Sistema Escolar del Condado Union
Oficina Central de Registro
165 Elementary Way • Blairsville, GA • 30512
Phone: 706-835-4321 Fax: 706-745-3920

Padres/Apoderados:

Bienvenidos al Sistema Escolar del Condado Union. El sistema escolar acepta a todos los estudiantes que residen en el Condado Union. Los estudiantes que no residen en el condado pueden ser elegibles para inscribirse en base a la matrícula. Por favor, comuníquese con el director para informarse sobre la admisión a la escuela de los estudiantes no residentes en el condado.

Los estudiantes pueden ser inscritos en la Oficina Central de Registro ubicada en el Edificio del 4to/5to grado de la Escuela Elemental en 165 Elementary Way.

La siguiente documentación es necesaria para la Inscripción/Registro:

- **Tarjeta de Identificación con Foto del Padre/Apoderado**
- Una copia certificada del **Acta de nacimiento** del estudiante, o certificado de registro de nacimiento expedido por el hospital o certificado de nacimiento;
- Copia de la Tarjeta del **Seguro Social** del estudiante
- **Cerficado de Vacunas;**
  - -- Un certificdo actualizado "Completo para la Escuela" por el Georgia Department of Human Resources (Formulario 3231)
  - -- El Certificado de Vacuna de Otro estado, tendrá que ser transferido al Formulario 3231 por el Union County Health Department **ANTES DE REGISTRARSE**
  - -- El Union County Health Department está ubicado en 175 Chase Drive • Blairsville, GA • 706-745-6292
- **Declaración Notarizada de Residencia en el Condado Union;**
  - -- Esta Declaración la puede encontrar en el Paquete de Registro en el www.uschools.org
  - -- Esta Declaración puede ser notarizada en el momento del registro, si el Padre o Apoderado no ha firmado la declaración antes de venir a la escuela.
- Copia del **Formulario de Retiro de la escuela/Boleta de Calificaciones** de la última escuela a la que asistió.

Los anteriores documentos escolares del estudiante serán solicitados por la a Oficina Central de Registro, una vez que se haya programado una cita para el registro. Una cita para el registro/inscripción acelerará el proceso de inscripción y nos ayudará a colocar al estudiante en el grado correspondiente. Si usted trae los documentos escolares del estudiante a esta oficina, éstos solo serán aceptados si los documentos son oficiales y están en un sobre cerrado y sellado.

Por favor no dude en comunicarse con la Oficina Central de Registro, si usted tiene alguna pregunta relacionada con el registro.

Sinceramente,
Oficina Central de Registro de las Escuelas del Condado Union

Registro del Estudiante al Sistema Escolar del Condado Union

(Student Registration for Union County School System)

En letra de Imprenta — En letra de Imprenta — En letra de Imprenta

Nombre del Estudiante: (Name of the Student) _____ Apellidos Paterno y Materno (Surnames) _____ Nombres (Names) _____ Nombre preferido (Preferred)

SSN: _____ _____ _____ Masculino (Male) ☐ Femenino (Female) ☐ Fecha de nacimiento: (Date of birth) _____ Grado: (Grade) _____

Teléfono Residencial: (Home phone) _____ Lugar de Nacimiento: (Place of Birth) _____ Ciudad (City) _____ Condado (County) _____ Estado (State) _____ País (Country)

Si el estudiante nació en otro país, ¿ha asistido durante 3 años completos en las escuelas de los EE.UU? (If the studente was born in another country has he/she attended 3 full years of school in the United States?) ☐ Si (Yes) ☐ No (No) _____ Fecha de Ingreso a las escuelas de los EE.UU, (Si nació en otro país) (Date Entered U.S.Schools, if born in another country)

Grupo Etnico: ¿Es el estudiante Hispano/Latino? (Ethnicity) (Escoja solo uno) (Is student Hispanic or Latino) (Choose only one)

☐ No, no Hispano o Latino (No, not Hispanic or Latino)

☐ Sí, Hispano o Latino (Yes, Hispanic or Latino) (Una persona de Cuba, Mexico, Puerto Rico, de los paises del Sur y Centro America, o de otra Cultura Hispana u Origin, sin considerar su Raza) (A person from Cuba, Mexico, Puerto Rico, South or Central America Countries, or other Spanish Culture or Origin, regardless of Race)

¿Cúal es la raza del estudiante? (Escoja una o más) (What is student's race?) (Choose one or more)

_____ Indio Americano o Nativo de Alaska (American Indian or Alaska Native) (A person having origins in any of the original of peoples of North and South America (including Central America), and who maintains tribal affiliations or community attachments)

