



Escuela Primaria Mill Creek – Información de registro

Por favor, llene cada hoja en este paquete de inscripción:

1. Nueva inscripción de estudiantes (los dos lados)
2. Prueba de residencia para la inscripción escolar (factura del servicio eléctrico o de agua más reciente, contrato vigente de alquiler o propiedad de la vivienda).
3. Encuesta Ocupacional para Padres de Tennessee – (Este formulario es requerido por el Estado de Tennessee)
4. Página con el nombre de preferencia
5. Encuesta sobre el idioma que se habla en el hogar
6. Perfil médico del estudiante
7. Formulario de Educación Especial - (Este formulario es para asegurar que usted entienda que el Condado de Knox tiene servicios disponibles en caso de que su hijo/a los necesite, por favor firme y regréselo.)
8. Comunicado de servicios de tecnología estudiantiles
9. Acuerdo sobre dispositivos tecnológicos
10. Sobre (Por favor, al enviar coloque la dirección del hogar del estudiante)

Documentos requeridos para que usted traiga:

1. Certificado de nacimiento (Copia certificada por el estado - el niño debe tener 5 años antes del 15 de agosto de este año)
2. Registro de vacunación del estado de Tennessee (actualizado hasta el grado 6)
3. Prueba física, es decir examen físico médico (fechado dentro de los 12 meses antes de ingresar a una escuela del condado de Knox)
4. Documentos legales (en caso de ser necesarios)
5. Comprobante de residencia (Debe ser: Una factura de servicios públicos reciente o contrato de arrendamiento / alquiler actual, o si usted está viviendo con alguien, se necesita una carta notariada y su prueba de residencia)
6. Licencia de conducir de los padres/tutores

¿Qué pasa después?

Durante los meses de verano, nuestra oficina estará abierta los días miércoles de 9 a.m. a 12 a.m., para que usted haga entrega de cualquier papeleo que tenga pendiente para completar el registro de su niño.

Escuelas estatales de Knox
Inscripción para de estudiantes nuevos

SÓLO POR USO DE OFICINA	
Student ID	_____
Homeroom	_____
Year	_____
School	_____
Bus Number	_____

Fecha de Inscripción: _____

Nombre del Estudiante: _____ Grado _____
Apellido Nombre Segundo Nombre

Número de PIN del estudiante: _____

Fecha de nacimiento: _____

Lugar de nacimiento/ciudad: _____

Condado de nacimiento: _____

Estado de nacimiento _____

País de nacimiento: _____

Apellido de soltera de la madre: _____

Sexo: Femenino Masculino

Etnia: Hispano No-Hispano

Raza: (compruebe todo el que aplíquese)

Asiático

Negro

Indio Americano

Isleño Pacífico

Blanco

Dependiente de una El Servicio Militar Activo

personal en: La Guardia Nacional

(si procede) La Reserva Militar

Anote el nombre de los estudinates de la misma familia que asisten a cualquier escuela en el condado de Knox (que viven en la misma casa) -- Por favor de incluir el apellido, nombre y fecha de nacimiento.

_____	_____
_____	_____

Anote todos los tutores de forma individual. Si el esndiante tiene más de dos tutores, por favor utilice el espacio añadido al final de este formulario papa los otros contactos.

Contacto principal:: _____

Parentesco: _____

Dirección: _____

*Teléfono primario #: _____

Tel. de emergencia: _____

Nombre del empleador: _____

Teléfono del trabajo: _____

Otro #: _____

*Celular: _____

Email primario: _____

Email secundario: _____

Contacto: _____

Parentesco: _____

Dirección: _____

*Teléfono primario #: _____

Tel. de emergencia: _____

Nombre del empleador: _____

Teléfono del trabajo: _____

Otro #: _____

*Celular: _____

Email primario: _____

Email secundario: _____

„Este es el número de teléfono que recibe llamadas telefónicas automatizadas.

Notas (personas otras que los padres/tutores quienes pueden recoger el niño.)

