

HOJA DE INSCRIPCIÓN DEL ESTUDIANTE

ESCUELAS PÚBLICAS DEL CONDADO UNIÓN

For Office Use Only	
Student ID _____	Enrollment Date _____
Registration completed _____	School _____
Need <input type="checkbox"/> Immunization Record <input type="checkbox"/> Birth Certificate <input type="checkbox"/> TOR _____	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/Islas del Pacífico Blanco

El estudiante vive con _____

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

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 _____

Ultimo 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 _____

Ultimo Nivel de Educación _____ Dirección Correo Electrónico _____

Información de **Padrastr/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 _____

HOJA DE INSCRIPCIÓN DEL ESTUDIANTE

ESCUELAS PÚBLICAS DEL CONDADO UNIÓN

Otra Información			
Contacto de Emergencia (A parte de los Padres)	Nombre Completo	Relación con el Estudiante	Teléfono
			Puede Recoger al Estudiante <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Contacto de Emergencia (A parte de los Padres)	Nombre Completo	Relación con el Estudiante	Teléfono
			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Contacto de Emergencia (A parte de los Padres)	Nombre Completo	Relación con el Estudiante	Teléfono
			<input type="checkbox"/> Si <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 <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
Nombre del Médico _____			
Dentista _____	Nombre _____	Dirección _____	Teléfono _____
	Nombre _____	Dirección _____	Teléfono _____
Por favor indique la última escuela a la que el estudiante asistió (Si corresponde)			
<input type="checkbox"/> Escuela Privada _____			
	Nombre _____	Dirección, Ciudad, Estado, Código Postal _____	
<input type="checkbox"/> Escuela Charter _____			
	Nombre _____	Dirección, Ciudad, Estado, Código Postal _____	
<input type="checkbox"/> Escuela Pública _____			
	Nombre _____	Dirección, Ciudad, Estado, Código Postal _____	
<input type="checkbox"/> Institución de enseñanza en casa hogar _____			
	Nombre _____	Dirección, Ciudad, Estado, Código Postal _____	
<input type="checkbox"/> Enseñanza administrada en el hogar _____			
Ultima 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? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> 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"/> Si <input type="checkbox"/> No	Si es así, tiene la copia del plan?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Plan de Acomodación del Estudiante (504)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Si es así, tiene la copia del plan?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Académicamente Talento (AIG o TD)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Si es así, tiene la copia del plan?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Ha sido el estudiante retenido alguna vez? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si su respuesta es si, que grado repitió? _____			
Ha salido el estudiante de la escuela debido a una Suspensión o Expulsión? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si su respuesta fue si, explique por que: _____			

Transportación			
Mañana <input type="checkbox"/> Autobús <input type="checkbox"/> Carro <input type="checkbox"/> Caminando Tarde <input type="checkbox"/> Autobús <input type="checkbox"/> Carro <input type="checkbox"/> Caminando			
Información Militar			
Tiene el estudiante algún miembro de la familia prestando Servicio Militar Fuerzas Armadas de Estados Unidos? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> 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-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 _____
Student's Name Primer Nombre Apellido Paterno (DOB) Mes Día Año

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

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

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

¿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?
2. ¿Cuál fue el primer idioma que aprendió a hablar el alumno?
3. ¿Cuál es el idioma que su hijo/hija habla mas frecuentemente?
4. ¿Cuál es el idioma más hablado en su hogar?
5. Aparte de los idiomas estudiados en la escuela, ¿qué otro idioma o idiomas habla su hijo/hija?

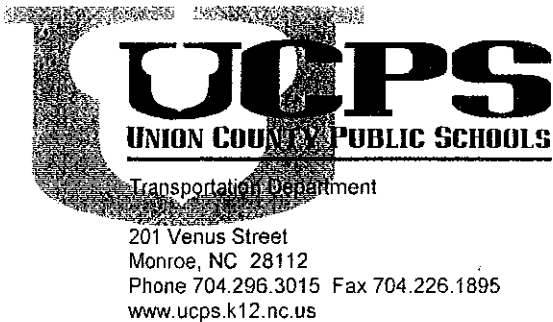
*Si la respuesta a las preguntas de la 2 a la 5 es otro idioma aparte del inglés, el estudiante será evaluado con la Prueba de Conocimiento del Inglés designada por el Estado para asegurar la colocación apropiada y la ayuda si fuera necesaria con el idioma Inglés.

