

Nombre del Maestro/a \_\_\_\_\_

Kindergarten 2018

Escuela \_\_\_\_\_



## Escuelas Condado Rutherford Matricula de Kindergarten/Hoja de Información del Estudiante

*Para asistirnos a mantener nuestros récords correctos, por favor notifique a la escuela lo más rápido posible si algo de lo siguiente es cambiado.*

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_

Primero Segundo Apellido  
(Por favor circule el nombre como a su hijo/a se le llama)

Sexo \_\_\_\_\_ Lugar de Nacimiento \_\_\_\_\_ Etnicidad: Hispano/Latino  Sí  No  
(Condado y Estado) (Seleccione uno)

Raza: (Escoja  una ó más)  Indio Americano  Asiático  Hawaiano Nativo  
 Blanco  Negro ó Americano Africano

Padre/Guardián Nombre \_\_\_\_\_

Padres/Guardián Teléfono de la Casa: \_\_\_\_\_ Teléfono Celular \_\_\_\_\_

Dirección de Correo del Estudiante: \_\_\_\_\_

Dirección de la Calle del Estudiante: (Si es diferente a la de arriba) \_\_\_\_\_

Por favor explique cómo llegar a su casa: \_\_\_\_\_

Cumpleaños del Estudiante: Mes \_\_\_\_\_ Día \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Transportación a la Escuela: (Indique )

Viaja en Auto AM  / PM  Viaja en Ómnibus AM  / PM

Dirección de Correo Electrónico (Email) de los Padres/Guardianes: \_\_\_\_\_

<b>Para uso Oficina Solamente</b>
Número de ID del Estudiante: _____
Numero del Ómnibus _____

**El Estudiante Vive Con:**

Padre/Padrastro/ Abuelo (Nombre) \_\_\_\_\_  
(Circule Uno)

Trabaja en \_\_\_\_\_ Teléfono del Trabajo \_\_\_\_\_

Madre/Madrastra/Abuela (Nombre) \_\_\_\_\_  
(Circule Uno)

Trabaja en \_\_\_\_\_ Teléfono del Trabajo \_\_\_\_\_

Declare el tiempo que el estudiante ha vivido con la persona (s) nombrada arriba \_\_\_\_\_

**En Caso de Emergencia** (Trataremos con los padres primero. Escriba otras además de los padres

Contacto \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Contacto \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Contacto \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

(VOLTEAR LA HOJA)

**Información de Emergencia Médica:**

Por favor escriba cualquier información que nos sirva de ayuda. Incluyendo medicinas, hospitalización, enfermedad crónica, etc.) \_\_\_\_\_

Doctor que Prefiere y el Número Telefónico: \_\_\_\_\_

Hospital que Prefiere: \_\_\_\_\_

**En el Caso que la Escuela Despache Temprano, Yo Necesito que Mi hijo/a:**

(Este plan de despachar los niños temprano será aplicado con exactitud. Si necesita algún cambio, debe ser por carta ó por medio de una visita a la escuela. En medio de una emergencia, no tenemos tiempo para cambios de última hora.)

\_\_\_\_\_ Viaje en su ómnibus regular (registrado al frente de esta página)

\_\_\_\_\_ Viaje en ómnibus diferente. Explique por favor: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Que se quede en la escuela y yo lo recojo.

**Nivel Educativo de los Padres:** (Indique ✓ uno por favor)

**Madre:**

- \_\_\_\_\_ No completó la Superior
- \_\_\_\_\_ Graduada de la Superior
- \_\_\_\_\_ 2 Años de Bachillerato
- \_\_\_\_\_ 4 Años de Bachillerato –Bachiller
- \_\_\_\_\_ Graduada de Escuela

**Padre:**

- \_\_\_\_\_ No completó la Superior
- \_\_\_\_\_ Graduated de la Superior
- \_\_\_\_\_ 2 Años de Bachillerato
- \_\_\_\_\_ 4 Años de Bachillerato-Bachiller
- \_\_\_\_\_ Graduated de Escuela

**Haga una Lista de los Hermanos y Hermanas en las Escuelas del Condado Rutherford o que Viven Todavía en la Casa:**

_____	Grado _____	Edad _____
_____	Grado _____	Edad _____
_____	Grado _____	Edad _____
_____	Grado _____	Edad _____

¿Existe alguna información de custodia legal que debemos saber? Si es así, ¿tenemos esos documentos en nuestra oficina?

¿Hay alguien que (por ley) no debe recoger a su hijo/a? Si es así, ¿tenemos papeles legales en la oficina?