_____ Nativo Hawaiano o de otra Isla del Pacífico (Native Hawaiian or Other Pacific Islander) (A person having origins in a ny o f the original peoples of Hawaii, Guam, Samoa, o r Other Pacific Islands)

_____ Asiático (Asian) (A person having origins in any of the original peoples of the Far East,Southeast Asia, or the Indian subcontinent including, for example, Cambodia, China, India, Korea, Malaysia, Pakistan, the Philippine Islands, Thailand, and Vietnam)

_____ Negro o Afro Americano (Black or African American) (A person having origins in any of the black racial groups of Africa)

_____ Blanca (White) (A person having origins in any of the original peoples of Europe, the Middle East, or North Africa.)

Domicilio: (Home Address-911) _____ Calle/Street _____ Ciudad (City) _____ Estado (State) _____ Area Postal (Zip Code) _____ Condado (County)

Domicilio Postal (Si es diferente del de arriba): Mailing Address (if different from above) _____ Casilla Postal/ Calle (P.O. Box/Street) _____ Ciudad (City) _____ Estado (State) _____ Area Postal (Zip Code) _____ Condado (County)

Nombre del Padre: (Father's Name) _____ Empleador/Patrón: (Employer) _____

Teléfono Residencial: (Home Phone) _____ Teléfono/Trabajo: (Day/Work) _____ Inalámbrico: (Cellphone) _____ Correo electrónico: (E-mail) _____

Nombre de la Madre: (Mother's Name) _____ Empleador/Patrón: (Employer) _____

Teléfono Residencial: (Home Phone) _____ Teléfono/Trabajo: (Day/Work) _____ Inalámbrico: (Cellphone) _____ Correo electrónico: (E-mail) _____

Vive con la Madre/Padre: (Single Parent Household) Si (Yes) ☐ No ☐

Vive con: (Lives with) ☐ Ambos Padres (Both Parents) ☐ Madre (Mother) ☐ Padre (Father) ☐ Abuelos (Grandparents) ☐ Con otra persona Especifique: (Other/Specify) _____

Nombre del Apoderado: (Guardian's Name) _____ Empleador/Patrón: (Employer) _____

Teléfono Residencial: (Home Phone) _____ Teléfono del Trabajo (Day/Work) _____ Inalámbrico: (Cell phone) _____ Correo electrónico: (E-mail) _____

Parentesco del Apoderado con el estudiante: (Guardian's Relationship to Student) _____

El idioma que más se **HABLA** en el hogar (ejem: Inglés, Español, Francés): (Language Most Often **SPOKEN** at Home (example:English, Spanish, French) _____

El idioma que más se usa para **ESCRIBIR** en el hogar (ejem: Inglés, Español, Francés): (Language Most Often **WRITTEN** Home (example:English, Spanish, French) _____

A quién llamar en Emergencias: (Emergency Contacts)

A las siguientes personas se les puede llamar, si la escuela no puede comunicarse con el padre/madre o apoderado
Nota: Si algunas de estas personas van a recoger al estudiante, tienen que estar nombradas en la sección de "Personas Autorizadas para recoger al estudiante/ Firma de salida del estudiante"
(The following people may be contacted, if the school system is unable to contact parent/guardian.
(Note: If any of these contacts may need to pick-up the student, they will need to be listed in the section below:"Persons Authorized to Pick-up/Sign-out Student)

Persona # 1: (Emergency Contact #1) _____

Teléfono: (Phone) _____ Teléfono Alternativo: (Alternate Phone) _____ Parentesco: (Relationship) _____

Persona # 2: (Emergency Contact #2) _____

Teléfono: (Phone) _____ Teléfono Alternativo: (Alternate Phone) _____ Parentesco: (Relationship) _____

Persona # 3: (Emergency Contact #3) _____

Teléfono: (Phone) _____ Teléfono Alternativo: (Alternate Phone) _____ Parentesco: (Relationship) _____

Personas Autorizadas a Recoger y a Firmar la salida del Estudiante:
(No se olvide incluir su nombre)
(Persons Authorized to Pick-up / Sign-out Student. Don't Forget to Include Yourself)

Las siguientes personas adultas pueden recoger y firmar la salida del estudiante sin tener la escuela que llamar al padre, madre o apoderado por su permiso. (The following adults may be pick up / sign-out student without the school contacting parent/guardian for permission.)