Firma del Padre/madre o Guardián

Fecha

Teléfono 704-289-5460

Fax 704-296-3107



Dr. Mary Ellis – Superintendent

Board of Education
 Richard Yercheck - Chairman
 Marce Savage - Vice Chairman
 Jimmy H. Bention, Sr.
 John Collins
 Michael Guzman
 Christina B. Helms
 Sherry Hodges
 Rick Pigg
 Kevin Stewart

****PARA SER COMPLETADO POR PERSONAL DE LA ESCUELA SOLAMENTE****

**Departamento de Transportación
 FORMULARIO DE INFORMACION PARA ESTUDIANTES QUE VIAJAN EN EL
 AUTOBÚS ESCOLAR**

Año Escolar: _____ Fecha: _____
 Escuela: _____ Grado: _____
 Nombre del Estudiante: _____ Power School # _____
 Número de Teléfono: _____
 Nombre de los Padres: _____

Por favor marque todo lo que corresponda:

_____ El estudiante recibe transportación especial como un servicio afín en el IEP.
 _____ El estudiante está en un horario modificado DE _____ A _____
 _____ Estudiante en **transición** DE _____ A _____
 (Escuela) (Escuela)

Horarios de Transportación Modificados: Este formulario debe ser enviado por fax a la Oficina de EC para la firma del director solamente cuando un estudiante no está siguiendo el horario de transportación regular de la escuela.

Firma del Director de EC: _____ Fecha: _____

Por favor marque todo lo que corresponda (adjunte la documentación en donde sea apropiado):

_____ Condición médica, de ser así, que condición _____
 _____ Limitación Auditiva _____ Limitación de la Vista _____ Preocupaciones con la Comunicación
 _____ Medicamentos, si alguno, cual _____
 _____ BIP _____ IHP _____ Alergia, si alguna, ¿a qué? _____

Acción necesaria, si alguna _____

- ¿Está el niño tomando algún medicamento? Sí No;
 Si respondió que sí, ¿requiere de la administración del medicamento durante la transportación? _____
 (Adjunte la orden medica);
- ¿Tiene el estudiante aprobación para llevar consigo o auto administrarse el medicamento? _____ (Adjunte una copia)
- ¿Será el medicamento transferido entre adultos? _____
- Si respondió que sí, identifique que medicamentos serán llevados por el estudiante o transferidos por adultos: _____

Globalization. Innovation. Graduation.

Por favor marque los servicios especiales o de apoyo apropiados necesarios:

<input type="checkbox"/> Cambio de la parada del autobús	<input type="checkbox"/> Aparato para tener acceso a los escalones	<input type="checkbox"/> Monitor
<input type="checkbox"/> Asiento preferencial	<input type="checkbox"/> Asiento asignado	<input type="checkbox"/> Asiento Mom
<input type="checkbox"/> Restricción	<input type="checkbox"/> Compañero de Asiento	<input type="checkbox"/> BIP
<input type="checkbox"/> Aire acondicionado	<input type="checkbox"/> Peso del Estudiante	<input type="checkbox"/> Medicamento
<input type="checkbox"/> IHP	<input type="checkbox"/> Silla de Ruedas/cochecito con correas	
<input type="checkbox"/> Audífonos	<input type="checkbox"/> Transportación de Equipo Médico	
<input type="checkbox"/> Medidas para el arnés: <input type="checkbox"/> Cintura <input type="checkbox"/> Pecho <input type="checkbox"/> Del hombro a la cintura		

***Todas las modificaciones para asiento o restricción deben ser determinadas en consulta con un terapeuta físico y deben ser tratadas en un DEC 4 (IEP) bajo la sección que documenta la transportación como un servicio afín.**

Dirección Residencial: _____
(No se aceptan Números de PO Box) _____

Necesita Transportación: Solamente en la mañana Solamente en la tarde Ambas
Viajara en el autobús diariamente _____ Viajará en el Autobús Ocasionalmente _____

Por favor anote la dirección en la cual el estudiante será recogido y dejado en caso de ser diferente a la dirección de su residencia. Se necesitan de tres a cinco (3-5) días laborables para procesar a menos que exista una parada disponible. Cada escuela debe revisar el software de autobús para la fecha de inicio en la transportación.

