

FECHA DE INSCRIPCIÓN _____

Estatus de ADMISIÓN: R E N Núm. Código _____ Fecha de admisión _____ NÚM. ESCUELA _____ NOMBRE DE ESCUELA _____

ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE

NOMBRE: _____ (Apellido) (Primer nombre) (Segundo nombre)

GÉNERO: M F NÚMERO DE SEGURO SOCIAL _____

CLASE/GRADO: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ (Mes) (Día) (Año)

TIENE que proporcionar prueba de la fecha de nacimiento.

(por ej., certificado de nacimiento, certificado del hospital, certificado del médico, certificado de bautismo o de la iglesia, declaración jurada de los padres, pasaporte/visa, otro)

NÚM. DE TELÉFONO PRINCIPAL _____ Privado: Sí No Se enviarán todas las notificaciones automatizadas de la escuela y el sistema escolar a este número.

HISPANO, LATINO SÍ NO

RAZA: (Marque con un círculo todas las que correspondan)

- 1. Indio americano o nativo de Alaska 2. Asiático 3. Negro o afroamericano 4. Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico 5. Blanco

Idioma principal que se habla en el hogar: _____

RESIDENCIA LEGAL DEL ESTUDIANTE: _____ (Subdivisión / Complejo)

(Calle) _____
Ciudad Estado Código postal Maryland 206

DIRECCIÓN POSTAL: _____ (si es distinta a la dirección física)

INFORMACION SOBRE LA ESCUELA

¿Ha asistido alguna vez este estudiante a una escuela pública en el condado de St. Mary's? Sí No Si responde sí, ¿a cuál escuela? _____

¿Ha asistido este estudiante a una escuela pública en MD durante este año escolar? Sí No

Si responde sí, ¿a cuál escuela y en qué condado? _____ Año escolar _____

ÚLTIMA ESCUELA A LA QUE ASISTIÓ Escuela pública Escuela privada Nombre _____ Dirección _____ Núm. de teléfono. _____ Tiene que llenar PS 100. Núm. de fax _____ ¿Se proporcionaron servicios de educación especial? Sí No ¿Se proporcionaron servicios conforme a la sección 504? Sí No ¿Alguna vez se ha retenido al estudiante? Sí No Fecha de baja: _____ Último grado al que asistió: _____

(1) Nombre del adulto responsable del estudiante que vive en esta dirección:

_____ Parentesco con el estudiante: _____

Empleador: _____

Dirección del empleador: _____ Calle # del Edificio Ciudad Estado Código postal

Teléfono trabajo: _____ Teléfono celular: _____

Correo electrónico: _____

(2) Nombre del adulto responsable del estudiante que vive en esta dirección:

_____ Parentesco con el estudiante: _____

Empleador: _____

Dirección del empleador: _____ Calle # Edificio Ciudad Estado Código postal

Teléfono del trabajo: _____ Teléfono celular: _____

Correo electrónico: _____

¿Es el padre, madre o tutor un empleado civil en un establecimiento federal, miembro de la Guardia Nacional, Reserva Militar o en servicio activo en las Fuerzas Armadas? Sí No

*Si hay un padre/madre sin custodia (que debe recibir información), proporcione la información en este momento.

_____ (Apellido) (Nombre)

Parentesco con el estudiante: _____ Dirección postal: _____

¿Hay restricciones de custodia? Sí, tiene que proporcionar documentación legal No

INFORMACION EN CASO DE EMERGENCIA

(1) Persona(s) a quien podemos entregarle el estudiante y comunicarnos si no conseguimos al padre/madre:

_____ (Apellido) (Nombre) (Inicial) Teléfono Parentesco

_____ (Apellido) (Nombre) (Inicial) Teléfono Parentesco

_____ (Apellido) (Nombre) (Inicial) Teléfono Parentesco

(2) Persona responsable del cuidado infantil:

_____ (Apellido) (Nombre) (Inicial) Teléfono diurno Teléfono celular

Dirección física del proveedor de cuidado infantil

_____ (Calle) (Ciudad) (Código postal de 5 dígitos)

INFORMACIÓN DE INSCRIPCIÓN (CONTINUACIÓN)

INFORMACIÓN DE TRANSPORTE EN AUTOBÚS (ESCUELA PRIMARIA SOLAMENTE):

El transporte secundario de los estudiantes se basará en el domicilio legal.

