



Escuela autónoma de la costa norte

Calle del caminante 111 | Bogalusa, Luisiana

70427 Tel. 985-732-0005 | Fax 985-732-0580

Fecha : _____

Escuela Año: _____

For Grade: _____

Date Received: _____

Date Entered: _____

Entrante Alumno: _____
 Nombre primero Nombre último
 Nombre medio

NO entregue el paquete de inscripción sin **TODO** lo siguiente :

La escuela no aceptará ni retendrá los paquetes de inscripción incompletos.

Su lista de verificación:		Sólo para uso de
	Copia del Acta de Nacimiento <ul style="list-style-type: none"> Si los padres que figuran en el certificado de nacimiento no son el tutor legal del estudiante, proporcione prueba de tutela. 	
	Prueba de residencia <ul style="list-style-type: none"> Debe estar fechado dentro de los 15 días El nombre debe coincidir con el padre / guardián Los documentos aceptados incluyen: identificación con foto o licencia de conducir del padre o tutor, declaración de hipoteca, contrato de arrendamiento, factura de gas, factura de electricidad, factura de agua, factura	
	Contactos de emergencia	
	Programas especiales <ul style="list-style-type: none"> Escriba N/A si ninguno de estos programas se aplica a su niño 	
	Consentimiento de foto	
	Solicitud de registros	
	Encuesta sobre el idioma del hogar	
	Cuestionario de residencia	
	Formulario de Historial de Salud	
	Transcripción, boleta de calificaciones más reciente o horario	
	Copia de Tarjeta de Seguro Social	
	Copia del formulario de vacunación con sello estatal y firma autorizada	

La información puede enviarse por fax al 985-205-3285

Parent / Guardian Information

Student lives with: Both Parents Both Parents alternately (Joint Custody) Mother Father Legal Guardian

Padre 1/Guardián Nombre: _____ **Relación:** _____

Dirección misma como ¿alumno? Sí No (Si no, dirección completa abajo)

If other than parent, appropriate guardianship paperwork must be provided.

Calle: _____ Apto #: _____

Ciudad: _____ Parroquia/Condado: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Ocupación: _____ **Nombre de Empleador:** _____

Dirección de trabajo | Calle: _____ Suite #: _____

Ciudad: _____ Parroquia/Condado: _____ Estado: _____ Cremallera: _____

Hogar Teléfono: (____) _____ - _____ Celúla Teléfono: (____) _____ - _____ Trabajar Teléfono: (____) _____ - _____

Correo electrónico DIRECCIÓN: _____ Marque aquí para recibir toda la correspondencia de este alumno

Padre 2/Guardián Nombre: _____ **Relación:** _____

Dirección misma como ¿alumno? Sí No (Si no, dirección completa abajo)

Calle: _____ Apto #: _____

Ciudad: _____ Parroquia/Condado: _____ Estado: _____ Cremallera: _____

Ocupación: _____ **Nombre de Empleador:** _____

Dirección de trabajo | Calle: _____ Suite #: _____

Ciudad: _____ Parroquia/Condado: _____ Estado: _____ Cremallera: _____

Hogar Teléfono: (____) _____ - _____ Celúla Teléfono: (____) _____ - _____ Trabajar Teléfono: (____) _____ - _____

Correo electrónico DIRECCIÓN: _____ Marque aquí para recibir toda la correspondencia de este alumno

Emergency Contact Information

Si no se puede contactar a un padre intentaremos comunicarnos con uno de los siguientes en el orden que se indica a continuación. Indique al menos un contacto de emergencia.

PRIMERA persona a contactar si no se puede localizar a los padres:

Nombre: _____ Relación: _____

Hogar Teléfono: (____) _____ - _____ Celúla Teléfono: (____) _____ - _____ Trabajar Teléfono: (____) _____ - _____

Marque aquí si esta persona tiene su permiso para recoger a su hijo de la escuela.

SEGUNDA persona a contactar si no se puede localizar a los padres:

Nombre: _____ Relación: _____

Hogar Teléfono: (____)_____-_____ Celúla Teléfono: (____)_____-_____ Trabajar Teléfono: (____)_____-_____

Marque aquí si esta persona tiene su permiso para recoger a su hijo de la escuela.

