

LLENE COMPLETAMENTE—FIRME—DEVUELVA A LA ESCUELA

Maestro/a: _____
(grados 6 – 12, Maestro/a de la clase inicial)

INFORMACIÓN DE EMERGENCIA Y DE SALUD DEL ESTUDIANTE

FECHA: _____

CONDICIONES MEDICAS - MIRE ABAJO

ESTA INFORMACIÓN ES CONFIDENCIAL, PERO SE PODRÁ COMPARTIR CON LOS EMPLEADOS ESCOLARES APROPIADOS

Nombre Legal Completo del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____ # I.D. _____
Apellido Nombre

Dirección: _____ Teléfono del Hogar: (____) _____

Padre: Natural/Padrastro/Custodia temporaria por orden jurídica (favor de circular uno) Nombre: _____ CELULAR: _____ Oficio y Lugar de Empleo: _____ Teléfono del Trabajo: _____	Madre: Natural/Padrastro/Custodia temporaria por orden jurídica (favor de circular uno) Nombre: _____ CELULAR: _____ Oficio y Lugar de Empleo: _____ Teléfono del Trabajo: _____	Tutor: Legal (si es diferente del anterior) Nombre: _____ CELULAR: _____ Oficio y Lugar de Empleo: _____ Teléfono del Trabajo: _____
---	---	---

TIENE QUE LLENAR LO SIGUIENTE: Persona/s que cuidarán al estudiante si no podemos comunicarnos con los padres: (Solamente las personas que aparecen en la lista podrán recoger a su hijo/a, con la identificación apropiada)

Nombre _____	Parentesco: _____	TEL.: (Hogar) _____	(Trabajo) _____	CELULAR: _____
Nombre _____	Parentesco: _____	TEL.: (Hogar) _____	(Trabajo) _____	CELULAR: _____

Apunte a todos los niños en la familia por orden de nacimiento:

Nombre (primero y apellido)	Edad/Sexo	Viven en Casa	Grado/Maestro/a	Escuela

Por favor marque todas las condiciones médicas que se aplican a su hijo: (Marque y Circule si le aplica)

ADD/ADHD
 Asma
 Migraña
 Pérdida de Audición
 Lentes Antojos/Lentes de Contacto
 Alergias: Alimentos/Látex/Insectos/Medio Ambiente Especifique _____ Medicamento Epi-pen
 Diabetes/Tipo _____ ¿Para "llevar el control" examen de la Sangre en la Escuela? Sí o No ¿Insulina? Sí o No
 Enfermedades del Corazón/de los Riñones _____ ¿Cirugía? Sí o No ¿Medicamento? Sí o No
 Ataques (Convulsiones)/Tipo _____ ¿Medicamento? Sí o No
 Cualquier otra condición que requiera ser observada: _____
 Nombre del Médico _____ Teléfono _____

Declaración de los Padres: Yo acepto la responsabilidad de notificar a la escuela de cualquier cambio de dirección de mi hogar, teléfono de mi hogar, negocio (sitio de trabajo), o cualquier cambio del estado. Los estudiantes pueden recibir del Estado servicios específicos de salud y la visión, la audición, peso, Índice de masa corporal y la escoliosis. Si el examen de la vista muestra la necesidad de un examen de la vista de seguimiento, y si su hijo(a) es elegible, el Programa de Visión de la Florida Infantil Heiken o la Florida Vision Quest puede proporcionar un examen de la vista gratis por un optometrista con licencia, el cual puede incluir la dilatación, la refracción, y espejuelos si está prescrito. Estoy de acuerdo en un intercambio mutuo de información entre el Programa Visión del Infantil Heiken de la Florida, el Florida Vision Quest, los proveedores referidos, DOH y mi Condado de Escuelas Públicas de cualquiera y toda la información necesaria para permitir que mi hijo(a) reciba servicios y estoy de acuerdo en liberar y mantener indemne a la Junta Escolar del Condado Miami Lighthouse for the Blind y con Discapacidad Visual, Programa de Visión de la Florida, el Programa de Visión Heiken para Niños, y los proveedores de Vision Quest de la Florida de cualquiera y toda responsabilidad por cualquier daño o reclamación resultante de la participación de mi hijo(a) en el Programa de Visión para Niños Heiken de la Florida o la Vision Quest de la Florida. El estudiante puede estar exento de cualquiera de estos servicios si el padre o tutor solicita dicha exención por escrito, de salud de mi hijo/a. Los estudiantes pueden recibir servicios de salud especificados por el Estado y evaluaciones pre eliminarlas de la vista, la audición, el peso, el Índice de Masa Corporal (por sus siglas en inglés BMI) y de escoliosis. El estudiante puede ser exento/a de cualquier de estos servicios si el padre/madre/tutor legal pide dicha exención por escrito. En caso de enfermedad seria o de un accidente, y no se pueden inmediatamente comunicar conmigo, yo doy mi permiso para que transporten a mi niño/a por ambulancia u otro medio de transportación a la oficina de un doctor o a un hospital para que pueda recibir inmediatamente atención médica, y yo asumo la responsabilidad del pago de dichos servicios. En caso de emergencia o de enfermedad que no requiera tratamiento inmediato, pero que mi niño/a no pueda permanecer en la escuela, yo pido que la escuela se comuniquen conmigo. Si no pudieran comunicarse conmigo, yo pido que se comuniquen con las personas anotadas más adelante para que cuiden a mi niño/a hasta que puedan comunicarse conmigo. Estas personas tienen mi permiso para transportar a niño/a. Yo comprendo que ciertos archivos académicos de mi hijo/a se compartirán con socios de salubridad del Distrito como sea necesario para suministrar y evaluar servicios de salud y que ciertos de los archivos de tratamientos médicos de mi hijo/a creados por personal de salubridad de la escuela se pueden compartir con oficiales escolares que tengan una necesidad legítima de acceso a ellos.

