o Distrito de publicar a los medios de comunicación y entidades gubernamentales el nombre de mi hijo(a), nombre de la escuela así como los reconocimientos recibidos para el anuncio al público acerca de sus logros como estudiante. Entiendo que si no selecciono la casilla de autorización, mi hijo no puede y no será incluido en cualquier publicación o presentación, incluyendo el anuario de la escuela.

Sí, doy consentimiento **No doy consentimiento**

Aviso Acerca De Las Políticas Del Uso Aceptable De La Tecnología Para Estudiantes: Debido a muchas actividades relacionadas con la escuela su niño podría tener acceso a ciertos recursos tecnológicos del Distrito, incluyendo el Internet y la Intranet del Distrito. El acceso de su hijo a la Internet de la escuela está filtrado para dar cumplimiento con la Ley de Protección de Niños en el Internet y las políticas del comité escolar del distrito. Su hijo tendrá que seguir las normas de uso aceptable y las directrices indicadas en las Políticas del Comité Escolar, el Manual de Referencia, y la Notificación al estudiante de las Condiciones de Uso de Tecnología del Distrito y estará obligado a seguir los términos. NO se honrará privacidad al utilizar los recursos tecnológicos de DCPS, incluyendo la web, computadoras y cualquier otro aparato electrónico que esté conectado a la red del distrito. Antes de que su hijo haga uso de estos recursos del distrito, él / ella deberá haber leído o ser leído y / o explicado estos documentos y aceptará de manera electrónica que él / ella entiende y acepta seguir lo establecido.

Le invitamos a leer esta Política, Manual y Aviso. Si necesita ayuda para la lectura de los documentos, puede pedir asistencia a la escuela. La política está disponible en: : <http://www.duvalschools.org/Page/8265>

ESTA INSCRIPCIÓN NO ES VÁLIDA SIN LA FIRMA Y LA FECHA

Bajo pena de perjurio, declaro que he leído el formulario anterior y que lo establecido en el mismo son verdaderos y exactos. El Estatuto de Florida 92.525 (3) dispone que todo aquel que hace una declaración falsa bajo pena de perjurio, es culpable de un delito de tercer grado.



Firma del Padre/Tutor/Sustituto (firma del estudiante si es mayor de edad)



Fecha

AHCA Autorización para liberar información: las escuelas públicas del Condado de Duval está autorizado a divulgar información de mi hijo, para médicos relacionados con los servicios puede recibir en la escuela, a la Agencia para la administración del cuidado de la salud/o agente de facturación a efectos de seguimiento, facturación y recepción de reembolso de Medicaid para esos servicios. Tengo entendido que la prestación de servicios necesarios para una educación pública gratuita adecuada para un estudiante elegible bajo la ley para personas con discapacidad educación se proporcionará sin costo alguno. Entiendo y acepto que las escuelas públicas del Condado de Duval puedan acceder a beneficios públicos/seguros de padres y estudiantes para pagar los servicios requeridos bajo reglas 6A-6.03011 a través de 6A-6.0361, Fac. Acceso a esos beneficios no disminuir los beneficios de cobertura disponibles o resultar en la familia pagar por servicios que de lo contrario estaría cubiertos y pueden ser necesario fuera del tiempo que es el estudiante en la escuela. Tampoco habrá un incremento en las primas o discontinuación de beneficios de seguros.

Firma del Padre/Tutor/Sustituto

Fecha