Check-out Authorization (other than parents)

Solo estas personas podrán sacar a su hijo(a) de la escuela en caso de enfermedad o emergencia. A todas las personas se les pedirá que presenten su licencia de conducir o identificación emitida por el estado.

Nombre: _____ Teléfono: (____) _____ - _____

Persons Restricted From Picking up Student

These individuals are **NOT allowed under any circumstances** to leave campus with my child/children.

If a parent/guardian is restricted from picking up a child/children the appropriate paper work must be provided.

Nombre: _____

Nombre: _____

Nombre: _____

Nombre: _____

Transportation

Por favor seleccione todas las respuestas válidas:

Autobús autobús de la mañana tarde mañana coche gota fuera de la recogida de coches por la tarde arriba

Medical Authorization

Nombre legal de Alumno: _____ Fecha de Nacimiento: _____
(Último) (Primero) (Segundo)

Doy permiso para que mi hijo (mencionado arriba) asista a los eventos, excursiones y proyectos de servicio asociados con Northshore Charter School. Además, doy mi permiso para que mi hijo sea transportado hacia y desde los eventos por conductores contratados y voluntarios autorizados por Northshore Charter School (NCS).

Liberación de emergencia

NCS intentará comunicarse con el padre/tutor legal o una de las personas enumeradas como contacto de emergencia, pero si no se puede contactar a ninguna de estas personas, el personal de NCS puede usar su discreción para obtener ayuda médica en una emergencia. SE ENTIENDE QUE NI NCS NI LA PERSONA RESPONSABLE DE OBTENER ESTA ASISTENCIA MÉDICA SERÁN RESPONSABLES DE LOS GASTOS INCURRIDOS.

Lanzamiento medico

Por la presente, autorizo a la administración y/o al personal de NCS, a los hospitales, a los proveedores médicos o dentales autorizados y a sus agentes y empleados a tener acceso a la información contenida en este formulario y a proporcionar toda la atención médica o dental, las pruebas de rutina, el tratamiento y los servicios necesarios. transporte disponible para la salud y seguridad de mi hijo. Esta autorización incluye la autoridad para dar consentimiento a cualquier examen de rayos X, anestesia, procedimiento o tratamiento médico y atención hospitalaria bajo la supervisión y con el consejo de un médico o cirujano con licencia bajo la Ley de Práctica Médica o Dentista Licenciado bajo la Ley de Práctica Dental para mi hijo.

Tutor Firma: _____ Fecha: _____

FIRM

AQUI

Parental Permission

Liberación de custodia

Además, autorizo a la administración y/o al personal de NCS a recibir la custodia física de mi hijo al finalizar cualquier tratamiento, e instruyo específicamente a cualquier centro de salud tratante que entregue la custodia física de mi hijo a dicho adulto hasta el momento en que llegue un padre/tutor. en escena. (**Esto no es un cambio en la custodia permanente del niño**). Esto solo permite que un centro de salud (hospital/clínica) entregue al niño al personal de NCS mientras espera que llegue un padre/tutor.

Liberación de actividad

Además, doy permiso para que mi hijo participe en todas las actividades supervisadas, excepto como se indica a continuación.

Tutor Firma: _____

Fecha: _____

FIRM
A
AQU
I

Special Programs

¿Ha sido su hijo evaluado y/o participado en alguno de los siguientes servicios especiales?

Dotado & Especial talentoso

Educación (PEI)

504 (IAP) Inglés como

Segundo Idioma (ESL)

No Especial Programas Si marcó Educación especial (IEP), ¿tiene el programa especial del estudiante?

educación ¿registros?

si

no

Photo/Video Release

Estimado padre/tutor: A lo largo del año, hay ocasiones en las que NCS querrá tomar fotos/videos de su hijo participando en actividades. Podemos usar estas imágenes/videos en publicaciones de NCS, periódicos locales, sitio web de la escuela y/o aulas, publicidad o en exhibición en NCS. Le solicitamos que firme una liberación de foto/video para su hijo. Gracias de antemano por su apoyo y comprensión.

Doy mi consentimiento para que NCS use fotos/videos de mi niño.