Nombre (Name)	Parentesco con el Estudiante (Relationship to Student)

Transporte a la Escuela: (To School Transportation)

☐ Autobús (Bus) ☐ Padre (Parent) ☐ Viaja con otra persona en lugar de su padre/madre (Rides w/Someone Other Than Parent) ☐ El estudiante maneja su propio vehículo (Student Drives)

Si lo sabe: (If Known) Autobús #: _____ Conductor del Autobús: (Bus Driver) _____

Transporte al Hogar: (From School Transportation)

☐ Autobús (Bus) ☐ Padre (Parent) ☐ Viaja con otra persona en lugar de su padre/madre (Rides w/Someone Other Than Parent ☐ El estudiante maneja su propio vehículo (Student Drives)

Si lo sabe: (If Known) Autobús#: _____ Conductor del Autobús: (Bus Driver) _____

Plan de Salida Temprana/Emergencia (Early/Emergency Dismissal Plan)

Encierre en un Circulo y Complete una sola Opción
Circle & Complete Only One Option)

¿Cómo se irá el estudiante a su hogar en caso de que tengamos que cerrar la escuela temprano?
(How will student go home in the case of an early school closing?)

1. Viaja en su Autobús (Ride Regular Bus) ☐ Autobús #/Conductor: (Bus # / Driver) _____
   A: (To) _____ Domicilio: (Address) _____

2. Viaja en diferente Autobús (Ride Different Bus) ☐
   A: (To) _____ Domicilio: (Address) _____

3. El padre/madre lo recojerá (Parent Will Pick-up) ☐

4. Al estudiante lo recogerá: (Student will be picked up by:)

5. Otra persona:(Other)

Información Médica: (Medical Information)

Alergias: _____
(Allergies)

Otros problemas médicos: _____
(Other Medical Considerations)

Alertas médicas: _____
(Medical Alerts)

Medicinas que está tomando actualmente: _____
(Current Medications)

Programa Pre-K al que Asistió el estudiante:
(Pre-K Program Student Attended)

_____
Nombre de la escuela Pre-Escolar
(Pre-School Name)

☐ GA Pre-K ☐ Patrocinada por el estado (Publicly Sponsored) ☐ Head Start ☐ Otra Escuela Pública (Other Public School)

_____
Ciudad, Estado
(City, State)

☐ Privada-Sin Fines de Lucro (Private-Non-Profit) ☐ Privada-Pagante (Privada Private For Profit) ☐ No ha asistido a ninguna Escuela Pre-Escolar (Did Not Attend a Pre-K)

¿Ha estado el estudiante en Escuela o Enseñanza Domiciliaria? SI (Yes) ☐ No (No) ☐
(Has student ever been Home-schooled?)

¿Ha asistido el estudiante a las escuelas del Condado Union? SI ☐ No ☐ Si la respuesta es SI, ¿en que grado(s) y que año(s)? _____
(Has student ever attended Union Co. Schools?) (If yes, which grade(s) and/or year(s)

¿Ha repetido el estudiante algún grado? SI ☐ No ☐ Si la respuesta es SI, ¿en qué grado y porqué? _____
(Has student ever repeated a grade?) (If yes, which grade and why?

¿Está el estudiante matriculado en algún Prog. de Educación Especial? (Is student enrolled in a Special Ed. Program?) SI ☐ No ☐ Si la respuesta es SI, ¿en que grado? _____
(If yes, which one?

¿Ha tenido el estudiante alguna evaluación sicológica? SI ☐ No ☐ Si la respuesta es SI, ¿cuándo lo completó? _____
(Has student had a psychological evaluation?) (If yes, when completed?)

Solo para los Estudiantes de Primaria: (Primay School Students Only)
Por favor expliqué si tuvo alguna complicación durante el embarazo/nacimiento, o ha tenido él/ella alguna demora en su desarrollo infantil. _____
(Please explain any complications during the pregnancy / birth or any delays in early development.)

_____

¿Ha tenido el estudiante alguna experiencia que le haya afectado emocionalmente, o tiene él/ella algún problema que le gustaría compartir con nosotros y que nos ayude a conocerlo/a y servirlo en forma más eficiente? _____
(Has student ever had any experience that might have upset him/her emotionally or is there any other milestones regardingstudent that you would like to share with us that may help us know and serve him/her more effectively?)

Por favor provea la siguiente información de la última escuela a la que el estudiante ha asistido para que podamos solicitar su expediente acádemico
(Please provide the following information for the school the student most recently attended, so that we may request educational records.)