Nombre _____ Números de teléfono _____

Nombre _____ Números de teléfono _____

Nombre _____ Números de teléfono _____

Nombre _____ Números de teléfono _____

Nombre del Estudiante: _____
Apellido Nombre Segundo Nombre

Avisos (instrucciones especiales no-médicas) _____

Historia Escolar

Escuelas preescolares a las que asistió (si es estudiante del kindergarden): _____

Última escuela que asistió: _____

Dirección: _____

Otras escuelas que asistió: _____

¿Este estudiante está bajo suspensión/expulsión de otra escuela actualmente? Sí No

¿Este estudiante ha recibido anteriormente servicios de Educación Special? Sí No

¿Este estudiante ha recibido anteriormente servicios bajo la Sección 504? Sí No

¿Este estudiante está recibiendo servicios de Educación Special en este momento? Sí No

¿Este estudiante está recibiendo servicios bajo Sección 504 en este momento? Sí No

Si contestó "Sí", lista el (los) programas: _____

¿Este estudiante se aloja en cualquiera de los siguientes lugares por las noches? Marque con x cualquier selección que aplica:

- hogar/apartamento poseído o alquilado por los padres/los guardas
- en un refugio
- en un motel o un hotel
- en un carro
- en un lugar para acampar
- en otro lugar que no es apropiado para vivir (p.ej., un edificio abandonado)
- temporalmente con más de una familia en una casa, caravana o apartamento (porque la familia no tiene su propio hogar, ninguna electricidad o agua corriente)
- otro (en otra acomodación que no es fija, regular y adecuada y que no está descrito por las otras selecciones)

Forma completada por _____ Fecha _____

Parentesco al estudiante _____

Lista de contactos adicionales en la página siguiente.

Nombre del Estudiante: _____
Apellido Nombre Segundo Nombre

Avisos (instrucciones especiales no-médicas) _____

Historia Escolar

Escuelas preescolares a las que asistió (si es estudiante del kindergarden): _____

Última escuela que asistió: _____

Dirección: _____

Otras escuelas que asistió: _____

- ¿Este estudiante está bajo suspensión/expulsión de otra escuela actualmente? Sí No
- ¿Este estudiante ha recibido anteriormente servicios de Educación Special? Sí No
- ¿Este estudiante ha recibido anteriormente servicios bajo la Sección 504? Sí No
- ¿Este estudiante está recibiendo servicios de Educación Special en este momento? Sí No
- ¿Este estudiante está recibiendo servicios bajo Sección 504 en este momento? Sí No

Si contestó "Sí", lista el (los) programas: _____

¿Este estudiante se aloja en cualquiera de los siguientes lugares por las noches? Marque con x cualquier selección que aplica:

- hogar/apartamento poseído o alquilado por los padres/los guardas
- en un refugio
- en un motel o un hotel
- en un carro
- en un lugar para acampar
- en otro lugar que no es apropiado para vivir (p.ej., un edificio abandonado)
- temporalmente con más de una familia en una casa, caravana o apartamento (porque la familia no tiene su propio hogar, ninguna electricidad o agua corriente)
- otro (en otra acomodación que no es fija, regular y adecuada y que no está descrito por las otras selecciones)

Forma completada por _____ Fecha _____

Parentesco al estudiante _____

Lista de contactos adicionales en la página siguiente.

ESCUELAS DEL CONDADO DE KNOX

PRUEBA DE RESIDENCIA PARA LA INSCRIPCION EN LA ESCUELA

Nombre del estudiante _____ Fecha de nacimiento _____ Grado _____

Nombre del estudiante _____ Fecha de nacimiento _____ Grado _____

Nombre del estudiante _____ Fecha de nacimiento _____ Grado _____

Nombre del estudiante _____ Fecha de nacimiento _____ Grado _____

Escuela zonificado para asistir a: _____

Nombre del padre/tutor: _____ Teléfono: _____

Dirección actual _____ Código Postal _____

Dirección anterior: _____ Código Postal _____

A fin de verificar la residencia dentro de la zona de asistencia a la escuela solicitada, se debe proporcionar **un documento actual** como se detalla a continuación y fechado dentro de los últimos 60 días, que muestre el nombre y la dirección del padre/tutor. Los números de casilleros postales no son aceptables para verificar la residencia.

PRUEBA DE RESIDENCIA PROPORCIONADA POR EL PADRE/TUTOR:

Escritura/Arrendamiento/Contrato de renta

Factura de Servicios Públicos

Declaración Notariada

Si la prueba de residencia proporcionada es una Declaración Notariada por el propietario o persona responsable del Arrendamiento, por favor proporcione el nombre de esta persona y su dirección. Esta persona deberá proveer la Escritura / Contrato de Arrendamiento o Factura de Servicios como prueba de residencia.

Nombre del Dueño o Arrendatario: _____ Teléfono: _____

Dirección del Dueño o Arrendatario: _____

ADVERTENCIA: La falsificación de cualquier información o documento requerido para comprobar la residencia o el uso de la dirección de otra persona sin realmente residir allí, provocará el inmediato retiro del estudiante de la escuela y será asignado a la escuela de su verdadera residencia.

