



UNION COUNTY PUBLIC SCHOOLS

http://rockyriver.ucps.k12.nc.us

Rocky River Elementary School
Sherry Richardson, Principal
500 Rocky River Road North
Monroe, NC 28110
Phone 704.290.1523
Fax 704.292.1395

Welcome to Rocky River!

Please complete the following packet in order to enroll your child at Rocky River Elementary School. A checklist of paperwork required is listed below:

Birth Certificate (Certified)

Proof of Residence (2 of the following documents are required)

- Rental agreement or purchase agreement on a residence
--Utility bills (telephone, gas, electricity, water)
--Automobile registration
--Automobile insurance policy
--Property insurance policy
--Income Tax W-2 form
--Property tax bill
--Certificate of Residence(completed form notarized and is only valid for 30 days, after which 2 other above proofs are required)

Health Assessment--Kindergarten students and students transferring from outside Union County are required to have this form completed by a physician within 30 days of enrollment.

Immunizations--required within 30 days of enrollment

General Information:

Transportation: Car Bus Afterschool

Health Concerns: No Yes

Custody Paperwork: No Yes

Additional Education Plans: AIG IEP PEP

Request for Records:

Rocky River Elementary School

Principal: Sherry Richardson / Asst. Principal: Jason Jackson
500 Rocky River Road N, Monroe NC 28110
Ph-704.290.1523/Fx-704.292.1395

Request for Records:

Date: _____

To: _____ / From: Eileen Siezega-Data Manager

Phone#: _____ / Fax#: _____

****Please release from PowerSchool, if applicable****

Parent/Guardian complete and sign below:

Student: _____ DOB: _____

Grade: _____ ID# _____

Please include the following:

*Birth Certificate *Report Cards * Test Scores *Discipline Information *Health Immunization Records
* Attendance *Exceptional Children's Records *Psychological Evaluations *504 Plan

Parent Signature: _____ / Date: _____

*I give permission for the records and test information of the above named student(s) to be released to Rocky River Elementary School.

**Circle one if applies: My student has an *IEP PEP or 504 Plan*

***Please list ALL the Schools that your child has attended:**

Grade:	School Yr.	School name:	Teacher:
Pre K			
Kinder			
1 st Gr			
2 nd Gr			
3 rd Gr			
4 th Gr			
5 th Gr			

**If retained, what grade? _____ School _____ Yr. _____*

*Office use only:

1st request: _____

2nd request: _____

STUDENT ENROLLMENT FORM

UNION COUNTY PUBLIC SCHOOLS

For Office Use Only:

Student ID _____ Enrollment Date _____ Grade _____
Registration completed _____ School _____
Need Immunization Record Birth Certificate POR Transportation _____
School Receiving Packet _____ Teacher's Name _____
Date Received _____ Packet received by _____

Please indicate the student's academic placement:

- New Kindergartener for the _____ school year
 New Pre-Kindergartener for the _____ school year
 New student entering grade _____ for the _____ school year

Student Information

Birth certificate or other satisfactory evidence of age and official record of immunizations must be presented at time of enrollment. Copies of these documents are to be placed in folder and originals returned to parent/guardian.

Legal Name _____ / _____
Last First Middle Nickname

Physical address _____
House/Apt. Number Street City State Zip

Mailing Address (if different) _____
House/Apt. Number Street City State Zip

Home Phone _____

Male Female Date of Birth _____ Place of Birth _____
Month/Day/Year City/State/Country

Ethnicity: Hispanic Non-Hispanic
Race: (select all that apply) American Indian Black Asian Hawaiian/Pacific Islander White

Child resides with _____
Relationship to Student

Legal Custodian _____ Legal paperwork provided to school Yes No

Family Information

Father's Full Name _____

Place of Birth (City/State/Country) _____ Deceased Yes No

Address _____

Home Phone _____ Cell Phone _____

Employer _____ Work Phone _____

Highest Education level completed _____ E-mail address _____

Mother's Full Name (include maiden name) _____

Place of Birth (City/State/Country) _____ Deceased Yes No

Address _____

Home Phone _____ Cell Phone _____

Employer _____ Work Phone _____

Highest Education level completed _____ E-mail address _____

Stepparent's, Legal Guardian's, or Sponsor's information (if applicable) Relationship to student _____

