BIENVENIDOS A PAVE SCHOOLS!

NUEVOS ESTUDIANTES
PAQUETE DE INSCRIPCIÓN

Apellido Del Estudiante | Primer Nombre Del Estudiante | Fecha De Nacimiento

Completar los formularios y presentar los documentos requeridos:

- ☐ Copia del Acta de Nacimiento estudiante
- ☐ Cartilla de vacunación del estudiante
- ☐ Padre/Guardián Foto Identificación
- ☐ Comprobante de Residencia
- ☐ Kínder Formulario de Evaluación de la Salud (KHA) *
  Debe ser completado y presentado a PAVE antes del primer día de clases. Si el estudiante no tiene un médico regular, contacte al Departamento de Salud del Condado de Wake para una cita al 919-250-3947

Incluya documentos listados, si aplicable:

- ☐ IEP/504
- ☐ Copia de la boleta de calificaciones anterior

INICIAL del Primer Nombre del Estudiante: _____ Apellido del Estudiante: _____

PAVE SCHOOLS
SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

PRIMER Nombre del Estudiante: _____

SEGUNDO Nombre del Estudiante: _____

APELLIDO/S del Estudiante: _____

Fecha de Nacimiento del Estudiante (mm/dd/año) _____/ _____/ _____

Sexo:

- ☐ Masculino
- ☐ Femenino

Dirección del Estudiante (dirección en la cual el estudiante vive):

_____

_____

Dirección de Correo (a donde debe enviarse datos importantes y tarjetas de calificaciones):

_____

_____

Nombre de escuela que su hijo/a asistió en 2016-2017: _____

Tiene su hijo/a hermanos que asisten a PAVE? Sí NO
De ser así, indique los nombres y apellidos de hermanos:

_____
_____
_____

_____

INICIAL del Primer Nombre del Estudiante: _____ Apellido del Estudiante: _____

PAVE SCHOOLS
DATOS DE CONTACTO DEL TUTOR

Favor de completar la siguiente información para los DOS padres:

Nombre de la persona completando el formulario:

Marque Una: ☐ Padre ☐ Padrastro	Marque Una: ☐ Madre ☐ Madrastra	Marque si es el tutor legal (debe proveer documentación legal): ☐ Tutor Legal
Nombre Completo:	Nombre Completo:	Nombre Completo:
Dirección de Casa:	Dirección de Casa:	Dirección de Casa:
Numero de Casa:	Numero de Casa:	Numero de Casa:
Numero Móvil:	Numero Móvil:	Numero Móvil:
Lugar de Empleo:	Lugar de Empleo:	Lugar de Empleo:
Dirección de Empleo:	Dirección de Empleo:	Dirección de Empleo:
Numero de Trabajo:	Numero de Trabajo:	Numero de Trabajo:
Correo Electrónico:	Correo Electrónico:	Correo Electrónico:
Estudiante Vive Con: ☐ Tiempo Completo ☐ Tiempo Medio ☐ NO vive con	Estudiante Vive Con: ☐ Tiempo Completo ☐ Tiempo Medio ☐ NO vive con	Estudiante Vive Con: ☐ Tiempo Completo ☐ Tiempo Medio ☐ NO vive con
Estado Civil:	Estado Civil:	Estado Civil:

INICIAL del Primer Nombre del Estudiante: _____ Apellido del Estudiante: _____

PAVE SCHOOLS
CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA

Las personas listadas tienen permiso de recoger a su hijo/a de la escuela en el caso que no logremos comunicarnos con los padres/tutores. Padres/Tutores son responsables de informarle a la escuela si hay algún cambio a los contactos de emergencia y sí alguna persona listada no está autorizada para recoger a su hijo/a.