\_\_\_\_\_ Relación con el niño/a \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Relación con el niño/a \_\_\_\_\_

**Firma Permiso para Paseos de Excursión** (Firmando debajo daré permiso a su hijo/a a participar en cualquier paseo de excursión que su clase pueda tener.)

\_\_\_\_\_  
Firma Padres/Guardián

**Última Escuela que Asistió** (Si es posible, escriba la dirección y el teléfono de la escuela)

Todo la información de arriba es correcta hasta la fecha \_\_\_\_\_(fecha)

\_\_\_\_\_  
Firma de Padres/Guardián



# FORMULARIO DE EVALUACION DE SALUD Y TRANSMISION DE CAROLINA DEL NORTE

Este formulario y la información en este formulario serán archivados en la escuela a la que asistió el estudiante y es confidencial y no un registro público.

(Aprobado por el Departamento de Instrucción Pública de Carolina del Norte y el Departamento de Salud y Servicios Humanos)

## LOS PADRES DEBEN COMPLETAR ESTA SECCION

**Nombre del Estudiante:**

M  F

(Apellido) (Primer Nombre) (Segundo nombre)

**Fecha de Nacimiento (M/D/YYYY):**

**Nombre de la Escuela:**

**Hispano /Latino:**

1 Si  2 No

**Raza:**

1 Otro No-Blanco  2 Blanco  3 Negro  4 Nativo Americano  5 Chino  
 6 Japonés  7 Hawaiano  8 Filipino  9 Otro Asiático  10 Desconocido

**Dirección:**

**Ciudad:**

**Estado:**

**Condado**

**Información del Padre: Nombre del Padre, Apoderado, u otra persona en lugar de los padres:**

**Teléfono (s)**

Casa:

Trabajo:

Teléfono

Celular:

**Las condiciones de salud para ser compartidas con las personas autorizadas (administradores de la escuela, maestros, y otro personal escolar que requiera dicha información para realizar sus tareas asignadas):**

## 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:





January 2016

**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):

Practice/Clinic Name:

Practice/Clinic Address:

Practice/Clinic City:

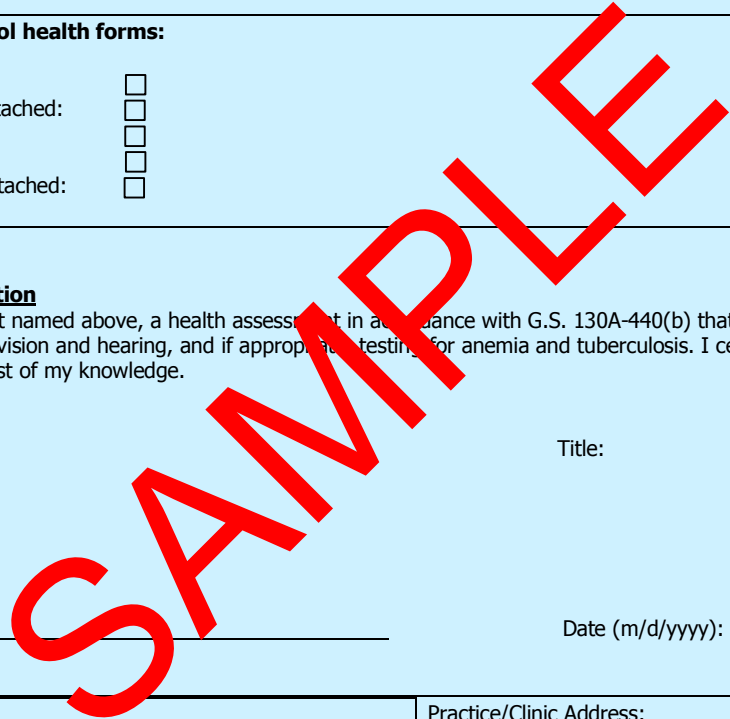
State:

Zip:

Phone:

Fax:

Provider Stamp Here:





**DO NOT PURGE**

Para el Uso de la Oficina Solamente	
Escuela:	_____
Grado:	_____
Maestro:	_____
Número de ID del Estudiante:	_____

Notice to School Staff: This form is a permanent part of the student's cumulative record. DO NOT PURGE.