Name _____ Address _____

Home/Cell Phone _____ Employer _____ Business Phone _____

E-mail address _____

HOJA DE INSCRIPCIÓN DEL ESTUDIANTE

ESCUELAS PÚBLICAS DEL CONDADO UNIÓN

For Office Use Only:	
Student ID _____	Enrollment Date _____ Grade _____
Registration completed _____	School _____
Need <input type="checkbox"/> Immunization Record <input type="checkbox"/> Birth Certificate <input type="checkbox"/> POR	Transportation _____
School Receiving Packet _____	Teacher's Name _____
Date Received _____	Packet received by _____

Por favor indique la colocación académica del alumno:

- Nuevo Estudiante en Kindergarten para el año escolar: _____
 Nuevo Estudiante de Pre-Escolar para el año escolar: _____
 Nuevo Estudiante entrando al grado: _____ para el año escolar: _____

Información del Estudiante

Al momento de inscripción del estudiante se debe presentar el Acta de Nacimiento u otro documento para verificar la edad y el registro de vacunas actualizado. Las copias de estos documentos serán guardados en los archivos de la escuela y los originales serán devueltos a los padres o tutor legal.

Nombre Legal _____
Apellido Paterno Primer Nombre Segundo Nombre Apodo

Dirección _____
Casa/Apto. # Nombre de la Calle Ciudad Estado Código Postal

Dirección del Correo (Si es diferente) _____
Casa/Apto. # Nombre de la Calle Ciudad Estado Código Postal

Teléfono del Hogar _____

Masculino Femenino Fecha de Nacimiento _____ Lugar de Nacimiento _____
Mes/Día/Año Ciudad/Estado/País

Origen Étnico: Hispano No-Hispano

Raza: (Seleccione todo lo que aplica) Indígena Americano Negro Asiático Hawaiano/Islands del Pacífico Blanco

El estudiante vive con _____

Nombre del Tutor Legal _____ Documentación legal entregada a la escuela Si No
Relación con el Estudiante

Información Familiar

Nombre Completo del Padre _____

Lugar de Nacimiento (Ciudad/Estado/País) _____ Difunto Si No

Dirección _____

Teléfono del Hogar _____ Teléfono Celular _____

Lugar de Trabajo _____ Teléfono del Trabajo _____

Último Nivel de Educación _____ Dirección Correo Electrónico _____

Nombre Completo de la Madre (incluir el nombre de soltera) _____

Lugar de Nacimiento (Ciudad/Estado/País) _____ Difunto Si No

Dirección _____

Teléfono del Hogar _____ Teléfono Celular _____

Lugar de Trabajo _____ Teléfono del Trabajo _____

Último Nivel de Educación _____ Dirección Correo Electrónico _____

Información de Padrastro/a o Tutor Legal (si aplica) Relación con el estudiante _____

Nombre Completo _____ Dirección _____

Teléfono de la casa/Celular _____ Lugar de Trabajo _____ Teléfono del Trabajo _____

Dirección Correo Electrónico _____

STUDENT ENROLLMENT FORM

UNION COUNTY PUBLIC SCHOOLS

Other Information

Emergency Contact _____ (Other than parent)	Name	Relationship	Phone	Pick up Child <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Emergency Contact _____ (Other than parent)	Name	Relationship	Phone	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Emergency Contact _____ (Other than parent)	Name	Relationship	Phone	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

If someone does **not** have your permission to pick up your child, please list name and relationship.

Other children in the family (please note if the sibling is a stepsibling)

Name _____	School _____	Grade _____
Name _____	School _____	Grade _____
Name _____	School _____	Grade _____

Give pertinent health or medical information and instructions (including any medicines prescribed and any physical restrictions)

Permission to obtain medical attention Yes No

Medical Provider _____	Name	Address	Phone
Dentist _____	Name	Address	Phone

Please indicate the student's previous academic placement (if applicable)

<input type="checkbox"/>	Private School _____	Name	Street Address, City, State, Zip
<input type="checkbox"/>	Charter School _____	Name	Street Address, City, State, Zip
<input type="checkbox"/>	Public School _____	Name	Street Address, City, State, Zip
<input type="checkbox"/>	Group Home/Institution _____	Name	Street Address, City, State, Zip
<input type="checkbox"/>	Home School _____	Name	Street Address, City, State, Zip

Date last attended previous placement _____ Grade _____ Homeroom teacher _____
Month/Year

Has the student ever been enrolled in Union County Public Schools? Yes No

If yes, School Name _____ School Year _____

Is the student identified as a student with special needs and being served with a(n):