Contacto de Emergencia #1 (1ra llamada después del tutor)	**Contacto de Emergencia #2** (2da llamada después del tutor)	**Contacto de Emergencia #3** (3ra llamada después del tutor)
Nombre Completo:	Nombre Completo:	Nombre Completo:
Dirección de Casa:	Dirección de Casa:	Dirección de Casa:
Numero de Casa:	Numero de Casa:	Numero de Casa:
Numero Móvil:	Numero Móvil:	Numero Móvil:
Lugar de Empleo:	Lugar de Empleo:	Lugar de Empleo:
Numero de Trabajo:	Numero de Trabajo:	Numero de Trabajo:
Correo Electrónico:	Correo Electrónico:	Correo Electrónico:
Relación al Alumno:	Relación al Alumno:	Relación al Alumno:
Habla Inglés?	Habla Inglés?	Habla Inglés?

INICIAL del Primer Nombre del Estudiante: _____ Apellido del Estudiante: _____

PAVE SCHOOLS
FORMULARIO de Limitación de Contacto

Si hay alguna/s persona/s que NO DEBERÍAN TENER CONTACTO con el estudiante, por favor indíque lo aquí:

Nombre: _____

Relación a el estudiante _____

Tiene orden de protección _____ (De ser así, deberá obtener los documentos of iciales de la corte.)

Archivado en la escuela:
- ☐ Sí
- ☐ No

Nombre: _____

Relación a el estudiante _____

Tiene orden de protección _____ (De ser así, deberá obtener los documentos of iciales de la corte.)

Archivado en la escuela:
- ☐ Sí
- ☐ No

Notificaré a PAVE School por escrito cualquier cambio en la información de este formulario.

_____ _____

Firma del padre/tutor Fecha

INICIAL del Primer Nombre del Estudiante: _____ Apellido del Estudiante: _____

PAVE SCHOOLS
SOLICITUD DE TRANSPORTE

PAVE Schools ofrece un servicio de transporte a todos los estudiantes que residen en Raleigh, NC. Los estudiantes en los grados K-3 deben tener un adulto en la parada para recogerlos. Por favor, indique a continuación cómo este estudiante llega a la escuela en la mañana y sale en la tarde:

TRANSPORTE: (Marque uno para cada uno)

De la Mañana:

- ☐ Coche
- ☐ Autobús
- ☐ A pie

Si AUTOBÚS, por favor proporcione la dirección:

_____

De la Tarde:

- ☐ Coche
- ☐ Autobús
- ☐ A pie

Si AUTOBÚS, por favor proporcione la dirección:

_____

Despedida Temprana:

- ☐ Coche
- ☐ Autobús
- ☐ A pie

Si AUTOBÚS, por favor proporcione la dirección:

_____

INICIAL del Primer Nombre del Estudiante: _____ Apellido del Estudiante: _____

PAVE SCHOOLS
AUTORIZACIÓN DE PASEO

Yo permito que mi hijo participe en excursiones mientras están matriculados en las PAVE Schools.

Entiendo que la escuela tomará todas las precauciones razonables para asegurarse contra la posibilidad de accidentes. Sin embargo, entiendo que la escuela o el adulto responsable no es responsable de los accidentes que ocurren a los niños, ya sea en la escuela o durante los viajes de campo como parte de las actividades de la escuela.

La información relativa a un viaje de estudios específicos, tales como la fecha, hora de salida, destino, costo y medios de transporte serán enviados a mí por el profesor antes de cada excursión.

Nombre del padre/guardián Firma Fecha

PAVE SCHOOLS
CONCENTIMIENTO A COMUNICAR CON LA PRENSA

Puede haber ocasiones mientras mi hijo este inscrito en PAVE Schools cuando los medios de comunicación u otras personas desean fotografiar o grabar video de ellos.

Por la presente autorizo a los miembros de los medios de comunicación locales y nacionales (incluyendo periódicos, revistas, televisión y otros medios de comunicación), el personal PAVE Schools y empleados contratados para fotografiar y / o entrevistar a mi hijo.