Yo, _____ (nombre en imprenta) padre/tutor del estudiante mencionado arriba, declaro bajo pena de perjurio que la información proporcionada es correcta y que el estudiante vive en la dirección dada Si la residencia cambia notificaré a la escuela en el plazo de 2 semanas.

Firma del padre/tutor _____ Fecha _____

Firma del funcionario de la escuela _____ Fecha _____



Mill Creek Elementary School
10521 Coward Mill Road
Knoxville, TN 37931
Dr. Sunny Scheafnocker – Principal
Kristi Whited – Assistant Principal
www.knoxschools.org/millcreekes

INFORMACION DEL REPRESENTANTE DEL ESTUDIANTE

Nombre del estudiante: _____ Fecha: _____
(Nombres y apellidos) (día/mes/ año)

1- ¿Cual es su parentesco con el estudiante?
Padre/Madre. _____ Tutor legal. _____ Padre Sustituto. _____

2- ¿Si usted es el padre o la madre, cual es su estado civil con lo que a su niño respecta?
Casado. _____ Soltero. _____ Divorciado. _____ Nunca casados. _____

3- ¿Está este niño sujeto a un plan familiar o una orden por el judicial? Si. _____ No. _____

Copy Submitted Date: _____
Staff Initials: _____

4- ¿Hay alguna orden de protección para el menor en este momento?

Si. _____ (la escuela requiere una copia de este documento)
No. _____

Copy Submitted Date: _____
Staff Initials: _____

5- ¿Está usted compartiendo la vivienda donde reside con alguien más? (Por ejemplo: Abuelos, familiares, amigos, etc.)
Si. _____ No _____

6- ¿La vivienda donde reside actualmente es temporal _____ o permanente _____?

Yo, _____, el padre/madre/tutor legal del estudiante
(Nombre completo con letra imprenta)
antes mencionado, declaro que la información provista en esta hoja es correcta.

_____ Fecha: _____

Escuelas del Condado de Knox
Perfil Médico del Estudiante

Esta información será utilizada por la enfermera de la escuela para cuidar a su hijo

Fecha: _____

Nombre de estudiante: _____
(Apellido) (1º nombre) (2º nombre)

Grado: _____ Maestro/a: _____

Requirió el estudiante atención médica/hospitalización al nacer o en cualquier otro tiempo? ____ Sí ____ No. Sí, por favor explique: _____

¿Requiere el estudiante un procedimiento médico diario por parte de una enfermera de la escuela? Sí por favor explique: _____

¿Toma el alumno medicamentos? ¿Cuáles? _____

¿Le parece a Usted que el estudiante tiene problemas de visión, audición, o el habla? ____ Sí ____ No. Sí, por favor explique: _____

El estudiante tiene historia de (Marque todas las que apliquen): A= Actualmente P=En el Pasado

- | A | P | A | P | A | P | A | P |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ADD/ADHD | | ADD/ADHD | | Síndrome de Down | | Shunts/hydrocephalus | |
| <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Amputaciones | | Enfermedad Celíaca | | Tubo alimentación G/J | | Problemas de la piel | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Asma/Enfermedad de las vías respiratorias | | Parálisis Cerebral | | Defectos Cardíacos | | Problemas estomacales | |
| _____ Requiere inhalador (envíelo a escuela) | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedad Crohn | | Hemofilia | | Problemas para tragar | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Fibrosis Quística | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Alergias: | | Diabetes | | Migrañas | | Traqueotomía | |
| _____ Picadoras de abejas | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| _____ Comida _____ | | | | Distrofia Muscular | | Síndrome cerebral Traumático | |
| _____ Látex | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Lesión de columna vertebral | |
| _____ Requiere Epi-pen (envíelo a la escuela) | | | | Espina bífida | | Problemas urinarios | |
| | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Otro: _____ | |
| | | | | Problemas Ortopédicos | | | |
| | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | | | | Sensibilidad a la luz | | | |
| | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | | | | Convulsiones | | | |

Si ha marcado alguno, por favor explique: _____

Es importante que los maestros y el director de la escuela tengan la información médica correcta para que sean capaces de manejar apropiadamente cualquier emergencia que se presente. Resuma cualquier condición médica especial: _____

¿Requiere su hijo alguna adaptación especial para su dieta? _____ Si la respuesta es afirmativa y Ud. quiere que su hijo coma en la escuela, por favor obtenga del doctor de su hijo un formulario de solicitud de dietas especiales.

