

INFORMACIÓN DE ESTUDIANTE Y LA INMUNIZACIÓN

Nombre del estudiante: _____

POR FAVOR NOTE: Estatutos de la Florida requiere que cada niño que tiene derecho a ser admitido a la guardería o cualquier otra entrada inicial en una escuela pública de la Florida deben presentar la certificación de un examen médico realizado dentro de los doce meses anteriores a la inscripción en la escuela. Esta certificación deberá ser presentada dentro de 30 días escolares después de registración.

Un estudiante seria exento de los requisitos de previa solicitud por escrito del padre o guardián indicando objeciones por motivos religiosos.

FECHA DE EXAMEN: _____ MEDICO ACTUAL: _____ TELÉFONO: _____

REQUISITOS DE VACUNAS

De acuerdo con los estatutos del estado, un niño que está entrando en las escuelas del Distrito de Okaloosa por primera vez deben presentar uno de los cuatro certificados siguientes:

- A. Certificación de vacunación contra la poliomielitis, la difteria, la rubéola, el sarampión, la tos ferina, el tétanos, la varicela (PK-02), la hepatitis B (PK-05 y 07-12) y las paperas. DH FORMA: DH 680A, 680A o DH & B(Grado7-12)
- B. certificado de exención por razones religiosas. FORMULARIO DH: DH 681.
- C. Certificado de exención por razones médicas. DH FORMA: 680C DH.
- D. Certificado de exención de 30 días obtener en la escuela (MIS4124) o DH FORMA: DH 680B obtenido del Departamento de Salud del Condado de Okaloosa.

PADRE/ GUARDIÁN _____
(Imprimido)

(Firma)

**SOLO LLENADO POR ESCUELA
ENTRADA DE DATOS**

Estado de Inmunización: _____

Físico para escuela: _____

Expiración de Vacuna: _____

(La fecha Temporal Exención Médica, DH 680B, caduca).

ESCUELAS: LLENAR EN FECHAS todos los disponibles para los antecedentes de vacunación en el panel "S404".

SERVICIOS ADICIONALES

Si el estudiante está actualmente matriculado en cualquiera de los siguientes programas, POR FAVOR marque lo que corresponda: ¿Tiene el estudiante un IEP actualmente? SI ___ NO ___

____ Título 1 ____ Dotado ____ Discapacidad Intelectual ____ Lesión cerebral traumática
____ Impedimentos de hablar ____ Discapacidad visual ____ Discapacidad emocional / conductual ____ Otros problemas de salud
____ Impedimento de Lenguaje ____ Impedimento Ortopédico ____ Inglés como segunda lengua ____ Otro
____ Problemas auditivos ____ espectro autista ____ discapacidades de aprendizaje específicas ____ 504 plan

¿Con quién vive el estudiante? _____

Nombre Relación
PADRE / GUARDIAN # 1 Custodia: Sí No Puede Recoger: Sí No
Nombre: _____ Relación: _____ (. Madre, padre, etc.)
Dirección: _____ Lugar de empleo: _____
Ciudad Estado Código Postal Teléfono principal: _____
Teléfono Celular: _____
Correo Electrónico: _____ Teléfono del trabajo: _____

PADRE / GUARDIAN # 2 Custodia: Sí No Puede Recojer: :Sí No
Nombre: _____ Relación: _____ (. Madre, padre, etc.)
Dirección: _____ Lugar de empleo: _____
Ciudad Estado Código Postal Teléfono principal: _____
Teléfono Celular: _____
Correo Electrónico: _____ Teléfono del trabajo: _____

ES CUALQUIERA DE LOS PADRES EN UN SERVICIO MILITAR UNIFORMADO? SI NO

En caso afirmativo, qué servicio? _____ Qué base? _____
Dirección física de empleo _____
(Número de la calle y / o nombre o un número de edificios)

ES CUALQUIERA DE LOS PADRES EMPLEADO EN PROPIEDAD FEDERAL? SI NO

En caso afirmativo, qué propiedad? _____ Direccion física _____
(número de la calle y / o nombre o el número de edificios)

HERMANOS/HERMANAS QUE ASISTEN ESTA ESCUELA:

Table with 4 columns: Nombre, Grado, Nombre, Grado. Two rows for listing siblings.