Nombre de la Escuela: _____
(School Name)

Dirección: _____ Ciudad: _____ Calle: _____ Area Postal: _____
(Address) (City) (ST) (Zip Code)

Teléfono#: _____ Fax #: _____
(Phone #)

********** **Información sobre el Retiro del Estudiante** **********
(Withdrawal Information)

La persona que matricula al estudiante, es la única persona autorizada para retirarlo de la escuela
(The individual enrolling a student is the only person permitted to withdraw the student.)

¿Quién es un padre Autorizado/Responsable?

La persona que inscribe o registra a un estudiante y que durante el año escolar asume la responsabilidad paterna; esta persona puede ser la madre, O el padre, un apoderado o cualquier otra persona que ha asumido el papel de los padres. Para los efectos del sistema escolar, el padre/madre autorizado es la única persona responsable del estudiante arriba mencionado y será con la única persona que el sistema escolar se comunicará y enviará cualquier información de la escuela con respecto a este estudiante.

Yo confirmo que la información proporcionada es correcta. Entiendo que será mi responsabilidad informar a la escuela de cualquier cambio. Además, entiendo que mi firma más abajo me designa como el padre/madre responsable del estudiante arriba mencionado en los registros del sistema escolar. Por lo tanto, **Yo soy la persona responsable de este estudiante y seré yo la primera persona a quién el sistema escolar llamará con relación a cualquier asunto relacionado con el mencionado estudiante**

_____	_____	_____
Nombre del Padre responsable En letras de imprenta (Printed Name of Parent of Record)	Firma del Padre responsable (Parent of Record Signature)	Fecha (Date)

Union County School System

DECLARACIÓN JURADA DE RESIDENCIA

State of Georgia
County of Union

Personalmente ante el suscrito Notario Público autorizado para tomar juramentos, se apareció _____, quien después de prestar juramento, declara bajo juramento lo siguiente:

1. Yo soy el padre/madre/apoderado(padre autorizado/responsable) de_____ un/a menor en edad escolar cuyo cumpleaños es el_____y en la actualidad tiene _____años de edad.
   Hago esta declaración jurada en respaldo al derecho de mi hijo/a a inscribirse en la escuela Union County_____del Sistema Escolar del Condado de Union.
2. Yo afirmo que mi hijo/a y yo somos residentes de buena fe del Condado Union, y que nuestra dirección es_____. En respaldo a nuestro domicilio en esta dirección, afirmo que lo siguiente es verdad:

   (Marque las declaraciones que son verdaderas)

_____a. He proporcionado este domicilio al registrarme para votar en el Condado Union;
_____b. He proporcionado este domicilio al adquirir una Licencia de Conducir de Georgia o mi solicitud por una Licencia de Conducir de Georgia está pendiente;
_____c. Tengo recibos o facturas de los servicios públicos que recibo en mi hogar en el Condado Union en la dirección arriba mencionada y que proporcionaré al Sistema Escolar si los solicita;
_____d. Otra prueba de mi intención de hacer mi domicilio legal en el Condado de Union es como sigue:

_____
_____
_____
_____

Si sus respuestas desde la (a) hasta la (d) son negativas, por favor explíquelo en las siguientes líneas:

_____
_____
_____
_____

Entiendo que el Sistema Escolar en base a esta declaración, va a verificar mi residencia en el Condado Union a fin de inscribir a mi hijo/a en la escuela_____. Si en algún momento ya no soy residente del Condado Union, le informaré al director de la escuela donde está inscrito mi hijo/a. Entiendo que cualquier información proporcionada al sistema escolar que sea intencionalmente falsa puede constituir un delito de perjurio bajo las leyes de Georgia.

_____ _____
Fecha Padre/Apoderado
(Padre Autorizado/Responsable)

Jurado y suscrito ante mí el día _____de_____ de_____

Notario Público:_____Mi comisión termina:_____

Union County
School System

Encuesta de Idioma Domestico

Fecha _____ Escuela _____ Grado _____

Nombre del menor _____
Primer nombre Inicial del segundo nombre Apellido

Nombre del padre o aproderado _____
Primer nombre Inicial del segundo nombre Apellido

Dirección _____
Calle Ciudad Estado Código Postal

Número de teléfono _____
Hogar Trabajo Cell Otro

1. Fecha de nacimiento del menor _____ (Mes/Día/Año)

   ¿Nació su hijo(a) en Estados Unidos? ☐ Si ☐ No De ser así, ¿ en qué estado? _____

   De no ser así, ¿en qué país? _____ Si no, fecha en que el menor ingresó a Estados Unidos: _____

2. ¿Ha asistido su hijo/a a alguna escuela de Estados Unidos durante tres años cualesquiera de su vida? ☐ Si ☐ No