Individualized Education Program (IEP) <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	If yes, has a copy of the plan been provided? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Section 504 Plan <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	If yes, has a copy of the plan been provided? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Academically Gifted (AIG or TD) <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	If yes, has a copy of the plan been provided? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

Has the child ever been retained? Yes No If yes, what grade? _____

Has the student ever left any school due to a Suspension or Expulsion? Yes No If yes, explain:

Transportation

Morning-student will arrive by Bus Car Walk Afternoon-student will leave by Bus Car Walk

Military Information

Does your child have any member of their immediate family serving in the US Armed Forces? Yes No

If yes, _____

Name	Relationship	Branch of military service
Name	Relationship	Branch of military service

Parent/Legal Guardian _____ Signature _____ Date _____

HOJA DE INSCRIPCIÓN DEL ESTUDIANTE

ESCUELAS PÚBLICAS DEL CONDADO UNIÓN

Otra Información

Contacto de Emergencia	Puede Recoger al Estudiante		
(A parte de los Padres)	Nombre Completo	Relación con el Estudiante	Teléfono
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Contacto de Emergencia	Nombre Completo	Relación con el Estudiante	Teléfono
(A parte de los Padres)			
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Contacto de Emergencia	Nombre Completo	Relación con el Estudiante	Teléfono
(A parte de los Padres)			
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Si alguien **no** tiene su autorización para recoger al estudiante, por favor escriba el nombre y la relación con el estudiante.

Información de otros niños en la familia (por favor indique si son hermanos o hermanastros)

Nombre _____	Escuela _____	Grado _____
Nombre _____	Escuela _____	Grado _____
Nombre _____	Escuela _____	Grado _____

Proporcione información medica e instrucciones (incluyendo cualquier medicamento prescrito y cualquier restricción física) _____

Autorización para obtener atención medica Sí No

Nombre del Médico _____

Nombre _____	Dirección _____	Teléfono _____
Dentista _____	Nombre _____	Dirección _____
	Nombre _____	Dirección _____
		Teléfono _____

Por favor indique la última escuela a la que el estudiante asistió (Si corresponde)

Escuela Privada _____

Nombre _____	Dirección, Ciudad, Estado, Código Postal _____
--------------	--

Escuela Charter _____

Nombre _____	Dirección, Ciudad, Estado, Código Postal _____
--------------	--

Escuela Pública _____

Nombre _____	Dirección, Ciudad, Estado, Código Postal _____
--------------	--

Institución de enseñanza en casa hogar _____

Nombre _____	Dirección, Ciudad, Estado, Código Postal _____
--------------	--

Enseñanza administrada en el hogar _____

Última fecha en la que asistió a la escuela _____ Grado _____ Nombre del Maestro _____

Mes/Año

Ha asistido el estudiante a alguna de las Escuelas Públicas del Condado Unión antes? Sí No

Si es así, escriba el Nombre de la Escuela _____ Año Escolar _____

Indique si el estudiante ha sido identificado como estudiante con necesidades especiales y ha recibido servicios con:

Plan de Educación Individual (IEP)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si es así, tiene la copia del plan?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Plan de Acomodación del Estudiante (504)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si es así, tiene la copia del plan?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Académicamente Talento (AIG o TD)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si es así, tiene la copia del plan?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Ha sido el estudiante retenido alguna vez? Sí No Si su respuesta es sí, que grado repitió? _____

Ha salido el estudiante de la escuela debido a una Suspensión o Expulsión? Sí No Si su respuesta fue si, explique por que: _____

Transportación Mañana Autobús Carro Caminando Tarde Autobús Carro Caminando

Información Militar

Tiene el estudiante algún miembro de la familia prestando Servicio Militar Fuerzas Armadas de Estados Unidos? Sí No

Si es así, _____

Nombre _____	Relación con el Estudiante _____	Rama del Servicio Militar Estadounidense _____
Nombre _____	Relación con el Estudiante _____	Rama del Servicio Militar Estadounidense _____

Firma del Padre, Madre o Tutor _____

Firma

Fecha



HOME LANGUAGE SURVEY

Date _____ School _____ Grade _____

Has the student ever attended a U.S. school before? Yes No
If yes, Date of Entry _____

Student's Name _____ Date of Birth _____
First Name Middle Initial Last name M/D/Y

Address _____
Street City State Zip Code

Phone Number _____
(Home) (Cell) (Work)

Parent or Guardian's Name _____
First Name Middle Initial Last Name

Parent or Guardian's Native Language _____

Do you require communication from the school in your native language?
Yes _____ No _____

What is the student's country of origin and ethnicity? _____ / _____
Country Ethnicity

1. Is the student's first-learned or home language anything other than English?
____ Yes (**Please continue the survey**) No _____ (**Stop here and sign below**)
2. Which language did your son/daughter learn when he/she first began to talk?