Forma completada por: _____ Fecha: _____

Parentesco con el estudiante: _____



Las Escuelas del Condado de Knox

Autorización de los padres/guardianes para la divulgación publicitaria

Yo, como padre/madre/guardián legal de _____, doy mi autorización plena y concedo al Distrito Escolar del Condado de Knox, a sus empleados, a sus representantes autorizados, y a las organizaciones autorizadas de medios de comunicación mi permiso para fotografiar, entrevistar, y grabar a mi hijo(a) y su imagen en forma auditiva, en video, en película, u otro medio electrónico, digital, o impreso. También le doy permiso al Distrito Escolar del Condado de Knox de compartir fotografías o grabaciones de cualquier índole a los medios de noticias incluyendo, pero no limitado a, los periódicos y estaciones de televisión.

Entiendo y estoy de acuerdo de que ni el Distrito Escolar del Condado de Knox ni los medios noticieros tienen obligación alguna de usar o de ser compensados por tales derechos antes mencionados. También entiendo y estoy de acuerdo de que yo no recibiré compensación monetaria por la participación de mi hijo(a), y que le cedo el derecho total al Distrito Escolar del Condado de Knox de inspeccionar o aprobar el uso final de dichas grabaciones o materiales impresos.

Por la presente exonero de toda responsabilidad civil al Distrito Escolar del Condado de Knox, a sus empleados, a la Junta de Educación y a sus representantes autorizados de cualquier demanda o reclamos de daños, conocidos o no, relacionado con tal uso.

Por favor entienda de que, si no firma esta autorización del Distrito Escolar del Condado de Knox, la fotografía de su hijo(a) aún será incluida en el libro anual estudiantil de la escuela y en las publicaciones del salón de clases como parte del directorio de información, a menos de que usted notifique al distrito de lo contrario. Adicionalmente, si en cualquier momento desea retirar su consentimiento, se puede comunicar con la Oficina de Asuntos Públicos al 865-594-1905. Tenga por entendido de que las fotos o grabaciones de su hijo(a) tomadas antes de tal llamada, permanecerán como parte de los archivos del distrito.

Nombre de la escuela del estudiante:

Padre/Madre/Guardián legal:

(letra de molde)

(firma)

Fecha: _____








De conformidad con la Parte C del Título I de la Ley de Educación Primaria y Secundaria (ESEA, en inglés), nuestro distrito escolar brinda servicios complementarios a los hijos de los trabajadores agrícolas que se hayan mudado hace poco. Esta encuesta tiene el objetivo de ayudar a la escuela a identificar si su hijo podría reunir los requisitos para recibir dichos servicios complementarios gratuitos, como clases de apoyo, insumos escolares, campamentos de verano en determinados condados y otros servicios sin costo. Responda las siguientes preguntas y entregue este formulario en la escuela de su hijo. **Se mantendrá la confidencialidad de la información proporcionada a continuación.**

Fecha de hoy	Nombre y apellido del padre, madre o tutor
Nombre del estudiante	Apellido del estudiante
Nombre de la escuela	Grado del estudiante

1. ¿Ha realizado usted o algún familiar inmediato trabajos relacionados con la agricultura o la pesca de forma provisoria o temporal en alguna parte de los Estados Unidos en los últimos 3 años? Marque todas las opciones que correspondan.

NO
 Sí. Marque todas las opciones que correspondan.

<p>Trabajo agrícola/de campo: siembra, cosecha, clasificación de granos, preparación del suelo, irrigación, fumigación <input type="checkbox"/></p> 	<p>Procesamiento y empaquetado: frutas, verduras, carne de pollo, carne de cerdo, carne de res, huevos, etc. <input type="checkbox"/></p> 	<p>Producción lechera/ganadera: engorde, ordeño, arreo <input type="checkbox"/></p> 
<p>Vivero/invernadero: plantación, cultivo en macetas, poda, riego, cosecha <input type="checkbox"/></p> 	<p>Silvicultura: preparación del suelo, siembra, tala de árboles (no incluye paisajismo) <input type="checkbox"/></p> 	<p>Otro: si realizó otro trabajo relacionado con la agricultura o la pesca, inclúyalo a continuación:</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

2. ¿Se ha mudado su familia a otro estado, ciudad, distrito escolar o condado en los últimos 3 años?

NO
 Sí. Mi familia se ha mudado en los últimos 3 años. A continuación, indique hace cuánto tiempo se mudaron.

años meses semanas

Si respondió "Sí" a la pregunta 1, complete la siguiente información. Un miembro del personal del Programa de Educación para Migrantes (MEP, en inglés) le hará un seguimiento a su familia para verificar si reúnen los requisitos para recibir los servicios gratuitos.