   Si la respuesta es afirmativa, indique el nombre de la escuela (o escuelas), estado, y fechas de asistencia:

   Nombre de la escuela _____ Estado _____ Fechas de asistencis _____
   Nombre de la escuela _____ Estado _____ Fechas de asistencis _____
   Nombre de la escuela _____ Estado _____ Fechas de asistencis _____

3. ¿Cuál es el idioma que se habla con más frecuencia en el hogar? _____

4. Si hay a disposición, ¿en qué idioma le gustaria recibir la comunicación de la escuela? _____

5. Marque si su hijo(a) es: ☐ Indio americano nativo ☐ Nativo de Alaska ☐ Nativo de las islas del Pacifico ☐ Nativo de las islas Virgenes de EE.UU

6. ¿Es el idioma primario de su hijo(a) o el que se habla en el hogar distinto al inglés? ☐ Si ☐ No

Si su respuesta a la pregunta 6 es "Si", responda las siguientes preguntas:

7. ¿En qué país vivió su hijo/a más recientemente? _____

8. ¿Qué idioma aprendió su hijo(a) cuando recién comenzó a hablar? _____

9. ¿Qué idioma habla en casa su hijo(a) con más frecuencia? _____

10. ¿En qué idioma le habla con más frecuencia a su hijo(a) _____ (Padre) _____ (Madre)

11. Describa el idioma que su hijo(a) entiende. (Marque sólo uno))

☐ Entiende solamente el idioma del hogar y no inglés.
☐ Entiende mayormente el idioma del hogar y algo de inglés.
☐ Entiende el idioma del hogar y el inglés por igual.
☐ Entiende inglés mayormente y algo del idioma del hogar.
☐ Entiende inglés solamente.

_____ Firma del padre o tutor _____ Fecha

GEORGIA DEPARTMENT OF EDUCATION

Sistema Escolar: _____

Encuesta Ocupacional para Padres
Por favor llene este formulario para determinar si sus hijos califican para recibir servicios a través del Programa de Titulo I, Parte C

¿Ustedes se han movido para trabajar en otra ciudad, condado, o estado, en los últimos tres (3) años? ☐ Sí ☐No

Si su respuesta es "Sí", ¿en qué fecha llegaron a la ciudad/pueblo donde viven actualmente? _____

¿Alguien de su familia trabaja, ha trabajado, o tiene la intención de trabajar, en una de las siguientes actividades en forma permanente o temporal o ha hecho este tipo de trabajo en los últimos tres años? (Marque todos los que apliquen)

☐ 1) Agricultura; plantando/cosechando vegetales o frutas como tomates, calabazas, uvas, cebollas, fresas, arándanos, etc.
☐ 2) Plantando o cortando árboles/juntando agujas de pino *(pine straw)*
☐ 3) Procesando /empacando productos agrícolas
☐ 4) Lechería o ganadería
☐ 5) Empacadoras o procesadoras de carne/pollo o mariscos
☐ 6) Pescando o criando pescado
☐ 7) Otra actividad. Por Favor especifique en cuál: _____

Nombre de los Estudiantes	Nombre de la Escuela	Grado

Nombre de los padres o guardianes legales: _____

Dirección donde vive: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Teléfono: _____

¡Muchas Gracias!
Por favor regrese este formulario a la escuela

Las respuestas a este formulario van a ayudar a determinar si sus hijos califican para recibir servicios a través del programa de Titulo I, Parte C.

Note for the school/district: when **both** (Yes) "Si" **and** one or more of the boxes from 1 to 7 is/are checked, please give this form to the migrant liaison or migrant contact for your school/district. Please file original in student's records. Non-funded (consortium) systems should fax occupational parent surveys to Migrant Education Agency (MEA) serving your district
For additional questions regarding this form, please call the MEA serving your district:

Region 1 – Live Oak MEA (Brooklet) 1- 800-621-5217; Fax (912) 842-5440
Region 2 – Southern Pine MEA (Lenox and Bainbridge) 1-866-505-3182; Fax (229) 546-3251
Region 3 – Piedmont MEA (Clarkesville) 1-800-648-0892; Fax (706) 754-3594

Sistema Escolar del Condado Union
Formulario de Autorización para los Servicios de Enfermería

Por favor léalo, complételo, fírmelo y devuélvalo a la escuela dentro de 3 días. Si usted tiene alguna pregunta antes de firmarlo, por favor llame a la escuela. Este formulario de autorización debe ser llenado y firmado por el padre/apoderado a fin de que su hijo pueda recibir los servicios de la enfermería. Sin esta autorización, no podemos brindarle a su hijo ningún tratamiento leve o de emergencia.