Entiendo que esta fotografía / entrevista o porciones de los mismos pueden ser utilizados para la vista del público. Estoy de acuerdo en permitir que mi hijo participe en proyectos de medios sin remuneración económica, y entiendo que esto libera al fotógrafo / entrevistador de cualquier reclamo futuro, así como de cualquier responsabilidad derivada del uso de dicha entrevista.

Además entiendo que mi hijo/a puede ser grabado en vídeo con propósitos educativos, tales cómo:

- Uso en el sitio web y material promocional de PAVE;
- La recolección de datos educativos (ej.: observaciones/evaluaciones de docentes); y/o
- Cómo objetivo legal sí mi hijo/a amenaza con hacer daño as si mismo o acosar a otro.

Nombre del padre/guardián Firma Fecha

INICIAL del Primer Nombre del Estudiante: _____ Apellido del Estudiante: _____

PAVE SCHOOLS
ENCUESTA DE RAZA/ETNICIDAD

Lugar de Nacimiento: (Ciudad/Estado/País):

_____

Si el lugar de nacimiento se encuentra fuera de los Estados Unidos, ¿cuál fue la fecha (mes y año) de la primera llegada a los Estados Unidos? **Mes:** _____ **Año:** _____

Es el o la estudiante de la cultura u origen Hispano o Latino?

- ☐ Sí
- ☐ No

Seleccione una o más de las siguientes razas:

- ☐ Africano- Americano/Negro
- ☐ Indio Americano o de Alaska
- ☐ Asiático
- ☐ Hawái/Isleño del Pacifico
- ☐ Caucásico/Blanco
- ☐ Me niego a comentar

ENCUESTA SOBRE EL IDIOMA

Las políticas federales y del estado exigen que las escuelas determinen los idiomas que cada estudiante habla en el hogar. Si la respuesta a alguna de las preguntas a continuación es un idioma distinto al inglés, se puede evaluar a su hijo con la evaluación diagnóstica de WIDA ACCESS (W-APT) para determinar la competencia en el idioma inglés.

Según los resultados, se puede identificar a su hijo como Limited English Proficient (LEP, Competencia limitada en inglés) y puede acceder a los servicios ESL. Todos los estudiantes identificados con LEP se evaluarán una vez al año hasta que salgan de la categoría LEP.

1. ¿En su hogar se habla otro idioma **aparte del inglés**?
   - ☐ Sí
   - ☐ No

   Si contestó NO, vaya directamente a números 5 y 6.
2. Si contestó **Sí**, ¿cuál es el otro idioma? _____

2. ¿Hablan el otro idioma en el hogar? ☐ ¿Con **MAYOR FRECUENCIA** que el **inglés**?
   ☐ ¿Con **MENOR FRECUENCIA** que el **inglés**?

3. ¿Cuál es el idioma que hablan los adultos en el hogar? _____

4. ¿Cuál fue el primer idioma que aprendió a hablar su niño? _____

5. Nombre Padre/Tutor: _____

6. Firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____

INICIAL del Primer Nombre del Estudiante: _____ Apellido del Estudiante: _____

PAVE SCHOOLS
ENCUESTA DE NECESIDADES DEL ESTUDIANTE

Favor de proporcionar información tanto sea posible sobre su hijo para que podamos prestarles los servicios adecuados. Sus respuestas no tienen ningún impacto en el ingreso de su hijo a la escuela, ya que su hijo ya ha sido aceptada.

SPECIAL EDUCATION/ 504/IEP	SÍ	NO	NO SE
Mi hijo ha recibido servicios de educación especial.			
Mi hijo tiene un Plan de Educación Individual (IEP). Si es así, por favor proporcione una copia de su IEP lo en la lista que la escuela tendría una copia de su forma IEP: _____			
Mi hijo recibe servicios bajo la Ley de Rehabilitación 504.			
Mi hijo ha sido evaluado para recibir servicios de educación especial. Fecha: _____ Lugar: _____			

INFORMACIÓN ADICIONAL	SÍ	NO	NOTAS
Mi hijo ha sido retenido. De ser así, indique el grado.			
Mi hijo ha sido suspendido. De ser así, especifique el motivo y # de veces.			
Mi hijo ha sido expulsado. De ser así, especifique cuando.			

