

Fecha: \_\_\_\_\_

**ESTUDIANTE DE REINGRESO**

(Grados KG - 12)

Complete ambas páginas

Por favor conteste todas las que apliquen.



**OFFICE USE ONLY**

School #	Student #
Grade Level	Teacher
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)		Suffix (Jr., Sr., II, III, IV, V)	Estudiante Fecha de Nacimiento (mes/día/año)
Grado escolar que cursó el año pasado	Grado a cursar este año escolar	Grado a cursar el próximo año escolar	

**Estudiante # de Seguro Social (solicitado)\*** \_\_\_\_\_ \*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.

Escuela-edad de hermano(s) / Nombre(s) y escuela(s): \_\_\_\_\_

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

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

<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)

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

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

<b>PADRE O ENCARGADO</b>	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	
<b>PADRE O ENCARGADO</b>	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	

**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

**INFORMACIÓN ACADÉMICA DEL ESTUDIANTE**

¿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 afecte 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.

Nombre del Estudiante (Apellido, Primer Nombre, Segundo Nombre)

Duval County Public Schools
Formulario de Reingreso del Estudiante
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

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.

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.

[ ] SI doy consentimiento [ ] NO doy consentimiento

\*\*Comunicación Electrónica: Usted tiene la opción de participar en la mensajería de texto (SMS), mensajes de voz pre-grabados 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.

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.

Continúe a la siguiente página



ESTE FORMULARIO DE REINGRESO NO ES VÁLIDO SIN LA FIRMA Y FECHA

Nombre del Estudiante (Apellido, Primer Nombre, Segundo Nombre)

**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***

**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>