### Encuesta Del (Primer) Idioma Del Hogar Escuelas del Condado de Rutherford

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

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_  
(Apellido) (Nombre) (Inicial Segundo Nombre)

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexo: M \_\_\_\_ F \_\_\_\_

Lugar de Nacimiento \_\_\_\_\_  
(Estado) (Si es Carolina del Norte, indique tambien el Condado)

Fecha de Entrada a los Estados Unidos: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Fecha de Entrada a las Escuelas de Estados Unidos: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

1. ¿Cuál es el primer idioma que el estudiante aprendió a hablar? \_\_\_\_\_
2. ¿Cuál es el idioma que el estudiante habla con más frecuencia? \_\_\_\_\_
3. ¿Qué idioma se habla con más frecuencia en la casa del estudiante? \_\_\_\_\_
4. Por favor indique el idioma que su hijo/a entiende (marque solamente uno)
  - Entiende solamente el idioma de la casa y nada de inglés.
  - Entiende mayormente el idioma de la casa y algo de inglés.
  - Entiende el idioma de la casa e inglés por igual.
  - Entiende mayormente inglés y algo del idioma de la casa.
  - Entiende solamente inglés.

**Notificación a los Padres**

Según lo requerido por ley, el personal de la escuela administrará una prueba de conocimiento del idioma inglés a cualquier estudiante cuya encuesta indique que el idioma de la casa no es el inglés. Los resultados de la prueba le serán enviados.

5. Si esuviera disposición, ¿en qué lenguaje usted preferiría recibir la comunicación desde la escuela?  
\_\_\_\_\_

6. ¿Ha estado el estudiante matriculado en alguna escuela del Condado Rutherford anteriormente?  
Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_

Si es sí: Escuela \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

# Rutherford County Schools / Escuelas del Condado Rutherford

## Transportation Request Form / Formulario de Solicitud de Transporte

REG ED  
SN

NOMBRE DE LA ESCUELA \_\_\_\_\_ GRADO \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_ PM Program

**\*\*\* Por favor llene este formulario SOLAMENTE si su niño(a) desea viajar en el bus \*\*\***

**¡Si en el futuro su niño(a) desea viajar en el bus, usted puede obtener una copia de este formulario en su oficina escolar!**

Tenemos requerido localizar físicamente la residencia (hogar) del niño(a) para verificación de asistencia y elegibilidad de poder viajar. Gracias por su cooperación.

**NOMBRE DEL ESTUDIANTE** (NOMBRE LEGAL, NO SOBRENOMBRE)

**SIS Student ID#**

Número de Teléfono:

(APELLIDO)

(NOMBRE)

(2do. NOMBRE)

**ESCRIBA ABAJO LA DIRECCIÓN FÍSICA DEL HOGAR DEL ESTUDIANTE, NO DE UNA CAJA POSTAL, APARTAMENTO, NI NÚMERO DE LOTE**

911 NUMERO DE LA CASA

NOMBRE DE CALLE

(RD, LN, ST, AV, ETC.)

CIUDAD

ESTADO

CÓDIGO POSTAL

\*SIS DATA MANAGER\* Please verify address with segments list, confirm match to SIS address for student and forward copy to Transportation Depart.

**¿EL ESTUDIANTE VIAJARÁ EN EL BUS EN LA:** MAÑANA?      SÍ/NO      TARDE?      SÍ/NO     

**¡¡Por favor conteste arriba poniendo un circulo en SÍ o NO en ambos Mañana y Tarde!!**

**ESCRIBA ABAJO SOLAMENTE SI EL ESTUDIANTE --ABORDARÁ (AM)--O--PARTIRÁ (PM)--{circule el que aplique} EL BUS EN UN LUGAR DE PARADA ABAJO DE LA DIRECCIÓN DEL HOGAR LISTADA ARRIBA (tal como con abuelos, daycare (guardería), niñera, etc...) "SOLO ESCRIBA ABAJO SI ES EL CASO"**

911 NUMERO DE LA CASA

NOMBRE DE CALLE

(RD, LN, ST, AV, ETC.)

CIUDAD

ESTADO

CÓDIGO POSTAL

FIRMA DE PADRES \_\_\_\_\_ IMPRIMA EL NOMBRE \_\_\_\_\_

**LAS SOLICITUDES DE TRANSPORTE SE PUEDEN TARDAR HASTA DIEZ(10) DÍAS PARA PROCESAMIENTO Y APROBACIÓN**

**COMENTARIOS ADICIONALES:**

**(BAJO ESTA LINEA SOLO USO DEL DPTO. DE TRANSPORTE/TRANSPORTATION DEPARTMENT USE ONLY BELOW THIS LINE)**

BUS STOP # \_\_\_\_\_

Approximate Stop Times: \_\_\_\_\_ AM \_\_\_\_\_ PM

BUS RUN # \_\_\_\_\_

Bus Number: \_\_\_\_\_ Right Hand Stop Only \_\_\_\_\_

Corner Stop at: \_\_\_\_\_

APPROVED \_\_\_\_\_ DENIED \_\_\_\_\_

REASON DENIED: \_\_\_\_\_