3. What language does your son/daughter speak most often? _____
4. What language is most often spoken in your home? _____
5. Other than foreign languages studied in school, what Language(s) does your son/daughter speak? _____

*If the answer to questions 2-5 is a language other than English, the student may be assessed with the State-designated English language proficiency test to ensure appropriate placement and English language assistance if needed.

Parent/Guardian Signature _____ Date _____



HOME LANGUAGE SURVEY-ENCUESTA DEL IDIOMA EN EL HOGAR

Fecha _____ Escuela _____ Grado _____

¿Ha asistido el estudiante a alguna escuela en los E.U. antes? __ Sí __ No
Si contestó sí, Fecha de Entrada _____

Nombre del Estudiante _____ Nació el _____
(Name) Primer Nombre Apellido Paterno (DOB) Mes / Día/ Año

Dirección o Domicilio _____
(Address) Calle y Número Ciudad Estado Código Postal

Teléfono _____
(Phone No.) Casa (Home) Trabajo (Work)

Nombre del Padre/madre o Tutor _____
(Parent or Guardian) Primer Nombre Apellido Paterno

Idioma Natal del Padre/Madre o Tutor _____

¿Requiere usted que la comunicación de la escuela sea en su idioma natal?
Sí _____ No _____

¿En qué país nació el estudiante y a que grupo étnico pertenece? _____ / _____
Ejemplo: México/Hispano País Grupo Étnico

- 1. ¿Fue el primer idioma aprendido por el estudiante cualquier otro que inglés?
____ Sí (Continúe con la encuesta) No ____ (Pare aquí y firme abajo)
2. ¿Cuál fue el primer idioma que aprendió a hablar el estudiante? _____
3. ¿Cuál es el idioma que su hijo/hija habla mas frecuentemente? _____
4. ¿Cuál es el idioma comúnmente hablado en su hogar? _____
5. Aparte de los idiomas estudiados en la escuela, ¿qué otro idioma
o idiomas habla su hijo/hija? _____

*Si la respuesta a las preguntas de la 2 a la 5 es otro idioma aparte del inglés, el
estudiante podría ser evaluado con la Prueba de Conocimiento del Inglés designada
por el Estado para asegurar la colocación apropiada y la ayuda si fuera necesaria con
el idioma Inglés.

Firma del Padre/Madre o Tutor Legal
ESL Teléfono: 704-289-5460

Fecha
Fax: 704-296-3107



Transportation Department
201 Venus Street
Monroe, NC 28112
Phone 704.296.3015 Fax 704.226.1895
www.ucps.k12.nc.us

Rocky River Elementary School

NEW BUS RIDER INFORMATION FORM

School Year: _____ **Grade:** _____ **Date:** _____

Student Name: _____

Residence Street Address: _____

(NO PO BOX #'S) _____

Parent (Guardian) Names: _____

Home Phone Number: _____ Cell Phone Number: _____

Transportation Needs: AM only: _____ PM only: _____ Both: _____

Daily Bus Rider: _____ Occasional Bus Rider: _____ (Student MUST ride at least once a week or will be dropped from bus roster)

Please record the address in which the student will be picked up and dropped off IF DIFFERENT from the residence street address.

Address for Morning Stop: _____
(If different from Residence Address)

Address for Afternoon Stop: _____
(If different from Residence Address)

Globalization. Innovation. Graduation.

Union County Public Schools North Carolina Immunization/Health Assessment Law Information

Every parent, guardian and person or agency, whether governmental or private, with legal custody of a child shall have the responsibility to ensure that the child has received the required immunizations at the age required by law. It shall be the responsibility of the parent to provide a complete immunization record of each school age child to the school not later than 30 calendar days after the child enters school or *the child will be suspended* from school until such time as a valid complete immunization record can be provided to the school. Please review your child's record to assure that it meets N.C. Immunization Law requirements.