Dirección de la Parada en la Mañana: _____

Dirección de la Parada en la Tarde: _____

Fax to Mandy Benton (TIMS Office) during the school year as students receive transportation as a related service or as the school learns of medical issues which would impact transportation AND at the end of the school year for transition.

Fax Number: 704-283-9873



Growing Possibilities...

Forma de Permiso de UCPS para Fotografiar, Toma de Video y Entrevistas para Noticias

Por este medio le concedo a las Escuelas Públicas del Condado Unión el derecho ilimitado para el uso y/o reproducción de fotografías, imagen o la voz de mi hijo/hija en cualquier forma legal y para la promoción interna o externa y actividades informativas de las Escuelas Públicas del Condado Unión. También estoy de acuerdo en permitir que mi hijo/hija sea entrevistado(a) y/o fotografiado(a) por representantes del medio informativo externo en relación con cualquier cobertura noticiosa sobre las Escuelas Públicas del Condado Unión en la cual ellos estén involucrados. También estoy de acuerdo en permitir que el trabajo de mi hijo/hija y/o sus fotografías sean publicadas en las Páginas red en el Internet/Intranet de las Escuelas Públicas del Condado Unión y/o publicaciones de UCPS. Aún más me doy por informado de que al firmar este permiso, renuncio a cualquier y todas las presentes, o futuros derechos de compensación por el uso del material o los materiales descritos arriba.

Nombre de la Escuela _____

Nombre del Estudiante _____

Firma del Padre/Madre/Tutor _____ Fecha _____

Dirección de los Padres/Tutor _____



Technology Services
721 Brewer Drive
Monroe, NC 28112
Phone 704.296.3143
Fax 704.296.3147

Notificación para los padres con hijos en escuelas primarias- Computadora Chromebook 2018-2019

Las escuelas públicas del Condado de Union están muy contentas en anunciar la continuación de el programa de 1:1 Access Model. Es el deseo de las escuelas públicas del Condado de Union en proveer a todos los estudiantes con excelentes oportunidades de enseñanza. El programa Access Model 1:1 está diseñado para aumentar la sensibilización a nivel mundial, promover innovación, y fomentar el éxito estudiantil. Mientras los estudiantes asisten a sus clases este año escolar, los maestros estarán diseñando lecciones ricas en tecnología en las cuales pondrán en práctica habilidades necesarias durante el siglo 21.

Equipo de Chromebook para los Estudiantes

- Computadora Lenovo Thinkpad 11e

Responsabilidades de los Estudiantes/Padres

- Los estudiantes utilizarán la computadora Chromebook solo para uso escolar.
- No es correcto el descargar artículos personales (fotos de su familia, música iTunes, videos familiares), a computadoras Chromebook de UCPS.
- No es correcto descargar aplicaciones personales a la Chromebook de UCPS.
- Estudiantes deben utilizar la Chromebook solamente para enriquecer su proceso de aprendizaje escolar.

Recursos para los Padres para Mantener Seguridad en el Internet

- NetSmartz.org/Parents: <http://www.netsmartz.org/>
- FBI Parent Guide to Internet Safety: <http://www.fbi.gov/stats-services/publications/parent-guide>
- Common Sense Media: <https://www.commonsensemedia.org/>
- KidsHealth.org: http://kidshealth.org/parent/positive/family/net_safety.html
- OnGuard Online.gov: <https://www.onguardonline.gov>

1:1 Enseñanza en la Escuela

- Los estudiantes son responsables de cuidar sus Chromebooks para que no se dañen.
- Los estudiantes deberán seguir las reglas de uso de UCPS
- Si la Chromebook necesita ser reparada, el Departamento de Tecnología de UCPS se hará cargo de repararla.

Nombre del Estudiante(Imprimir): _____ Maestro: _____

Escuela: _____ Fecha: _____

Firma del Estudiante: _____

Firma del Padre: _____

Revise el website de su escuela para reglamentos que puedan cambiar sin previo aviso.

Union County Public Schools Información Legal de Vacunaciones de Carolina del Norte

Cada padre, tutor y persona o agencia, ya sea del gobierno o privada, con custodia legal de un niño debe tener la responsabilidad de asegurar que el niño haya recibido las vacunas requeridas a la edad requerida por la ley. Debe ser responsabilidad de los padres el proveer la cartilla de vacunas de cada niño en edad escolar a la escuela dentro de 30 días después que el niño/niña entra a la escuela o *el/ella será suspendido(a)* de la escuela hasta el tiempo en que una cartilla de vacunas valida y completa sea proveída a la escuela. Por favor revise la cartilla de su niño/niña para asegurar que llena todos los requisitos Legales de Vacunaciones de Carolina del Norte.