Yo comprendo que la información contenida en este formulario será la información oficial de la guía estudiantil.

Firma del Padre/Madre/Tutor Legal _____ Fecha _____

Directory Information

Student Name _____ Student ID _____ Grade _____

SECTION A

Please Check One Box
(If no choice, default is: you may release information)

- You may release "Directory Information" regarding my child in certain school publications and to companies with legitimate school district business; such as yearbook publication, school pictures, class rings and news media announcements, etc.; as described on the previous page. The District does not give Directory Information to any business except those that take school pictures, publish yearbooks, or engage in direct student-related business or media announcements with the school and/or district. Permission is also given for my child to take part in anonymous surveys involving the use of tobacco, alcohol and other drugs.
- I do not want my child's "Directory Information" released

SECTION B

Please Check the Boxes that Apply

- I do not want my high school child's name, address and telephone number released to military recruiters.
- I do not want my high school child's name, address and telephone number released to institutions of higher learning.

SECTION C

Student

I certify that I have reviewed a copy of the *Code of Conduct for Students Grades 6 - 12* and received an adequate period of instruction concerning the reason for, and importance of, the document.

Student Signature

Date

Parent

I am the parent/legal guardian of the above named student. I have had an opportunity to read the *Code of Conduct for Students Grades 6 - 12* available on-line at leeschools.net or on the *Lee Schools Branded App* and have discussed it with my child. My intention regarding the release of my child's "Directory Information" is indicated above.

Parent/Legal Guardian Signature

Date

Please indicate which statement below applies to your home:

- My student has access to internet in the home.
- My student does not have access to internet in the home.

I DO NOT have access to the internet; please provide me with a hard copy of the *Code of Conduct for Students* in the following language: English Spanish Creole

Información Contendida en la Guía.

Nombre del Estudiante _____ #Id del Estudiante _____ Grado _____

SECCIÓN A

Por Favor Marque Una Casilla

(Si no hace ninguna selección, la selección por incumplimiento es que se puede divulgar la información)

- Usted puede divulgar "Información de la Guía" respecto a mi hijo/a para ciertas publicaciones escolares y a compañías que tengan negocio legítimo con el Distrito Escolar; como la publicación del anuario, fotos escolares, anuncios a medios noticiosos, etc. como se describió en la previa página. El Distrito no dará la información del directorio a ningún negocio, excepto aquellas que toman fotos de la escuela, publican anuarios, o que llevan a cabo negocios o medios de comunicación directos relacionados con la escuela y / o distrito. También estoy dando permiso para que mi hijo/a participe en encuestas anónimas relacionadas con el uso de tabaco, alcohol y otras drogas.
- Yo no deseo que se divulgue la información de la Guía respecto a mi hijo/a.

SECCIÓN B

POR FAVOR MARQUE EL CASILLERO/S QUE CORRESPONDA

- Yo no deseo que se divulgue el nombre, dirección y número de teléfono de mi hijo/a de escuela secundaria a reclutadores militares.
- Yo no deseo que se divulgue el nombre, dirección y número de teléfono de mi estudiante de escuela secundaria a instituciones de enseñanza superior.

SECCIÓN C

ESTUDIANTE

Yo certifico que he recibido una copia del Código de Conducta para los Estudiantes de los Grados 6º A 12º y he recibido un periodo adecuado de instrucción sobre la razón por el cual, y la importancia del, documento.