Comentarios adicionales:

_____

_____

_____

INICIAL del Primer Nombre del Estudiante: _____ Apellido del Estudiante: _____

PAVE SCHOOLS
INFORMACIÓN GENERAL DE SALUD

1. Por favor haga una lista de problemas de salud que ha observado usted o su doctor:
   (ej.-asma, dolores de estómago, ataques convulsivas, se orina en la cama, pesadillas, etc.):

_____ _____

_____

_____

3. ¿El embarazo de su hijo(a) fue a término? (Marque todo lo que corresponda)

- ☐ Alergia a Picadura de Abeja
- ☐ Alergia Alimentaria
- ☐ Enfermedad de la Piel
- ☐ Diabetes
- ☐ Asma
- ☐ Enfermedad/Problemas Oculares
- ☐ Enfermedad/Problemas Ortopédicos
- ☐ Condiciones/Problemas Cardiacos
- ☐ Alergia al Polen
- ☐ Enfermedad/Problema Auditivo
- ☐ Convulsiones (Epilepsia)
- ☐ Enfermedad/Problema Urinario
- ☐ Otra:

_____

Nombre de Médico:		Teléfono de la Oficina:
¿Su hijo/a toma medicamento recetado en este momento? ☐ Sí ☐ No		
De ser así, ¿qué medicina? ¿Para qué?		
Preferencia de Hospital:	Teléfono del Hospital:	Recibe Medicaid su hijo/a? ☐ Sí ☐ No
Contacto en caso de Emergencia: Nombre otra persona que no sea el padre o tutor legal:	Relación al estudiante:	Numero Móvil:

INICIAL del Primer Nombre del Estudiante: _____ Apellido del Estudiante: _____

PAVE SCHOOLS

Acuse de Recibo de Padres de Requisitos de Vacunación

Un **registro actual de vacunas.** Se debe presentar prueba médica de las siguientes vacu nas:

- DTaP (contra Difteria-Tétanos-Tos ferina acelular): 5 dosis.
- Polio (OPV): 4 dosis.
- Sarampión (MMR): 2 dosis
- Papera (MMR): 2 dosis
- Rubéola (MMR): 1 dosis
- Hib (haemophilus influenza tipo B): 3 - 4 dosis
- Hepatitis B (HBV): 3 dosis
- Varicela: 2 dosis

Si no tiene un registro de vacunas certificado, comuníquese con su médico o con el Departamento de Salud y Servicios Humanos del condado de Wake. Una nueva series de inyecciones pueden ser administradas. **Si un registro completo de vacunas no es reci bido dentro de 30 días, la directora colegial es requerida, por ley, suspender al alumno en el día número 31 hasta que se presente prueba de las vacunas.**

Entiendo que mi hijo/a puede ser suspendido de la escuela si no cumple con los requisitos de vacunación dentro de 30 días de ser matriculado.

Nombre del Estudiante: _____ Fecha: _____

Firma del Padre: _____

INICIAL del Primer Nombre del Estudiante: _____ Apellido del Estudiante: _____

PAVE SCHOOLS
Formulario de Datos para Estudiantes con Conexión Militar

La Sesión Legislativa 2014-15 de Carolina del Norte requiere que la Junta Educativa del Estado de Carolina del Norte/Departamento de Instrucción Pública del Estado de Carolina del Norte coleccione información sobre conexión militar, así ayudando a estudiantes cuando padres son desplegados, la transición colegial, y en otros momentos cruciales. Para datos sobre la Sesión Legislativa 2014-15, siga el enlace a continuación:
http://www.ncleg.net/sessions/2013/bills/house/pdf/h1060v3.pdf

Está algún miembro de la familia inmediata (padre, padrastro, hermano, tutor u otra persona que usualmente vive en el mismo hogar que el alumno) de su hijo/a conectado a las Fuerzas Armadas de los EE.UU., incluyendo Servicio Activo, Guardia Nacional o la Reserva, Retirado Militar, Veterano Discapacitado o un Empleado de la Administración Pública Federal?