- Transporte hacia la escuela desde el domicilio legal por la mañana
- Transporte desde la escuela hacia el domicilio legal por la tarde
- Transporte hacia la escuela desde el domicilio del proveedor de cuidado infantil
- Transporte desde la escuela hacia el domicilio del proveedor de cuidado infantil
- Otro, se adjunta formulario de transporte (tiene que ser aprobado por DOT)

DÍAS DE SALIDA TEMPRANA: *SMCPS ha incorporado varios días de salida 2 horas más temprano al calendario regular del sistema escolar, así como la necesidad ocasional de cambiar el horario escolar debido a las inclemencias del tiempo. No podemos llamar a los padres los días de salida temprana por motivo de emergencia. Planifique según corresponda.*

Otros niños en el hogar/familia	Fecha de nacimiento	Escuela a la que asiste
Nombre		
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

INFORMACIÓN MÉDICA:

¿Tiene seguro médico? Sí No

Médico primario: _____ Teléfono: _____

Fecha del último examen médico: _____ ¿Tiene todas las vacunas? Sí No

¿Toma medicamentos en la escuela? Sí No **TIENE QUE LLENAR PS 109 para los medicamentos.**

Cualquier preocupación médica, si corresponde:

La información proporcionada en este formulario y cualquier otro anexo es precisa, completa y verdadera según mi leal saber y entender. Entiendo que pueden denegar la inscripción si proporciono información falsa.

Uso de las imágenes y retratos de los estudiantes en programas de información pública

Como parte de nuestro programa educativo general, de vez en cuando a los estudiantes se les pide ser fotografiados o grabados en video o que se exhiba su trabajo. A menos que se indique lo contrario a continuación, la escuela supondrá que su hijo puede ser fotografiado o grabado en video por los medios noticiosos o el personal de SMCPS, y que se puede usar el retrato (incluido el anuario), nombre (incluido el cuadro de honor), desempeño, obras de arte o trabajos escritos del estudiante.

No autorizo a que se usen en los medios impresos, medios de difusión o por internet

SMCPS no puede controlar la fotografía, grabación en video o entrevistas a los estudiantes en los eventos que están abiertos al público ni la decisión de los medios noticiosos de publicar noticias escolares por internet.

Uso de sistemas informáticos

MCPS reconoce que el uso de recursos electrónicos es una herramienta de enseñanza adecuada. De acuerdo con las Normas de uso aceptable de SMCPS y la Ley de Protección de los Niños por Internet (Children's Internet Protection Act, CIPA), SMCPS usa software de filtración para intentar bloquear el acceso a materiales censurables. Los estudiantes serán supervisados mientras usan el internet y se les enseñará sobre el uso, selección y evaluación adecuada y segura de la información. A menos que se indique lo contrario a continuación, usted acepta las guías de Uso aceptable de los sistemas informáticos de SMCPS que se encuentran en el Manual de Estudiantes y Código de Conducta, y el estudiante podrá usar las computadoras de SMCPS.

No estoy de acuerdo con las Normas de uso aceptable de SMCPS

Reclutamiento militar (grados 11 y 12 solamente)

Todas las escuelas públicas bajo la jurisdicción de una junta de educación del condado que informe a los estudiantes sobre opciones ocupacionales o educativas, tiene que proporcionar la información del directorio de estudiantes a los representantes de reclutamiento de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos. Si usted, como padre, madre o tutor, NO desea que se comparta el nombre, dirección y número de teléfono de su hijo con los representantes de reclutamiento militar, por favor, marque la casilla a continuación.

No autorizo a que compartan la información de contacto con los representantes de reclutamiento militar

SBIRT (evaluación, intervención breve y remisión a tratamiento) - Grados 6 - 12 solamente

SMCPS usa una herramienta de evaluación (SBIRT) cuando un estudiante presenta síntomas de posible abuso de sustancias. Si se indica el posible uso, se notificará al padre, madre o tutor y se le proporcionará información sobre recursos en la comunidad.

SBIRT – NO puede participar

ENCUESTA DE TABACO y COMPORTAMIENTOS DE RIESGO JUVENIL de Maryland (YTRBS) (Grados 6 - 12 solamente)

Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (Centers for Disease Control and Prevention, CDC) crearon la YTRBS para medir los factores de riesgo y evaluar la efectividad de los programas de reducción de riesgo en colaboración con el Departamento de Salud e Higiene Mental (DHMH) y el Departamento de Educación del Estado de Maryland (MSDE). La encuesta está diseñada para identificar comportamientos de riesgo que pueden incluir comportamientos de seguridad como el uso de cascos y cinturones; depresión y salud mental; uso de tabaco, alcohol u otras drogas; nutrición y actividad física; y comportamientos sexuales. Durante el año escolar, puede seleccionarse una muestra aleatoria de escuelas para participar en la encuesta. A menos que se indique a continuación que su hijo NO puede participar en la encuesta, a él o ella puede entregársele la encuesta si la escuela es incluida en la muestra aleatoria. Por favor considere los factores a continuación cuando tome la decisión: (1) la participación de su hijo o hija en la encuesta YTRBS es voluntaria, (2) la encuesta YTRBS es confidencial y se mantendrá la privacidad de las respuestas de su hijo o hija, y (3) su hijo o hija no tiene que escribir su nombre en la hoja de respuestas a la encuesta. Para obtener más información sobre YTRBS, por favor visite www.cdc.gov/HealthyYouth, www.marylandpublicschools.org o comuníquese con CDC al (770) 488-6181 o el Departamento de Servicios Estudiantiles de SMCPS al 301-475-5511, ext. 32150.

YTRBS – NO puede participar en esta encuesta

FIRMA DEL PADRE/MADRE/TUTOR _____

FECHA _____