NO doy mi consentimiento para que NCS use fotos/videos de mi

niño.

Statement of Educational Equality and Enrollment Acceptance

NCS está comprometida con una política de igualdad educativa. En consecuencia, el programa admite estudiantes y lleva a cabo programas educativos, admite y prácticas de empleo sin distinción de raza, color, religión, género, preferencia sexual, origen nacional, estado civil, ascendencia, discapacidad o cualquier otra clasificación protegida legalmente. Cualquier persona que tenga consultas sobre el cumplimiento de la escuela con los reglamentos que implementan el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, el Título IX de la Enmienda Educativa de 1972, la Sección 504 de la Ley de Rehabilitación, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades o la Ley de Educación para Individuos con Discapacidades se le indica que se comunique con el Director de la escuela en la dirección de la escuela.

Por favor acepte este documento firmado y completado a inscribirse _____ (estudiantes nombre) en SNC para el ____ académico año. Entender eso completando de este inscripción forma hace no garantizar admisión en el escuela. SNC voluntad Enviar notificación de recibo de inscripción formularios

Tutor Firma: _____ Fecha: _____

FIRM
A
AQU
I

Request for Records

Por favor complete todas las secciones de este formulario. ¡POR FAVOR IMPRIME CLARAMENTE!

Alumno Nombre: _____

Estudiante Fecha de Nacimiento: _____

Calificación: _____ Seguridad Social Número: _____

Actual Escuela: _____

Colegio actual DIRECCIÓN: _____

Calle

Ciudad Estado Código Postal Código

Su firma a continuación autoriza a NCS a solicitar registros de la escuela actual de su hijo.

Tutor Firma: _____

Fecha: _____



FIRM
A
AQU
I

No escriba debajo de esta línea. ¡Esto es solo para uso de la oficina!



Escuela autónoma de la costa norte

Calle del caminante 111 | Bogalusa, Luisiana

70427 Tel. 985-732-0005 | Fax 985-732-0580

El estudiante mencionado anteriormente se ha postulado para la escuela autónoma Northshore y está bajo revisión para su admisión. Fax de la escuela actual Número: _____

Incluya el contenido de los registros acumulativos del estudiante como se marca a continuación:

- Boletín de
- calificaciones/Transcripción de las calificaciones más recientes
- Registro de
- Asistencia Registro
- de Disciplina Acta de Nacimiento
- Información del plan
- IEP/504 Registros de salud

Envíe los registros de los estudiantes a: Northshore Charter School

Calle Walker 111
Bogalusa, LA. 70427
Teléfono: 985-732-0005 | Fax: 985-205-3285

¡Gracias de antemano!

- 4. ¿En qué idioma prefiere recibir información de la escuela? (que lenguaje) _____
- 5. ¿Cuál es tu relación con el niño? PadreMadreTutorOtro (especificar) _____

Nombre del padre/tutor (en
letra de imprenta)

Firma del Padre / Tutor

Fecha

ESPAÑOL (SPANISH)

1. Es un idioma distinto del Inglés se habla en su casa? No Sí (idioma) _____
2. ¿Tiene su hijo a comunicarse en un idioma que no sea Inglés? No Sí (idioma) _____
3. ¿Qué idioma aprendió primero? (que lenguaje) _____
4. ¿En qué idioma prefiere recibir información de la escuela? (que lenguaje) _____
5. ¿Cuál es su relación con el niño? Padre Madre guardián Otra (especificar) _____

عرب (ÁRABE)

1. _____) a _GH cualquier(norte l pm _ m | gn ?K F j | un METRO s _ M D K T N L E A C a y z y H gramo _ j Z R K A a _ GH _ ey
2. _____) a _GH j una(norte MA A L _ NL C a y z y ? h | un a _ GH gramo _ j Z R K A B a _ GH i F k para | un A y T _ p. l _ el
3. _GH a | un y t | un METRO a k para F i _ yo pag m yo pag T ? | un y un (es decir _ GH para) _____

4. p^g _GH a _____) a GH | un _____ y un (| un _ dr m ? h Q norte m _ MP T A M y l pag _ yo | un h l y p _ f _____) | un

