

FECHA: _____

NEW Student Registration

Complete el 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 del Estudiante (apellido, primer nombre, segundo nombre) _____ Sufijo (Jr., Sr., II, III, IV, V) _____ **Estudiante Fecha de Nacimiento** (mm/dd/yyyy) _____

Grado escolar que cursó el año pasado	Grado a cursar este año escolar	Grado a cursar el próximo año escolar	¿El estudiante ha asistido con anterioridad a una escuela pública en el condado de Duval? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
---------------------------------------	---------------------------------	---------------------------------------	---

*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.

Estudiante Número de Seguridad Social (Solicitado)*	Estudiante Ciudad y Estado de Nacimiento	Estudiante País de Nacimiento <input type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> Otro: _____
--	---	---

¿El estudiante es de nacimiento múltiple (gemelo, trillizo, etc.)? Sí No

Hermano(s) en edad escolar- Liste Nombre(s) y escuela(s):

Origen étnico del estudiante (Debe contestar Sí o No)

Sí, Hispano o Latino (persona originaria de Cuba, Mexico, Puerto Rico, America Central o Sur, o de otra cultura u origen español sin importar la raza) **No**, Hispano o Latino

Estudiante: Raza (seleccione **todas** las que apliquen en su caso)

Indio Americano o Nativo de Alaska - (orígenes de cualquier pueblo originario de América del Norte o del Sur the original peoples of North or South America [incluyendo América Central])

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

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

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

Caucásico - (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 (si aplica) _____ Condado de Residencia (Si no es Duval County): _____
---	--

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

If a box is checked contact McKinney-Vento office at 390-2528.

<input type="checkbox"/> Shelter (Refugio)	<input type="checkbox"/> 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 Placement (En espera de padre adoptivo)	<input type="checkbox"/> Relative Care (Al cuidado 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"/> No aplica (Propietario/Renta)

¿En qué fecha fue inscrito el estudiante por primera vez en una escuela en USA? (MM/DD/YYYY) _____

Nombre Legal del **estudiante** (apellido, primer nombre, segundo nombre)

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? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 2. ¿El estudiante tuvo un primer idioma que no es inglés? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 3. ¿El estudiante habla otro idioma con más frecuencia que no es inglés? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |

If "Yes" is checked for any question, school personnel must fax this page to ESOL office at 390-2800.

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

- | | | | |
|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> DCPS (Título I Pre-K) | <input type="checkbox"/> Head Start | <input type="checkbox"/> No atendió preescolar | <input type="checkbox"/> Programa de padres adolescentes |
| <input type="checkbox"/> Pre-K con Discapacidades | <input type="checkbox"/> Preparación de Coaliciones | <input type="checkbox"/> Pre-K Privado (NO VPK) | <input type="checkbox"/> Proveedor Privado VPK |
| <input type="checkbox"/> Cuotas de Padres | <input type="checkbox"/> Emigrante Pre-K | <input type="checkbox"/> Pre-K en alguna escuela del Distrito | |

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

Cláusulas de Entrada (marque según corresponda). Por favor consulte el estatuto de la Florida 1006.07 (1)(b) para la entrada a estudiantes que reciben acción disciplinaria.

- Sí No El estudiante ha sido expulsado de la escuela. En caso afirmativo, Nombre de la Escuela _____ Ciudad _____ Estado _____
- Sí No 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.

PADRE/TUTOR INFORMACIÓN (Favor de listar en orden de prioridad de contacto)

PADRE O ENCARGADO	Primer Nombre y Apellido		Relación con el estudiante: <input type="checkbox"/> Mamá <input type="checkbox"/> Papá <input type="checkbox"/> Padre adoptivo <input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> Tutor legal		
	Domicilio si no es el mismo al del estudiante (Núm. de casa, calle, núm. de departamento, ciudad, estado, código postal)				
	Teléfono Primario <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Celular		Teléfono Secundario <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Celular		Teléfono (Trabajo)
	Acepto mensajes de texto a mi celular** <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Correo electrónico		
PADRE O ENCARGADO	Primer Nombre y Apellido		Relación con el estudiante: <input type="checkbox"/> Mamá <input type="checkbox"/> Papá <input type="checkbox"/> Padre adoptivo <input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> Tutor legal		
	Domicilio si no es el mismo al del estudiante (Núm. de casa, calle, núm. de departamento, ciudad, estado, código postal)				
	Teléfono Primario <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Celular		Teléfono Secundario <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Celular		Teléfono (Trabajo)
	Acepto mensajes de texto a mi celular** <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Correo electrónico		

Nombre Legal del **estudiante** (apellido, primer nombre, segundo nombre)

SUSTITUTO EDUCATIVO INFORMACIÓN (si corresponde)

SUSTITUTO EDUCATIVO (SI CORRESPONDE)	Primer Nombre y Apellido		
	Domicilio si no es el mismo al del estudiante (Núm. de casa, calle, núm. de departamento, ciudad, estado, código postal)		
	Teléfono Primario <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Celular	Teléfono Secundario <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Celular	Teléfono (Trabajo)
	Acepto mensajes de texto a mi celular** <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Correo electrónico