Apellidos del estudiante	Nombres	Fecha de Nacimiento	Grado	Homeroom

Doctor del estudiante:_____ Teléfono #:_____
Padre/Apoderado:_____ Teléfono Residencial #:_____
Domicilio:_____
Teléfono del trabajo:_____ Teléfono Inalámbrico (cellphone) #:_____

HISTORIA MEDICA	SI/NO	SI LA RESPUESTA ES SI, EXPLIQUE
Alergias (medicinas o alimentos)	___/___	_____
Medicina que está tomando actualmente	___/___	_____
Diabetes	___/___	_____
Ataques epilépticos	___/___	_____
Asma	___/___	_____
Usa Lentes de contacto	___/___	_____
Enfermedad Mental	___/___	_____
Alguna Operación de cirugía	___/___	_____
Hospitalizaciones Previas	___/___	_____
Otras Enfermedades	___/___	_____

A continuación se detallan las medicinas que la enfermera puede usar o darle a su hijo/a. Por favor encierre en un círculo cualquier medicina que usted NO quiere que su hijo/a reciba. La enfermera solo puede darle a su hijo/a estas medicinas. Si usted desea que su hijo/a reciba Tylenol, Advil, o cualquier otra medicina mientras está en la escuela, usted tendrá que darnos la medicina y llenar un Formulario de Autorización de Medicación por esa medicina.

Enfermedad	Posibles Tratamiento(s)		
Dolor de garganta	Rociador para el dolor de garganta	Gárgaras con agua tibia y sal	
Ezcema,Picazón/Picadura de Insectos	Crema Hidrocortisona	Benadryl Crema/Rociador	Caladryl
Cortes/Arañones	Bactene/Hibiclens	Dermaplast/Solarcain	Antibiótico/Unguento
Leve Malestar Estomacal	Antácidos/Tums		
Boca	Vaselina	Anbesol/Orabase	
Ojos	Visine	Colirio para los ojos	

Si mi hijo/a sufre un accidente estando en la escuela, el Sistema Escolar del Condado Union tiene mi permiso para llevar a mi hijo/a al centro de salud más cercano, en caso de estar yo ausente.

☐ **Si,** Yo doy mi autorización para que el estudiante arriba mencionado reciba los servicios de la Enfermería de la Escuela. Entiendo que todos los servicios son gratuitos y confidenciales. Yo he dado la información completa y exacta a mi mejor saber y entender.

Esta autorización estará en vigencia durante el presente año escolar o hasta que el padre notifique lo contrario.

_____ _____ _____
Firma del Padre Autorizado/Responsable Parentesco Fecha

OR

☐ **No, Yo no quiero que el mencionado estudiante reciba los servicios de la enfermería ni que tenga acceso a la Enfermería de la escuela**

_____ _____ _____
Firma del Padre Autorizado/Responsable Parentesco Fecha

Union County School System

AUTORIZACION PARA QUE EL ESTUDIANTE POSEA Y SE ADMINISTRE UNA MEDICINA PRESCRITA, INHALADOR, EPI-PEN, GLUCAGON, INSULINA, U OTRA MEDICINA APROBADA*

Sección A. Para Ser Llenada por un Médico Profesional

_____ necesita llevar consigo la siguiente medicina prescrita para el asma
Nombre del Estudiante en letras impresas
auto inyector de epinephrine, medicina para la diabetes y/o medicina prescrita a él/ella.

Medicina: _____ Dosis: _____

Cantidad: _____ Horas que tiene que tomarla: _____

Método de Administración: _____

Al estudiante arriba mencionado se le ha instruido adecuadamente como usar la medicina y é/ella entiende como administrarse la medicina.

_____ _____
Firma y Sello del Médico **Fecha**

* Otra Medicina Aprobada será definida como medicina prescrita usada para casos de emergencia y/o medicina aprobada por la enfermera de la escuela en colaboración con el médico personal del estudiante.

Es muy recomendable que cada estudiante mantenga una segunda dosis de la medicina prescrita, inhalador, epi-pen, insulina adicional u otra medicina prescrita en la enfermería de la escuela, en caso de emergencia y en caso de que la primera dosis se pierda o el estudiante se olvide de traerla a la escuela.

Sección B. Para ser Llenado por el Padre que figura en el Actual Registro de la Escuela

Por la presente solicito que al estudiante arriba mencionado se le permita poseer y usar en la escuela y en las actividades patrocinadas por la escuela la medicina prescrita, siempre y cuando esté bajo supervisión del personal de la escuela, antes o después de la escuela dentro de la propiedad de la escuela.