For School Use Only: Please forward all surveys with a "YES" response to Question 1 to your district migrant liaison for them to submit to the ID&R Team through tn.msedd.com. If you have any questions, email the TN MEP ID&R Team: idr@tn-mep.net

Student State ID:	Enrollment Date:	District ID:
-------------------	------------------	--------------



Encuesta ocupacional para padres de Tennessee

Dirección

Apto. n.º

Ciudad

Código postal

Número de teléfono

Idioma

Dirección de correo electrónico

Día de la semana y hora en que prefiere recibir llamadas

For School Use Only: Please forward all surveys with a "YES" response to Question 1 to your district migrant liaison for them to submit to the ID&R Team through tn.msedd.com. If you have any questions, email the TN MEP ID&R Team: ldr@tn-mep.net

Student State ID:

Enrollment Date:

District ID:



KNOX COUNTY SCHOOLS

Encuesta sobre el idioma hablado en casa

El Departamento de Educación de Tennessee requiere que todas las escuelas identifiquen el lenguaje con el que cada niño se inscribió en la escuela. Esto se logra con la encuesta sobre el idioma hablado en casa (HLS). Este documento solo se debe completar UNA VEZ en el momento de la inscripción a la escuela. Si el estudiante está siendo transferido, la escuela debe tratar de obtener el HLS original.

NOTE to registrar: If any language besides (or in addition to) English is given as an answer to questions 1-3, please give this document to the ELL teacher at your school (or who monitors your school) immediately.

Información del Estudiante

			Género M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	

/ /	/ /	/ /
País de nacimiento	Fecha de nacimiento (mm/dd/yyyy)	Primer día de inscripción en CUALQUIER ESCUELA DE U.S. (grados K-12)

/ /
Primer día de ingreso a los Estados Unidos

ESTA INFORMACION NO ES USADA PARA IDENTIFICAR EL ESTATUS MIGRATORIO DEL ESTUDIANTE
 Esta información nos permite saber el nivel de conocimiento y las capacidades con las que su hijo llega a la escuela. Esta información puede permitir que el distrito reciba fondos federales adicionales para proveer apoyo a su hijo.

Información de la escuela

/ /20		
Fecha de inscripción en KCS	Nombre de la escuela y ciudad donde asistía	Último año cursado

Preguntas para Padres/Guardián	
1. ¿Cuál fue el primer idioma que este niño aprendió a hablar?	¿Ha recibido este niño clases de ELL (ESL) en otra escuela? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> ¿Si, si en que año fue esto?
2. ¿Qué idioma habla este niño frecuentemente cuando está fuera de la escuela?	¿Necesita usted el servicio de interprete/traductor en las reuniones de padres-profesores? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Si, si que idioma?
3. ¿Qué idioma se habla usualmente en la casa de este niño?	
Firma del Padre/Guardián: X	/ /20 Fecha de hoy : (mm/dd/yyyy)

NOTE to ELL teacher: Please forward a copy of this form to the ELL Central Office. Place another copy in the student's green folder and the original in the purple file which is kept in the student's CR.



Health Services

REQUISITOS INSCRIPCIÓN CARTA DE LOS PADRES Y MADRES

Estimado padre y madre,

Cada estudiante que entran en el sistem escolar del Condado Knox por primera vez o que reingresar después de estar en otro sistema escolar debe proporcionar la escuela con la siguiente información:

Los estudiantes que ingresan a la escuela, preescolar – grado 12 por primera vez debe proporcionar:

Prueba de vacunas al día y un examen fisico en un Tennessee escuela Immunication certificado por un medico. Este formulario puede obetnerse de un proveedor medico o el Departamento de salud del Condado de Knox.

Los estudiantes que estarán entrando al Colegio deben proporcionar evidencia de un exam fisico por un medico. Los estudiantes que ingresan a preescolar o kindergarten deben tener un examen fisico que se ha completado en el ultimo año (12 meses) antes de ingresar a la escuela.

Las exámenes físicas contenidas en los registros de los estudiantes transferir desde otros sistemas escolares puede ser aceptadas si se cumplen los lineamientos del estado.

Estudiantes/padre y madre pueden comunicarse con la clinica de inmunización en el Knox County Health Department (865.215.5150) cualquier dia de la semana para obtener información sobre los certificados de inmunización.

Ningún estudiante será matriculado o permitido asistir a la escuela sin un certificado de inmunización complete de Tennessee escuela.

Para más información o preguntas, puede llamar a servicios de salud en 865.594.3735.