Padre/ Guardián _____ (Imprimido) _____ (Firma)

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____

CONTACTOS DE EMERGENCIA (aparte de los padres)

Nombre: _____

Relación: _____

Puede recoger: Sí No Sexo: F M

Teléfono Principal: _____

Dirección: _____

Teléfono Celular: _____

 Ciudad Estado Código postal

Teléfono Trabajo: _____

Nombre: _____

Relación: _____

Puede recoger: Sí No Sexo: F M

Teléfono Principal: _____

Dirección: _____

Teléfono Celular: _____

 Ciudad Estado Código postal

Teléfono Trabajo: _____

Nombre: _____

Relación: _____

Puede recoger: Sí No Sexo: F M

Teléfono Principal: _____

Dirección: _____

Teléfono Celular: _____

 Ciudad Estado Código postal

Teléfono Trabajo: _____

Nombre: _____

Relación: _____

Puede recoger: Sí No Sexo: F M

Teléfono Principal: _____

Dirección: _____

Teléfono Celular: _____

 Ciudad Estado Código postal

Teléfono Trabajo: _____

Padre/Guardián: _____

(Imprimido)

(Firma)

SEGURO SOCIAL DEL ESTUDIANTE

Estatuto de la Florida 1008.386 requiere que los distritos escolares pidan número de seguro social para cada estudiante inscrito. A ningún estudiante se le puede negar la inscripción o la graduación cuando no se proporciona un número de seguridad social.

Nombre del estudiante: _____

Número de seguridad social: _____

VERIFICACIÓN

Número de Seguridad Social del estudiante debe ser verificada por uno de los siguientes:

- 1. Se presentó la tarjeta de número de seguridad social o una copia.

Firma de oficial de la escuela _____ Fecha _____

- 2. Se presentaron extractos bancarios, registros de seguro, o otros documentos similares que contienen el número de seguro social del estudiante.

Firma de oficial de la escuela _____ Fecha _____

- 3. Firma de Padre/ Guardian.

Juro que el número de seguridad social que he proporcionado para el estudiante mencionado arriba es correcto.

Firma de padre/ guardián: _____ Fecha: _____

Se niegan a proporcionar el número de la seguridad social para el estudiante arriba mencionado.

Firma de padre/ guardián: _____ Fecha _____

** Se le pide que voluntariamente proporcionar su número de Seguro Social (SSN) para ayudar al Distrito Escolar del Condado de Okaloosa (OCSD) en la identificación de los expedientes de los estudiantes y eficaz comunicarse al Departamento de Educación, otras instituciones o organizaciones educativas de la Florida, como se indica por escrito por el estudiante o padre / guardian legal. Al utilizar su SSN, OCSD divulgará su SSN sólo en una manera que no permite la identificación personal de usted por personas que no sean representantes de OCSD, el Departamento de Educación, o otras organizaciones de la Florida, como se indica por el estudiante o el padre / guardian legal . Al proporcionar su número de seguro social, usted está consintiendo a los usos identificados anteriormente. No se requiere el suministro de su SSN y el consentimiento para su uso y, si decide no hacerlo, no se le niega cualquier derecho, beneficio o privilegio previsto por la ley.

SOLO LLENADO POR LA ESCUELA
ENTRADA DE DATOS

(PAGE 6 OF 6)

Nombre del estudiante: _____ Student # _____

Fecha de entrada: _____ Grado: _____ Nombre de maestro: _____

Documento utilizado para verificar la fecha de nacimiento: _____

SS #: _____ Verificación: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Lugar de nacimiento: (ciudad, estado, país extranjero) _____

Exención del Zonificación (Zoning Waiver) : SÍ NO

Si escoge "sí", ¿cuál es asignación del código del estudiante? _____

Si escoge "sí", cual es la escuela asignada del estudiante? _____

GEOCODE: _____ **CÓDIGO DE ESTADO DEL RESIDENTE :** _____

Fecha de la Encuesta sobre el idioma (Home Language Survey): _____ Maestra(Teacher): _____

Categoría de Transporte(Transportation Category): _____ Código FIC(FIC Card): _____

MAÑANA(Morning): Líneas de autobús(Bus Route): _____ Número de bus (Bus number): _____

TARDE(Afternoon): Líneas de autobús: _____ Número de bus _____