INGLÉS (VIETNAMITA)

1. Ser uno idioma idioma otro afuera idioma Hermano mayor hablar en hogar pertenece a tu ? No Sí (idioma idioma) _____
2. Será su hijo ? entregar próximo igual uno idioma idioma otro afuera idioma hermano ? No Sí (idioma idioma) _____
3. Pero idioma idioma niño precioso _ gusto aprender cabeza hada ? (idioma) idioma cual) _____
4. En allá idioma idioma cualquier Amigo desear recibir información de _ hogar ¿ escuela ? (idioma) idioma cual) _____
5. termitas mandarín generación pertenece a Amigo con joven tú Ser que ? Padres humanos _ decir Guardia Otro (escribir claro) _____

中文 (CHINO)

1. otros idiomas además del inglés en su casa ? no sí (qué idioma) _____
2. comunica su hi jo en un idioma que no sea el inglés ? no sí (qué idioma) _____
3. Qué idioma aprendió primero su hijo ? (que idioma) _____

4. En qué idioma le gusta recibir información de la escuela ? (que idioma) _

5. Cuál es la relación de su hijo ? Padres, madres, tutores, otras instrucciones) _____

Nombre del padre / tutor (imprimir)

ط (إعارة) الأم و ولي / ال والد اسم

Tên phụ huynh / người giám hộ (bản in)

家长/监护人姓名 (打印

Firma del Padre / Tutor

ال وصي / الأم و ولي ن وفق يع

Chữ ký của cha mẹ / người giám hộ Firma del 家

长/监护人签名

Fecha

ن ا خ

Ngày

日期

PREGUNTA DE RESIDENCIA DE ESTUDIANTES DE LOUISIANA NAIRE
(El formulario debe estar incluido en el paquete de inscripción escolar)

Fecha _____ Nombre de la escuela del distrito _____

Alumno Nombre: _____ SSN/ID#: _____ Género masculino /

Mujer Dirección: _____ Número de teléfono: _____

Último Escuela Asistió: _____ actual Grado: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Padre/tutor/cuidador de adultos para Estudiante: _____ Relación: _____

Descargo de responsabilidad: Este cuestionario es destinado a DIRECCIÓN El McKinney-Vento Acto. Suniño puede ser elegible para adicional educativo servicios a través de Título I Parte A, Título Parte C- Migrante, Individuos con discapacidades Educación Acto (IDEA) y/o Título IX, Parte A, Federal McKinney-Vento Asistencia Acto, 42 USC 11435. Elegibilidad puede ser determinado completando este cuestionario. Es ilegal saber hacer declaraciones falsas en este formulario. Si elegible, estudiantes son a ser inmediatamente matriculado en conformidad con Boletín 741, sección 341.

1. Sí NO ¿Es la dirección del estudiante un arreglo de vivienda temporal? (Nota: si se trata de un arreglo de vivienda permanente o si la familia es propietaria o alquila su casa, firme bajo el punto 9 y envíe el formulario a la escuela personal.)
2. Sí NO ¿El arreglo de vivienda temporal se debe a la pérdida de vivienda o ¿privación?
3. Sí NO ¿Tiene el estudiante una discapacidad o recibe algún servicio relacionado con la educación especial? (Controlar uno)
4. ¿Dónde vive actualmente el estudiante? (Marque todo eso aplicar.)

In an emergency/transitional shelter.

Temporarily with another family because we cannot afford or find affordable housing.

With an adult that is not a parent or legal guardian, or alone without an adult.

In a vehicle of any kind, trailer park or campground without running water/electricity, abandoned building or substandard housing.

Emergency Housing (i.e. FEMA Trailer or FEMA Rental Assistance)

In a hotel/motel. Other specific information: _____

5. SI NO ¿Exhibe el estudiante algún comportamiento que pueda interferir con su desempeño académico?
6. haría tú como asistencia con uniformes, alumno registros, escuela suministros, transporte, ¿otro?
(Describir: _____)
7. SI NO Migrante: ¿Se ha mudado alguna vez durante los últimos tres (3) años para buscar trabajo temporal o de temporada en la agricultura (incluido el procesamiento de aves de corral, lácteos, viveros y madera) o ¿pesca?
8. SI NO ¿El estudiante tiene hermanos (hermanos o hermanas)? Nota: use el reverso de la página si necesita más espacio. Nombre _____ Escuela _____ Grado _____ Fecha de nacimiento _____
Nombre _____ Escuela _____ Grado _____
Nombre _____ Escuela _____ Grado _____
Nombre _____ Escuela _____ Grado _____ Fecha de nacimiento _____
9. El abajo firmante certifica que la información proporcionada anteriormente es preciso.

