

HALLS MIDDLE SCHOOL

lista de verificación de inscripción

Bienvenido a Halls Middle School. Esperamos que les guste la escuela y la comunidad.

Lo que usted necesita

_____ Tennessee School Certificado de Inmunización de un departamento médico o de salud (*vea abajo)

_____ Copia de la tarjeta de Seguro Social del estudiante

_____ Copia del Acta de Nacimiento (o pasaporte)

_____ Prueba de residencia

Copia del contrato de venta o alquiler de su casa, apartamento, etc
Copia de la factura de servicios públicos (luz, agua, etc)

_____ La prueba de la custodia si el estudiante no vive con mamá y papa

_____ Licencia Foto ID / de conducir del padre que inscribe al estudiante

Lo que usted necesita si puedes

_____ Copia de la última boleta de calificaciones

_____ Copia de calificaciones de pruebas estandarizadas últimos

_____ I.E.P si corresponde (sólo se aplica a los estudiantes de Educación Especial)

Si tiene alguna pregunta, póngase en contacto con Anita Loy, Secretario, al (865) 922-7494 entre las 8:30 am y 3:30 pm, de lunes a viernes.

* Departamento de Salud ofrece vacunas a niños en edad escolar por \$ 15.00. Los padres tienen que traer su identificación con foto. Tienes que ir antes de las 3:30 de la tarde.

Para las vacunas puedes ir a:

The Main Clinic
140 Dameron Avenue
Teléfono: 865-215-5000
Horas: lunes a viernes – 8:00 a.m. a 4:30 p.m.

The Teague Clinic
405 Dante School Road
Teléfono: 865-251-5500
Horas: lunes, miércoles, y viernes – 8:00 a.m. a 4:30 p.m.

Nueva Información Immunization

Estimado Padre / Tutor:

El Departamento de Salud de Tennessee tiene nuevos requisitos de vacunación y un nuevo Certificado de Inmunización que debe ser completado antes de que un niño va a la escuela. El nuevo formulario estará a su médico o al departamento de salud local. Todas las vacunas deben estar al día y los documentos en el nuevo formulario antes de matricularse en la enseñanza preescolar, jardín de infantes, y séptimo grado o si el niño es un nuevo estudiante en las Escuelas del Condado de Knox. El cambio es efectivo el 1 de julio de 2010. El estudiante necesita las siguientes vacunas.

Requisitos previos de la escuela:

- * DTaP or DT
- * Hepatitis B (HBV)
- * Poliomyelitis (IPV o OPV)
- * H. influenza (HIB) : si el niño es menor de 5 años de edad
- * Varicella (Chickenpox)
- * Measles Mumps Rubella (MMR)
- * Pneumococcal (PCV) : si el niño es menor de 5 años de edad
- * Hepatitis A

Requisitos de Kindergarten:

- * DTaP or DT
- * Polio (IPV or OPV): dosis final es en o después del cuarto cumpleaños del niño
- * Measles, Mumps, Rubella (2 dosis de cada uno, por lo general dado juntos como MMR)
- * Varicella (Chickenpox): 2 dosis o antecedentes de enfermedad
- * Hepatitis B (HBV)
- * Hepatitis A

Requisitos de séptimo grado:

- * Tetanus-diphtheria-pertusis booster (Tdap)
- * Verificación de la inmunidad a varicella (2 dosis o antecedentes de enfermedad)

Requerimientos de los estudiantes nuevos:

- * DTaP or DT
- * Hepatitis B (HBV)
- * Polio (IPV o OPV): dosis final es en o después del cuarto cumpleaños del niño
- * Measles, Mumps, Rubella (MMR)
- * Varicella (Chickenpox): 2 dosis o antecedentes de enfermedad

Para obtener más información, llame al Departamento de Salud del Condado de Knox en (865) 215-5150 o condado Knox Servicios de Salud en las Escuelas (865) 594-3643

Las escuelas del condado de Knox
Inscripción para los estudiantes nuevos

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

Fecha de Inscripción: _____

Nombre del Estudiante: _____
Apellido Nombre Segundo Nombre Grado

Seguro Social (opcional) **O**
 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 estudiantes 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 estudiante tiene más de dos tutores, por favor utilice el espacio añadido al final de este formulario para 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 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 Especial? Sí No

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

¿Este estudiante está recibiendo servicios de Educación Especial 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 _____

Nombre del Estudiante			Grado
Apellido	Nombre	Segundo Nombre	Grado

Esta página es por el uso de la enfermera de la escuela.

¿El/la estudiante necesitó cuidado médico/hospitalización en el nacimiento o en otro tiempo?

Sí No Si contestó "Sí," explica: _____

¿El/la estudiante necesita que la enfermera escolar haga algún procedimiento médico diario? Explica: _____

¿El/la estudiante toma algunos medicamentos, ¿cuáles son? _____

¿Parece que el/la estudiante tiene problemas de la vista, del oído o del habla?