- Yo acepto la responsabilidad legal si la medicina se pierde, no está disponible inmediatamente, es dada, o tomada por otra persona que no sea el estudiante arriba mencionado, o usada en una forma inapropiada.
- Entiendo que si esto sucede, el estudiante puede estar en violación del Código de Conducta del Estudiante y puede estar sujeto a una acción disciplinaria, incluido pero no limitando, a cambiar el privilegio de poseer la medicina.
- Yo exonero al Sistema Escolar del Condado Union, a sus empleados y a los agentes policiales de cualquier responsabilidad legal cuando el estudiante arriba mencionado se administra su propia medicina y si él/ella sufre una reacción adversa.
- Este formulario lleno y firmado autoriza a la enfermera de la escuela, al director, subdirector o a su representante a discutir, esta medicina prescrita/solicitar/y la forma de administrarla con el médico si es necesario.

_____ _____
Firma del Padre en el Registro Escolar **Fecha**

Sección C. Para ser Llenado Por el Estudiante

- Yo he sido instruido en el adecuado uso de mi medicina prescrita y entiendo perfectamente como administrármela.
- Yo no permitiré bajo ninguna circunstancia que otro estudiante use mi medicina.
- Entiendo que si hago mal uso o abuso de la medicina, o la uso en una manera diferente a la prescrita, o en una manera que ponga en peligro la seguridad de otros estudiantes, que puedo estar en violación del Código de Conducta del Estudiante, y puedo estar sujeto a una acción disciplinaria, incluido pero no limitado a, cambiar el privilegio de poseer mi medicina.
- Acepto también la responsabilidad de informarle a la enfermera de la escuela, o al director, subdirector o a su representante cada vez que uso o tomo mi medicina.

_____ _____
Firma del Estudiante **Fecha**

Este formulario deberá ser presentado cada año escolar y debe ser actualizado si cambia la medicina, la dosis, la frecuencia de administración o la razón de la administración.

SISTEMA ESCOLAR DEL CONDADO UNION

Union County School System

ENTREGA DE EXPEDIENTE ACADEMICO POR LOS ESTUDIANTES TRANSFERIDOS

Records Release for Transfer Students

(7mo grado y grados superiores) (7th Grade and Higher)

Legítimo nombre del estudiante:_____
(Student's Legal Name)

Fecha de nacimiento del estudiante:_____/_____/_____ Seguro Social # _____ - _____ - _____
(Student's Date of Birth) (Social Security #)

Otro nombre por el cual el expediente puede estar registrado:_____
(Other name in which records may be listed)

Nombre y dirección de la escuela anterior a la que asistió: _____
(Name and address of previous school(s) attended:)

_____

Fecha de la última vez que se matriculó: _____ Grado en la fecha de su retiro: _____
(Date last enrolled:) (Grade at time of withdrawal:)

HISTORIA DISCIPLINARIA:
(DISCIPLINARY HISTORY)

(a) ¿Está el estudiante actualmente suspendido o expulsado de la última escuela que asistió_____
(Is student currently suspended or expelled from school last attended?)

(b) ¿Se retiró el estudiante de la escuela para evitar la suspensión/expulsión?_____
(Did student withdraw from school to avoid suspension/expulsion?)

(c) ¿Ha sido el estudiante alguna vez suspendido o expulsado por ser culpable de, juzgado de haber cometido, o acusado de haber solicitado información, cometido cualquier delito o acto delictivo que sería un delito grave si fuera cometido por un adulto?_____
(Has student ever been suspended or expelled for being convicted of, adjudicated to have committed, indicted for or having information filed for, the commission of any felony or any delinquent act which would be a felony if committed by an adult?)

Si la respuesta a las preguntas anteriores es SI, dé los motivos de la suspensión/expulsión y la fecha en terminó la suspensión/ expulsión:_____
(If the answer to any of the above questions is yes, give the reason for the suspension/ expulsion and the date on which the suspension/expulsion ends or ended)

_____

La Ley de Georgia, O.C.G.A. §20-2-670,[32] requiere que: El padre de un estudiante transferido que solicita la admisión de su hijo/a a un grado superior al 6to, tendrá que revelar si el estudiante ha sido culpable de la comisión de un delito designado como grave; fecha de la sentencia por el juez, lugar de la sentencia y la sentencia impuesta.