General Statute 130A-152 through 130A-157 states in part that each child's immunization record must have the dates of each immunization and the specific immunizations. The following is a description of the requirements:

If a child enrolled in kindergarten or 1st grade for the first time after 7/1/94, but before 7/1/99:

- 5 DTaP/DPT/Td last dose on or after 4th birthday
- 4 Polio 3 doses if last dose on or after 4th birthday
- 3 Hib at least 1 Hib on or after 1st birthday (not given after age 5)
- 2 MMR 1st dose on or after 1st birthday

If child enrolled in kindergarten for the 1st time after 7/1/99, but before 7/1/2015:

- 5 DTaP/DPT/Td last dose on or after 4th birthday
- 4 Polio 3 doses if last dose on or after 4th birthday
- 3 Hib at least 1 Hib on or after 1st birthday (not given after age 5)
- 2 MMR 1st dose on or after 1st birthday
- 3 Hepatitis B last dose not before 24 weeks of age
- 1 Varicella before school entry

If child enrolled in kindergarten for the first time after 7/1/15:

- 5 DTaP/DPT/Td last dose on or after 4th birthday
- 4 Polio 3 doses if last dose on or after 4th birthday
- 3 Hib at least 1 Hib on or after 1st birthday and before 5 years of age
- 2 MMR 1st dose on or after 1st birthday
- 3 Hepatitis B last dose not before 24 weeks of age
- 2 Varicella before school entry (history of chickenpox disease must be documented by a provider)

Additional requirements beginning 7/1/2015:

- 1 Tdap before entry into 7th grade (this booster dose is required if no Tdap given since age 10)
- 1 Meningococcal before entry into 7th grade (this booster dose is required if no MCV given since age 10)

Any medical exemption must be in writing from a physician and must state the basis for the exemption pursuant to G.S. 130A-156.

North Carolina Health Assessment Law

G.S. 130A-440 states that every child in the State entering N.C. public schools for the first time shall receive a health assessment. The health assessment shall be made no more than 12 months prior to the day of school entry. The parent, guardian, or responsible person shall have 30 calendar days from the first day of school to present the required health assessment form for the child.

Please feel free to call the School Health Office @ 704-296-0845 to speak with a school nurse if you have questions about the North Carolina Immunization Law or Health Assessment Law.

I am aware that my child's complete immunization record/Health Assessment is due within 30 days of my child's first day of school or he/she will not be allowed to continue in school until such time as a valid immunization record and Health Assessment can be provided to the school. I realize that this responsibility is that of the parent/guardian, not that of the former school. A health assessment form is required for my child if he/she is entering NC public school for the first time.

Student's Name	Date of Birth	Enrollment Date
Parent/Guardian Signature	Date	

Union County Public Schools Información Legal de Evaluación Médica y Vacunaciones de Carolina del Norte

Cada padre, tutor y persona o agencia gubernamental o privada, con custodia legal de un niño tendrá la responsabilidad de garantizar que el niño ha recibido las vacunas necesarias en la edad requerida por la ley. Será responsabilidad de los padres la de proporcionar un registro completo de vacunas de cada niño en edad escolar a la escuela a no más tardar de 30 días después de que el niño entra a la escuela o el niño será suspendido de la escuela hasta el momento en que un registro de vacunas completo y válido pueda ser proporcionado a la escuela. Por favor, revise el expediente de su niño para asegurarse de que cumple con los requisitos de la ley de vacunaciones de Carolina del Norte.

Estatuto General 130A-152 hasta el 130A-157 declara en parte que cada cartilla de vacunación de un niño debe tener las fechas de cada vacuna y las vacunas específicas. Lo siguiente es una descripción de los requisitos:

Si un niño es inscrito en kindergarten o 1^{er} grado por primera vez después de julio 1 de 1994, pero antes de julio 1 de 1999:

- 5 DTaP/DPT la última dosis durante o después del 4^{to} cumpleaños
- 4 Polio 3 dosis si la última dosis durante o después del 4^{to} cumpleaños
- 3 HIB por lo menos 1 HIB durante ó después del 1^{er} cumpleaños (no se administra después de los 5 años)
- 2 MMR 1^{ra} dosis durante ó después del 1^{er} cumpleaños

Si un niño es inscrito en kindergarten por primera vez después del 1 de julio de 1999, pero antes del 1 de julio del 2015:

- 5 DTaP/DPT la última dosis durante o después del 4^{to} cumpleaños
- 4 Polio 3 dosis si la última dosis durante o después del 4^{to} cumpleaños
- 3 HIB por lo menos 1 HIB durante ó después del 1^{er} cumpleaños (no se administra después de los 5 años)
- 2 MMR 1^{ra} dosis durante ó después del 1^{er} cumpleaños
- 3 Hepatitis B la última dosis no antes de 24 semanas de edad
- 1 Varicela antes de entrar a la escuela

Si un niño es inscrito en kindergarten por primera vez después del 1 de julio del 2015:

- 5 DTaP/DPT la última dosis durante o después del 4^{to} cumpleaños
- 4 Polio 3 dosis si la última dosis durante o después del 4^{to} cumpleaños
- 3 HIB por lo menos 1 HIB durante ó después del 1^{er} cumpleaños (no se administra después de los 5 años)
- 2 MMR 1^{ra} dosis durante ó después del 1^{er} cumpleaños
- 3 Hepatitis B la última dosis no antes de 24 semanas de edad
- 2 Varicela antes de entrar a la escuela (historial de la enfermedad de varicela debe ser documentada por el medico)

Requisitos adicionales:

- 1 dosis de Tdap antes de entrar al 7^{mo} grado (esta dosis de refuerzo se requiere si no se le ha administrado una vacuna Tdap desde la edad de 10 años)
- 1 de Meningococo antes de entrar al 7^{mo} grado (esta dosis de refuerzo se requiere si no se le ha administrado una vacuna MCV desde la edad de 10 años)

Cualquier excusa medica debe estar por escrita por un médico y debe decir las razones de la excepción de acuerdo a G.S.130A-156

Ley De Evaluación Médica De Carolina Del Norte

G.S. 130A-440 declara que cada niño/niña en el Estado entrando por primera vez a en las Escuelas Publicas de Carolina del Norte debe recibir una evaluación medica. La evaluación médica debe ser llevada a cabo no más de 12 meses antes de que el niño ingrese a la escuela. Los padres, tutor o persona responsable tendrán 30 días desde el primer día de clases para presentar la forma de evaluación médica requerida para el niño/a.

Por favor tenga confianza de llamar a la Oficina de Salud de la Escuela al 704-296-0845 para hablar con la enfermera de la escuela si usted tiene preguntas sobre la Ley de Vacunación de Carolina del Norte o la Ley de Evaluación Médica.

Estoy al tanto de que la cartilla de vacunas completa y una Evaluación Médica de mi niño deben ser entregadas en la escuela durante los 30 primeros días de clases de mi hijo/a o no se le permitirá a él/ella continuar hasta que se proporcione a la escuela una cartilla de vacunas y Evaluación Médica válidas. Reconozco que esta responsabilidad es de los padres ó el tutor y no de la escuela a la que asistió anteriormente. Una forma de evaluación medica es requerida para mi hijo/hija si él ó ella esta ingresando a una escuela pública de Carolina del Norte por primera vez.

Fecha en que toda la Información Medica debe ser entregada _____

Nombre del Estudiante

Fecha de Nacimiento

Fecha de Inscripción

Firma del Padre/Madre/Tutor

Fecha

Request for Health Information
Must be completed annually

School _____ Date _____
Student's Name _____ Date of Birth _____
Teacher _____ Grade _____
Parent/Guardian (names) _____
Home Phone _____ Mom's work _____ Mom's cell _____
Dad's work _____ Dad's cell _____
Emergency Contact Person _____ Daytime Phone _____
Drug Allergy(s) None Known Yes (list) _____
Treating Physician _____ Office Phone _____

MY CHILD DOES NOT HAVE ANY KNOWN MEDICAL CONDITIONS. (You may stop here if there are no known medical conditions. Please sign at the bottom and return.)

Asthma Triggers: environmental seasonal exercise induced
Inhaler at school- upper respiratory infection others _____
MD order required. Inhaler location: Carried by student (requires self carry form)
 Classroom Health Room

Diabetes Type I Type II Diagnosis Date: _____ Insulin by: Pump Injections
Desire Diabetes Care Plan: yes no, independent with all care **Please call for Nurse Conference - Notify your school nurse and principal immediately if newly diagnosed**

Food Allergy** Peanuts Tree Nuts Milk other/s _____
Date/Type of Last Reaction _____
Student Needs for Class/School _____
Diet Order signed by MD required (diet form may be obtained in the front office)

Severe Sting Allergy**
Date and Type/Description of Last Reaction: _____
****Notify your school nurse and principal immediately if anaphylaxis may occur****