Imprimir Padre/Tutor/Adulto a cargo Estudiantes Nombre _____ Firma Fecha _____

(Codigo de AREA) Teléfono número _____ de calle Dirección _____ Ciudad Estado Código Postal Código _____

Solo para uso escolar: Comidas gratis o a precio reducido Forma presentado/firmado Copia colocada en el estudiante
Acumulativo Registrar solo uso de enlace para personas sin hogar : *marque todo eso Aplicar* :
 Protegido Doblado Sin refugio/FEMA Hotel/Motel sin acompañante Juventud: SI NO

Escuela de impresión Contacto Nombre _____ Título Firma Fecha _____

DIABETES**Medicamentos y tratamientos prescritos actualmente:**

Insulina: JeringaPlumaBomba Azúcar en la sangre pruebas
 Glucagón
 Oral Lista de medicamentos _____

medicamentos _____
 Es programación especial de almuerzo o Físico

Educación ¿requerido? No si

 CONVULSIÓN TRASTORNO

Tipo de incautación:

Ausencia (mirando fijamente, no responde) Complejo Tónico- Clónico Generalizado Parcial
 (Grandioso Mal/Convulsivo) Otro (explicar) _____

Físico Educación Restricciones: No Sí

Medicamento(s) : No Sí Listar medicamento(s) _____

Fecha de último convulsión

Duración de convulsión

 OTRA SALUD CONDICIONES

Anemia ADD/ADHD Cáncer Cerebral Pollo con parálisis Viruela
 quística Fibrosis Depresión Digestivo trastornos Emocional/Psicológico
 Juvenil reumatoide Artritis Hemofilia Corazón Condición Física
 discapacidad hoz Celúla Enfermedad de la piel trastornos Discurso problemas Otros
 (explicar) _____

Físico Educación Restricciones: No Sí (explique): _____

Medicamento(s) : No Sí Listar medicamento(s) _____

Especial procedimientos requerido (es decir, cateterismo, oxígeno, gastrostomía cuidado, traqueotomía cuidado, succión):

No

Sí (explique): _____

Especial dieta requerido (es decir, mezclado, suave, bajo sal, bajo gordo, líquido suplemento): No Sí (explique): _____

 VISIÓN CONDICIONES

Lentes de
 contacto/anteojo

 AUDIENCIA CONDICIONES

Audífono(s)
 Otro

 AJUSTES AMBIENTALES POR SALUD CONDICIÓN

Especial escuela ambiental ajustes de el escuela ambiente o horario: No Si (explicar): _____

(es decir, convulsiones, limitaciones en la actividad física, descansos periódicos para aumentar la resistencia, horario de medio tiempo, modificaciones del edificio para el acceso)

Ajustes ambientales escolares especiales al salón de clases o escuela instalaciones: No Si (explicar): _____

(es decir, control de temperatura, refrigeración/almacenamiento de medicamentos, disponibilidad de agua corriente)

Especial seguridad consideraciones: No Si (explicar): _____

(es decir, especial precauciones en levantamiento, posicionamiento, especial transporte emergencia plan, especial seguridad equipo, especial técnicas de posicionamiento, alimentación)

Asistencia especial con actividades de a diario vida: No Si (explicar): _____

(es decir, comer, ir al baño, caminando)

PARTE 3: ENFERMERA ESCOLAR PARA COMPLETAR si el padre/tutor legal indica condición médica.

 Firma de la enfermera escolar

 Fech
 a

Notas:

**DEVUELVA EL FORMULARIO COMPLETADO A LA ENFERMERA ESCOLAR/OFCINA DE SALUD
 LO ANTES POSIBLE**