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

Ambos padres
 Mamá
 Papá
 Padre y Madrastra/Padrastro
 Tutor legal
 Otro: _____

El/ella no está en custodia física del padre o tutor (Jóven no acompañado) Sí No

¿El estudiante es padre adolescente? Sí No

¿El estudiante se registró al Centro de Servicios para Adolescentes? Sí No

¿El estudiante está interesado en asistir al programa "Comprehensive Teen Parent Program"? Sí No

If "Yes" is checked for any question, contact the Teen Parent Center office at 904-390-2050

<p>Si contestó "Sí" a cualquiera de las preguntas en esta sección, proporcione nombre(s) y fecha(s) de nacimiento de los hijo(s):</p> <p>1. _____ Nombre Apellido Fecha Nacimiento</p> <p>2. _____ Nombre Apellido Fecha Nacimiento</p>	<p>Si contestó "Sí" a cualquiera de las preguntas en esta sección, proporcione nombre(s) y fecha(s) de nacimiento de los hijo(s):</p> <p>3. _____ Nombre Apellido Fecha Nacimiento</p> <p>4. _____ Nombre Apellido Fecha Nacimiento</p>
--	--

INFORMACIÓN ACADÉMICA DEL ESTUDIANTE

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"/> Educación en casa
Ciudad, Estado de la última escuela que asistió el estudiante	Condado- Última escuela	País de la última escuela <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 (*I*EP)
 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 (Sólo gifted-dotado)

¿El padre/tutor ha trabajado en la agricultura o pesca? Sí No

¿Alguno de los padres/tutores es miembro Activo al Servicio de las Fuerzas Armadas? Sí No

FAMILIAS MILITARES (Pacto Interestatal): 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 reserva en servicio activo. (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 su estructura familiar **no** está incluida en alguna de las categorías mencionadas, por favor marque la siguiente declaración:

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

¿Alguno de los padres de familia o tutor es un civil o contratista que trabaja o vive en propiedad Federal (Ayuda de Impacto Federal)?

Sí No

IMPORTANTE. ES REQUISITO CONTESTAR LAS SIGUIENTES 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
Por favor **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

¿Su estudiante tiene seguro médico? Sí No

¿Desea ser contactado acerca de la obtención de un seguro médico económico? Sí No

Nombre Legal del **estudiante** (apellido, primer nombre, segundo nombre)

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/Suplente

Fecha

Lea cuidadosamente a continuación. Marque la casilla con la declaración que le corresponda y firme al finalizar.

Consentimiento Estudiantil Para Difusión a los Medios: Por la presente autorizo el uso de video de mi hijo, y / o la liberación de su nombre y logro para publicar (imprimir, red mundial) y / o propósitos de difusión. También consiento la exhibición del video / película / fotografías a cualquier persona. Entiendo que el Distrito Escolar del Condado de Duval no es parte de una organización externa de fotografía / filmación / producción de video por lo que mantendrá a las Escuelas Públicas del Condado de Duval y a sus empleados, libres de cualquier responsabilidad ligada a cualquier producción no hecha internamente por las Escuelas Públicas del Condado de Duval.

SI doy consentimiento NO doy consentimiento

Aviso De Las Políticas en el 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 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>

Nombre Legal del **estudiante** (apellido, primer nombre, segundo nombre)

****Comunicación Electrónica:** Usted tiene la opción de participar en la mensajería de texto (SMS), mensajes de voz pregrabados por el distrito o escuela con relación al cierre de escuelas y eventos. Esta opción aplica a todos los números listados en la registración.

SI doy mi consentimiento NO doy mi consentimiento.

***Los mensajes de texto pueden incurrir en cargos adicionales, dependiendo de su plan. Consulte con su proveedor de telefonía celular. .**

Divulgación de Elegibilidad en los Programas de Nutrición Estudiantil: La información dada en la aplicación para comidas gratuitas o de costo reducido puede hacer calificar al estudiante a servicios adicionales. El permiso de los Padres/Tutores debe ser dado antes de que la información sobre la elegibilidad de comida gratuita o reducida sea compartida. El compartir esta información, no altera el estado de elegibilidad de comida gratuita o reducida.

Me gustaría compartir información sobre el estatus de comida gratuita o reducida. **Sí** **No** **N/A**

Si la respuesta es afirmativa, considere el estado de comida gratuita o reducida del estudiante para lo siguiente: (marque todas las que apliquen)

- Becas Universitarias y Post-Secundarias y Exenciones de Solicitud
- Exenciones de SAT/ACT
- Estatus de grupos subrepresentados en los programas para estudiantes dotados, tal como se define en la Regla 6A-6.03019 F.A.C. (Esta autorización no significa que el estudiante será referido para una prueba de preselección y / o evaluación; tampoco sirve como consentimiento para la preselección/evaluación.)

If "Yes" and any boxes are checked, school personnel must fax this page to the Food Service office at 732-5157

ESTA INSCRIPCIÓN NO ES VÁLIDA SIN LA FIRMA Y 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/Suplente (Firma del estudiante sólo si es mayor de edad)

Fecha