Epilepsy Type(s) of Seizure(s): _____
 controlled with medication on medication, continues to have seizures
 Diastat needed at school no medication needed at school
Date and Type/description of last seizure _____

Head Injury/Concussion within the past year Date: _____

Other conditions/or specify pertinent data to help us better serve your child: _____

Does your child take routine medication(s) yes no List Meds: _____

Does your child need medication(s) at school? yes no List Meds: _____

If your child needs medication at school, a medication consent form is required to be signed by the health care provider and the parent/guardian. *Medication cannot be given at the school until appropriate consents have been received. *UCPS does not provide medications for students.****

I give permission to the School Staff/School Nurse to share information regarding my child's medical condition(s) with my physician or emergency personnel:
Date: _____ Parent/Guardian Signature _____

A health care provider's written diagnosis is required in order for an Individualized Healthcare Plan to be developed by the school nurse. Also, please let your school nurse know if your child participates in extracurricular school activities.

Petición de Información Médica
Debe ser completada anualmente

Escuela _____ Fecha _____
Nombre del Estudiante _____ Fecha de Nacimiento _____
Maestro _____ Grado _____
Padres/Representante Legal (nombres) _____
Teléfono de la Casa _____ Teléfono Trabajo de la Madre _____ Celular de la Madre _____
Teléfono del Trabajo del Padre _____ Celular del Padre _____
Persona Contacto de Emergencia _____ Teléfono en el Día _____
Medicamentos al cual es alérgico a saber ninguno Sí (anote) _____
Médico que lo atiende _____ Teléfono _____

MI HIJO NO TIENE NINGUNA CONDICIÓN MEDICA CONOCIDA. (Usted puede parar aquí si no existe ninguna condición médica. Por favor firme la parte de debajo y devuélvala)

Asma Causada por: el ambiente cambio de estación después del ejercicio físico
Inhaladores en la escuela por infecciones respiratorias otros _____
Requieren orden médica. Lugar donde se mantiene el inhalador: Llevado por el estudiante (**requiere forma de auto administración**)
 En el Salón de Clases En la Enfermería

Diabetes Tipo I Tipo II Fecha del Diagnostico: _____ Insulina por: Bombeo Inyecciones
Plan Deseado para Cuidar la Diabetes: sí no, cuidado independiente ****Llame para Conferencia****
****Notifique a la enfermera y al director de la escuela si es un diagnostico reciente****

Alergias a los Alimentos** Maní Avellanas Leche Otro(s) _____
Fecha y/Tipo de la Última Reacción _____
Necesidades del Estudiante en la Clase/Escola _____
Requiere orden dietética firmada por el médico (puede obtener la forma en la oficina de la escuela)

Picada de Insectos Severa**
Fecha y/Describe la Última Reacción _____
****Notifique a la enfermera y el director de la escuela inmediatamente si ocurre un ataque alérgico ****

Tipo de Epilepsia(s) de Convulsión(es): _____
 Controladas con medicamento Está en medicamento, y continua teniendo convulsiones
 Necesita Diastat en la escuela no necesita medicamento en la escuela
Fecha y Tipo/describa la última convulsión _____

Lesiones de cabeza/conmoción en el último año Fecha: _____

Otras condiciones/o especifique los datos pertinentes que nos ayuden a servir mejor a su hijo/hija: _____

¿Toma su hijo/hija medicamento regularmente? Sí No Anote Cual: _____

¿Necesita su hijo medicamento en la escuela? Sí No Anote Cual: _____

Si su hijo necesita tomar algún medicamento en la escuela, se requiere una forma de consentimiento para el medicamento firmada por el medico y por los padres o tutor. *Ningún medicamento puede ser administrado en la escuela hasta que no se hayan recibido los consentimientos apropiados. * **UCPS no provee medicamento para estudiantes. **

Doy mi permiso al Personal/Enfermera de la Escuela para compartir la información relacionada con la condición o condiciones médicas de mi hijo/hija con mi médico o personal de emergencia:

Fecha: _____ Firma del Padre/Madre/o Representante Legal _____

requiere de una diagnosis escrita por un medico para que un Plan de Cuidado de Salud Individualizado sea desarrollado por la enfermera la escuela. También, por favor comuníquese a la enfermera de la escuela si su hijo/hija participa en actividades extracurriculares.