- ☐ Sí
- ☐ No

Si contestó NO a la pregunta anterior, PARE, ya completo este formulario.

Relación al Estudiante	Rama Militar	Estado	Base/Unidad	Clasificación

Ramas Militares: Fuerzas Aéreas, Ejército, Guarda Costa, La Marina, Navy
Opciones de Estado: Servicio Activo, Guardia Nacional, Reserva, Retirado Militar, Veterano Discapacitado, Administración Pública Nacional
Base/Unidad: La instalación militar donde el miembro cumple con su servicio militar (ej.: Fort Bragg, NC National Guard JFHQ/Armories, Knightdale Reserve Center ,etc.)
Clasificación: Alistado (E-1 through E-9), Oficial (O-1 through O-10), Suboficial Especialista(W-1 through W-5)

INICIAL del Primer Nombre del Estudiante: _____ Apellido del Estudiante: _____

PAVE SCHOOLS
ESTATUS ESTUDIANTIL MCKINNEY-VENTO

La intención de este cuestionario es tratar el Acto McKinney- Vento 32. U.S. C. 11431 et. seq. Las respuestas a estas preguntas sobre la residencia ayudan en determinar los servicios que un estudiante puede ser elegible para recibir. Esta no es una lista exhaustiva. Otros factores pueden ser involucrados que no están incluidos pero pueden reunir los requisitos para el status estudiantil para McKinney-Vento. Por favor tenga en cuenta que falsificando documentos o entregando documentos falsos es un delito bajo Sección 37.10 del Código Penal. Una persona que matricula un niño usando documentos falsos tiene la responsabilidad para los pagos de inscripción o otros costos.
TEC Sec. 25.002(3)(d).

1. Es la dirección del estudiante un arreglo de vivienda temporal?
   - ☐ Sí
   - ☐ No

   Si contestó NO a la pregunta #1, PARE. Ya completo el formulario.

2. Es el arreglo de vivienda temporal debido a la pérdida de vivienda o dificultades económica?
   - ☐ Sí
   - ☐ No
3. ¿Dónde está el estudiante actualmente? (Marque todos los que apliquen)
   - ☐ En caso de emergencia / transitorio refugio
   - ☐ En espera de la colocación de cuidado de crianza.
   - ☐ Temporalmente con otra familia porque no puede pagar o encontrar una vivienda asequible.
   - ☐ Con un adulto que no es un padre o guardián legal, o solo sin un adulto.
   - ☐ En un vehículo de cualquier tipo, parque de caravanas o camping sin agua / el ectricidad, edificio abandonado o infravivienda.
   - ☐ Vivienda de Emergencia
   - ☐ En un hotel / motel.
   - ☐ Otros, en concreto:
4. ¿Su hijo tiene una discapacidad o recibe servicios de educación especial?
   - ☐ Sí
   - ☐ No
5. ¿Tiene su niño algún comportamiento que pueda interferir con su desempeño académico?
   - ☐ Sí
   - ☐ No
6. ¿Quiere ayuda con:
   - ☐ uniformes
   - ☐ estudiante registros
   - ☐ útiles escolares
   - ☐ transporte
   - ☐ Otro? (Describa):_____
7. El que suscribe certifica que la información proporcionada arriba es correcta.

_____

Firma del padre/ guardián Fecha

_____

Teléfono Dirección (incluye el # del Apto.) Código Ciudad Estado Postal

INICIAL del Primer Nombre del Estudiante: _____ Apellido del Estudiante: _____