Estatuto General 130-A 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 matriculado en primer grado por primera vez después de julio 1 de 19 87, pero antes de julio 1 de 1994

- 4 DPT la última dosis durante o después del 4to. cumpleaños
- 3 Polio la última dosis durante o después del 4to. cumpleaños
- 2 Sarampión la primera dosis después del 1er. cumpleaños
- 1 Paperas
- 1 Rubéola

Si un niño es matriculado en kinder o 1er. Grado por primera vez después del julio 1 de 1994, pero antes de julio 1 de 1999

- 5 DPT la última dosis durante o después del 4to. cumpleaños
- 4 Polio la última dosis durante o después del 4to. cumpleaños
- 3 Hib por lo menos 1 Hib durante o después del 1er. cumpleaños o antes de cumplir 5 años
- 1 MMR 1ra. Dosis durante o después del 1er. cumpleaños

Si un niño es matriculado en kinder por primera vez después del 1ro. de julio de 1999

- 5 DPT la última dosis durante o después del 4to. cumpleaños
- 4 Polio la última dosis durante o después del 4to. cumpleaños
- 3 Hib por lo menos 1 Hib durante o después del 1er. cumpleaños y antes de cumplir 5 años
- 2 MMR 1ra. dosis durante o después del primer cumpleaños
- 3 Hepatitis B la última dosis no antes de los 6 meses de edad

Requisitos adicionales:

- 1 Varicela entre los 15 y los 18 meses de edad si nació durante o después de abril 1 del 2001
- 1 dosis de Tdap antes de entrar al 6to. grado (esta dosis de refuerzo se requiere si no se le ha administrado una vacuna contra el Tétano en los últimos cinco años)

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

Ley De Evaluación Medica De Carolina Del Norte

G.S. 130-A-440 declara que cada niño/niña en el Estado entrando a Kinder en escuelas publicas 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 tendrá 30 días desde el primer día de clases para presentar la forma de evaluación médica requerida para el niño/niña.

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 Medica.

Estoy al tanto de que la cartilla de vacunas de mi hijo/hija debe ser llevada a la escuela en el transcurso de 30 días calendario desde hoy o el/ella no le será permitido continuar en la escuela hasta el momento que la cartilla de vacunas valida pueda ser proveída a la escuela. Reconozco que esta responsabilidad es de los padres/tutor y no de la escuela a la que asistió anteriormente. Una forma de evaluación medica es requerida para mi hijo/hija si el/ella esta ingresando al Kinder por primera vez.

Nombre del Estudiante

Fecha de Nacimiento

Fecha de Matricula

Firma del Padre/Madre/Tutor

Fecha

Esta será la única notificación de requisitos de salud



NORTH CAROLINA HEALTH ASSESSMENT TRANSMITTAL FORM

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

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

PARENT to COMPLETE THIS SECTION

Student Name:

(Last)

(First)

(Middle)

Birthdate (M/D/YYYY):

School Name:

Home Address:

City:

State:

County:

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

Telephone(s)

Home:

Work:

Cell Phone:

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

HEALTH CARE PROVIDER TO COMPLETE THIS SECTION

Medications prescribed for student:

Student's allergies, type, and response required:

Special diet instructions:

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

Vision screening information:

Passed vision screening: Yes No

Concerns related to student's vision:





PUBLIC SCHOOLS OF NORTH CAROLINA

State Board of Education | Department of Public Instruction

January 2016rev

Hearing screening information:

Passed hearing screening: Yes No

Concerns related to student's hearing:

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

School follow-up needed: Yes No

Medical Provider Comments:**Please attach other applicable school health forms:**

- Immunization record attached:
- School medication authorization form attached:
- Diabetes care plan attached:
- Asthma action plan attached:
- Health care plans for other conditions attached:

Health Care Professional's Certification

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

Name:

Title:

Signature: _____

Date (m/d/yyyy):

Date of Exam (if Different):

Practice/Clinic Name:

Practice/Clinic Address:

Practice/Clinic City:

State:

Zip:

Phone:

Fax:

Provider Stamp Here:



Public Health
HEALTH AND HUMAN SERVICES