Human Resources Department

400 North Church Street
Monroe, NC 28112
Phone 704.296.9898 Fax 704.289-3676
www.ucps.k12.nc.us

Andrew G. Houlihan, Ed.D. – Superintendent

Board of Education

Melissa Merrell, Chairman
Gary Sides, Vice-Chairman
Leslie Boyd
Kathy Heintzel
Christina Helms
Matt Helms
Joseph Morreale
Dennis Rape
Candice Sturdivant

New Volunteer Applicants

Union County Public Schools (UCPS) utilizes Fulcrum, a web-based volunteer system, to manage new and existing volunteers and effectively communicate with our volunteers. Your participation as a volunteer enriches the lives of our students, and it provides an essential supplement to the job duties of our county's employees.

Our volunteer system provides a profile for each volunteer. Volunteers provide information in the initial application process that makes up the profile, and the volunteer system will provide access to your profile once you are approved to volunteer with UCPS. UCPS encourages volunteers to sign in and update the profile as information changes.

To register as a new volunteer, follow the steps below:

- Visit volunteer system page at www.ucpsvolunteers.com. On the **UCPS Volunteer Registration Login** page, click "New Volunteer? Click Here to Register".
- Complete the volunteer application, and click "Submit" at the bottom of the page.
- You should receive an automated email from the volunteer system within 5-10 minutes informing you that your application has been submitted and asking you to click a link to confirm your email. If you do not receive an email within 24 hours, you should request assistance. Please do not try to log on or sign up again until you have received assistance. Once you receive the email, click the link provided to confirm your registration.
- Your information is automatically sent for a background check upon your completion and submission of the volunteer application. Once your background check is completed, you will be approved or denied, and the system will send an automated email informing you of your status.

All questions and requests for assistance should be directed to Bill Connell via telephone at 704-296-3176, or via email at bill.connell@ucps.k12.nc.us.

Union County Public Schools will maintain strict, professional confidentiality regarding the Volunteer Management System. In addition, Union County Public Schools has taken steps to maintain the highest level of security.

Solicitantes Nuevo

<https://www.charmsoffice.com/charms/parents.aspoluntario>

Escuelas Públicas Condado de Union (UCPS) utiliza Fulcrum, un sistema voluntario basado en la web, para gestionar nuevos y existentes voluntarios y comunicar eficazmente con nuestros voluntarios. Su participación como voluntario enriquece las vidas de nuestros estudiantes, y proporciona un complemento esencial de las funciones de trabajo de los empleados de nuestro condado.

Nuestro sistema de voluntarios proporciona un perfil para cada voluntario. Los voluntarios proporcionan información en el proceso de aplicación inicial que conforma el perfil y el sistema de voluntarios proporcionará el acceso a su perfil una vez que esté aprobado para ser voluntario con UCPS. UCPS alienta a los voluntarios para iniciar sesión y actualizar el perfil que cambia la información.

Para registrarse como voluntario nuevo, siga los siguientes pasos:

- Visita el sitio de sistema voluntario en www.ucpsvolunteers.com. En la página Registro Login UCPS Voluntarios, haga clic en "Nuevo Voluntario? Pulse aquí para registrarse".
- Complete la solicitud de voluntario, y haga clic en "Enviar" en la parte inferior de la página.
- Debe recibir un correo electrónico automático del sistema de voluntarios dentro de 5-10 minutos para informarle de que su solicitud ha sido presentada y le pide que haga clic en un enlace para confirmar su correo electrónico. Si no recibe un correo electrónico dentro de las 24 horas, debe solicitar asistencia. Por favor, no intente iniciar sesión o registrarse de nuevo hasta que haya recibido asistencia. Una vez que reciba el correo electrónico, haga clic en el enlace proporcionado para confirmar su registro.
- Su información se envía automáticamente a una verificación de antecedentes sobre su realización y presentación de la solicitud de voluntario. Una vez que se termina su verificación de antecedentes, se le aprobada o denegada, y el sistema le enviará un correo electrónico automático que le informa de su estado.

Todas las preguntas y solicitudes de asistencia deben ser dirigidas a Bill Connell por teléfono al 704-296-3176 o por correo electrónico a bill.connell@ucps.k12.nc.us.

Escuelas Públicas del Condado Unión mantendrá una estricta confidencialidad, profesional en relación con el Sistema de Gestión de Voluntarios. Además, las Escuelas Públicas del Condado de Union ha tomado medidas para mantener el más alto nivel de seguridad.

Crecientes posibilidades.