X _____
Firma del Estudiante *Fecha*

PADRE/MADRE

Soy el padre/madre/tutor legal del antedicho estudiante. He tenido una oportunidad de leer el Código de Conducta para los Estudiantes de los Grados 6 - 12 y he hablado con mi hijo/a acerca de él. Mi intención respecto a la divulgación de la Información pertinente a mi hijo/a en la Guía es como indiqué anteriormente.

X _____
Firma del Padre/Madre/Tutor Legal *Fecha*

Por favor, indique cuál de las siguientes afirmaciones se aplica a su casa.

- Mi estudiante tiene acceso a el Internet en la casa.
- Mi estudiante no tiene acceso a el Internet en el hogar.
- No tengo acceso a el internet, por favor me proporcione una copia del *Código de Conducta Para Los Estudiantes* en el siguiente idioma: Inglés Español Criollo

East Lee County High School
Change of Information Form 2017-2018

ADDRESS VERIFICATION MUST BE ATTACHED TO CHANGE YOUR ADDRESS

Student Name _____ Grade _____

Student ID # _____ BUS # (AM) _____ (PM) _____

Sibling Name _____ Sibling School _____

Sibling Name _____ Sibling School _____

Sibling Name _____ Sibling School _____

NEW Home Address: _____ APT. # _____

City: _____ ZIP CODE _____

DIFFERENT Mailing Address: _____

City: _____ ZIP CODE _____

Home Telephone (Mom): _____ Work _____ Cell: _____

Home Telephone (Dad): _____ Work _____ Cell: _____

Parent / Guardian LEGAL NAME: _____

Parent/ Guardian E-mail address _____

Parent/Guardian Signature: (required) _____

Required Proof of Address Verification = ONE of the following:

Is this temporary housing? Yes No

- Current Electric, water, cable or telephone bill **showing physical service address.**
- **SIGNED LEASE AGREEMENT or STATEMENT FROM LANDLORD** on their letterhead verifying occupancy. ** Leases and Landlord statements may require verification. Additional documentation may be required prior to registration or change of address.*
- Homestead Exemption Card.
- Mortgage Acceptance letter showing name, loan number & property address.
- Living with relatives or friends? Please attach a letter from them listing your name and the names of your children, stating that you are living at their address AND a copy of one of the documents listed above to verify their address.
- Is this temporary living Yes or No
- ***Parent or Guardian Photo Identification must be provided!**

School Fax 239-369-3213 School Phone 239-369-2932
OFFICE USE ONLY: _____ SILK/MF _____ DATE CHANGED _____ Front Desk _____ Clinic

East Lee County High School
Forma Para Cambio De Información 2017-2018

PRUEBA DE DIRECCION DEBE ENVIARSE JUNTO CON ESTE DOCUMENTO PARA PODER HACER EL CAMBIO DE DIRRECCION

Nombre del Estudiante _____ Grado _____

ID del Estudiante _____ BUS # (AM) _____ (PM) _____

Nombre de hermano _____ Escuela atendiendo _____

Nombre de hermano _____ Escuela atendiendo _____

Nombre de hermano _____ Escuela atendiendo _____

Dirección NUEVA de la casa: _____ APT. # _____

Ciudad: _____ CODIGO POSTAL _____

Dirección de correo si es diferente: _____

Ciudad: _____ CODIGO POSTAL _____

Teléfono de casa (Mamá): _____ Trabajo _____ Celular: _____

Teléfono de casa (Papá): _____ Trabajo _____ Celular: _____

Padre / Guardián NOMBRE LEGAL: _____

Padre/ Guardián dirección de E-mail _____

Padre/Guardián Firma: (requerida) _____

Se Requiere Prueba de Dirección = UNA de los siguientes:

Es esta vivienda temporal? Si No

- **Cuenta de Electricidad, agua, cable o teléfono de la casa que muestre la dirección física del servicio.**
- **Contrato de renta firmado o una carta del Propietario en papel de la compañía verificando que viven allí.
** Contratos de rentas y carta del propietario pueden requerir verificación. Documentación adicional puede ser requerida antes de la matricula o del cambio de dirección.***
- Tarjeta de Exención de Impuestos ("Homestead Exemption Card").
- Carta de aceptación de Hipoteca mostrando el nombre, numero de préstamo & dirección de la propiedad.
- Si vive con familiares o amigos? Por favor adjunte una carta de ellos con su nombre y la lista de los nombres de sus niños, diciendo que viven en esa dirección Y una copia de uno de los documentos arriba mencionados como prueba de su dirección.
- ***Una foto identificación de sus padres o guardián es necesario**

School Fax # 239-369-3213

School Phone # 239-369-2932

OFFICE USE ONLY: _____ SILK/MF _____ DATE CHANGED _____ Front Desk _____ Clinic