¿Ha sido el estudiante alguna vez juzgado culpable de un delito designado como grave, tal como se define dicho término en la ley de Georgia? (lea la parte de atrás de este documento)

_____
(Has the student ever been adjudicated guilty of a designated felony, as that term is defined in Georgia law (see back of this document)

Si la respuesta es SI, por favor provea la siguiente información:
(If yes, please supply the following information.)

(a) Fecha de la sentencia:(Date of adjudication):

(b) Tribunal, incluyendo condado y el estado de la sentencia:
(Court, including county and state, of adjudication):

(c) Delito cometido: (Offense committed):

(d) Sentencia dada, incluyendo, libertad condicional y cualquier otra condición:
(Sentence imposed, including any probation or other conditions:)

AUTORIZACION: Por el presente autorizo _____ al Sistema/Distrito escolar o a cualquier escuela pública o privada en la que mi hijo/a estuvo previamente matriculado, a remitir inmediatamente al Sistema Escolar del Condado Union, todo el expediente académico y disciplinario del estudiante arriba mencionado, incluyendo los documentos del SST y de educación especial, si procede.

Firma del Estudiante: _____ Fecha: _____

Firma del Padre /Apoderado _____ Fecha: _____

DELITOS DESIGNADOS COMO GRAVES:

(a) ...un segundo o consecutivo delito en virtud del inciso (b) de la Sección 16-11-132 del Código; (una persona menor de 18 años que lleva en su cuerpo o sujeta a su ropa una pistola o revólver y las municiones para esa pistola o revólver.)

(b) Si fuera cometido por un adulto, sería uno o más de los siguientes delitos:

(1) Secuestro o incendio intencional en primer grado, si es cometido por un menor de 13 de edad, o mayor;

(2) Asalto agravado, incendio intencional en segundo grado, batería agravada, robo, o robo a mano armada que no implica un arma de fuego, o batería en violación del inciso 16- 5- 23.1del Código si la víctima es un profesor/a u otra persona de la escuela, si es cometido por un menor de 13 años de edad, o mayor;

(3) Intento de asesinato o intento de secuestro, si es cometido por un menor de 13 años de edad o mayor;

(4) Llevar o poseer un arma en violación del inciso (b) de la Sección 6-11-127.1 del Código;

(5) Secuestro de un vehículo motorizado, por un menor de 13 años de edad, o mayor;

(6) Cualquier violación de la Sección 16-7-82 del Código (fabricación, transporte, distribución o posesión de an artefacto explosivo), 16- 7 -84 (distribución of ciertos materiales a personas menores de 21 años de edad), o 16-7-86 (tentativa o conspiración para cometer cualquier delito relacionado con bombas explosivas y otras armas químicas y biologicas) por un menor de 13 años de edad, o mayor;

(7) Cualquier otro acto, que si fuera cometido por un adulto, sería un delito grave, si el menor que comete el acto ya ha sido juzgado tres veces por actos, que si hubieran sido cometidas por un adulto, serían considerados como delitos graves;

(8) Cualquier violación de la Sección 16-13-31 del Código, relacionado con el tráfico de cocaína, drogas ilegales , marihuana, o metanfetamina;

(9) Cualquier violación penal de la Sección 16-14-4, del Código relacionada con el chantaje;

(10) Cualquier violación de la Sección 16-10- 52 del Código, relacionada con fuga, si el menor está involucrado en la comisión de tal acto y ha sido previamente juzgado de haber cometido un delito designado como grave;

(c) Constituye una segunda o consecutiva sentencia de delincuencia basado en la violación de la Sección 16-7-85 del Código (artefactos engañosos) o la 16-7-87 (interferencia con un funcionario);

(c.1) Constituye una violación de la Sección 16-15-4 del Código relacionado a los delitos de las pandillas callejeras;

(d) Constituye un delito dentro de la exclusiva jurisdicción de la corte superior de acuerdo a los subpárrafos (b)(2)(A) de la Sección 15-11-5 del Código (asesinato, homicidio voluntario, violación sexual, delito grave de sodomia, delito grave de abuso sexual contra un niño/a, asalto sexual agravado o robo a mano armada si se comete con un arma de fuego), el cual es transferido por la corte superior al tribunal de menores para su juicio de acuerdo a los subpárrafos (b)(2)(B) de la sección 15-11-5 del Código o es transferido por el fiscal de distrito al tribunal de menores para su juicio en virtud de los subpárrafos (b) (2) (C) de la Sección 15-11-5 del Código; o

(e) Constituye una segunda o consecutiva violación de las Secciones 16-8-2 y 16-8-9 del Código, relacionado con robo, si la propiedad que fué objecto del robo fue un vehículo motorizado.