Sí No Si contestó "Sí," explica: _____

¿El/la estudiante tiene historia de (chequea cualquier que aplica):

- | | | | |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> TDAH/ADD/ADHD | <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Defecto del corazón | <input type="checkbox"/> Anastomosis/hidrocefalia |
| <input type="checkbox"/> Amputación(es) | <input type="checkbox"/> Asma/Enfermedad celíaca | <input type="checkbox"/> Hemofilia | <input type="checkbox"/> Problemas de la piel |
| <input type="checkbox"/> enfermedad reactiva respirat. | <input type="checkbox"/> Parálisis cerebral | <input type="checkbox"/> Dolores migrañas | <input type="checkbox"/> Problemas del estómago |
| <input type="checkbox"/> Requiere inhalador | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Crohn | <input type="checkbox"/> Distrofia muscular | <input type="checkbox"/> Problemas con tragar |
| <input type="checkbox"/> Alergias: | <input type="checkbox"/> Fibrosis quística | <input type="checkbox"/> Espina bífida | <input type="checkbox"/> Traqueotomía |
| <input type="checkbox"/> Picaduras de abeja | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Problema ortopédico | <input type="checkbox"/> Síndrome Traum. Cerebral |
| <input type="checkbox"/> Comidas _____ | <input type="checkbox"/> Síndrome de Down | <input type="checkbox"/> Sensible a la luz | <input type="checkbox"/> Daño traumático espinal |
| <input type="checkbox"/> Látex | <input type="checkbox"/> Tubo de alimento G/J | <input type="checkbox"/> Convulsiones | <input type="checkbox"/> Problemas urinarios |
| <input type="checkbox"/> Requiere epi-pen | | | <input type="checkbox"/> Otro _____ |

Si cualquier está chequeado, explica: _____

¿Es importante que los maestros y el director tienen la información médica especial de su niño para que se puedan manejar cualquier emergencia apropiadamente. Resuma cualquier condición médica especial:

¿El/la estudiante se lleva bien con otra gente?

Sí No Si contestó "No," explica: _____

Médico familiar: _____ Teléfono: _____

Forma completada por _____ Fecha _____

Entregado al estudiante _____

Encuesta Ocupacional de Tennessee

Para mejor servir a sus hijos, nuestro distrito escolar le gustaría identificar a estudiantes quienes pueden calificar para programas educacionales adicionales, como tutoría, materiales escolares, almuerzo gratis o a precio reducido, campamentos de verano y otros servicios. **La información que proporcione será confidencial.** Por favor conteste las siguientes preguntas y regrese este formulario a la escuela.

Fecha _____ Nombre del Padre/Guardian _____

Primer Nombre de Estudiante _____ Apellido de Estudiante _____

Escuela _____ Grado _____

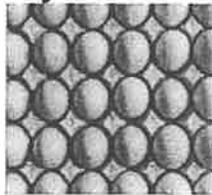
1 ¿Durante los últimos tres años usted o alguien en su familia ha trabajado temporalmente o por temporadas en los siguientes trabajos en los Estados Unidos?

- No
- SI. Marque todas las que apliquen y enumere el numero de meses trabajados:**



Trabajo de campo/Agricultura (sembrar, plantar, pizar, cosechar, empacar, s ortear vegetales, frutas, algodón, etc.)

Total de meses trabajado: _____



Procesamiento/Empaque de alimentos y carnes (vegetales y carne de res, pollo, cerdo, etc)

Total de meses trabajado: _____



Lechería/Ganadería (Ordeñar, alimentar, acorralar)

Total de meses trabajado: _____



Vivero/Invernadero (sembrar, cultivar, plantar flores, plantas)

Total de meses trabajado: _____



Trabajo Forestal (sembrar, plantar, cultivar, cosechar arboles; paisajista no incluido)

Total de meses trabajado: _____



Pesca/Procesamiento de Pescado (sortear, empacar, pescado o mariscos)

Total de meses trabajado: _____

2. En los últimos 3 años su familia se ha mudado a otra ciudad, condado o estado?

- No
- SI. Cuanto tiempo lleva en su actual dirección?**

_____ Años _____ Meses _____ Semanas

Si respondió "sí" a las preguntas, porfavor llenar las siguientes preguntas.

Domicilio _____ Apt # _____

Cuidad _____ Estado _____ Codigo Postal _____

Numero de Telefono _____ Mejor dia de la semana y hora para llamar _____

For School Use Only: Please send survey with two YES responses to your district migrant liaison. If you have questions, call (931) 212-9539 to speak with the Tennessee Migrant Education Program.		
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

Primer Nombre _____ Segundo Nombre _____ Apellido _____ Género _____ M F

_____ / _____ / _____ _____ / _____ / _____

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 _____
 Día de inscripción en la nueva escuela 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? Si <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NO SE <input type="checkbox"/> ¿Sí, 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? Si <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> ¿Sí, 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.



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: _____

ESCUELA MEDIA HALLS

Formulario de Confirmación de la Tutela

Nombre del Estudiante: _____

Nombre del Tutor: _____

1. Que relación tiene con el estudiante? Papa/Mamá____
Tutor____ PadreAdoptivo____
2. Si usted es el Papá (mamá) esta usted legalmente casado con la mamá (o papá) del niño (a) ?
Casados____ Separados____ Divorciados____ Nunca
Casados____
3. Esta el niño (a) asignado a un plan de crianza o una orden judicial?
SI____ (Una copia debe ser enviada a la escuela) Copia
Enviada____
NO____
4. Existe alguna orden de protección?
SI____ (Una copia debe ser enviada a la escuela) Copia
Enviada____
NO____
5. Esta usted compartiendo su actual residencia con alguien mas?
(Abuelos, amigos, familiares ,etc)
6. Es su actual Residencia Temporal _____ o Permanente_____?

Yo, _____, el padre/tutor del estudiante mencionado arriba , declaro que la información suministrada es correcta.

Firma del Padre/Tutor

Fecha