

## **Inscripción de Nuevos Estudiantes en la Escuela Primaria Ann Smith**

Documentos requeridos para la inscripción de nuevos estudiantes:

Boleta de calificaciones actual de la escuela anterior  
Formulario de retiro de la escuela anterior  
Informe de disciplina de la escuela anterior  
Paquete de inscripción completo  
Formulario de Cumplimiento de Vacunación de Mississippi 121

Acta de Nacimiento  
Tarjeta de Seguridad Social

Documentos de custodia (si los padres están divorciados o el padre no figura en el certificado de nacimiento) Uno de los siguientes a nombre de los padres:

o Documento hipotecario

o Escritura

o Exención de vivienda

o Contrato de alquiler o arrendamiento actual (todos los ocupantes deben estar incluidos en el contrato)

Una factura de servicios públicos actual (dentro de los 30 días) a nombre de los padres que muestre la dirección del servicio:

o Agua

Gasolina

o Eléctrico

o Cable/internet

o SIN FACTURAS DE TELÉFONO CELULAR

Si vive en una casa o apartamento que no es de su propiedad o que no está alquilando, comuníquese con Cheryl Johnson al 601-856-6621 o [ciohnson@madison-schools.com](mailto:ciohnson@madison-schools.com) para ayudarlo con los requisitos adicionales antes de inscribirse en Ann Smith Elementary.

Declaración Jurada de Residencia  
Distrito Escolar del Condado de  
Madison

Estado de  
Mississippi condado  
de Madison

Yo, \_\_\_\_\_ Mayor de edad, siendo primero debidamente jurado que:  
(Escriba el nombre de Affiant)

J. Actualmente y permanentemente resido en

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(Se requiere la dirección física y el nombre de la calle. La dirección del apartado postal no es aceptable).

Que es mi residencia legal y se encuentra dentro de los límites del Distrito Escolar de Condado de Madison

2. Como verificación de mi residencia, adjunto a esta declaración jurada e incluyo por referencia lo siguiente:

A. Copias de dos facturas de servicios públicos (agua, luz, gas, teléfono fijo o cable, no celular) y

B. Uno de los siguientes documentos que contenga mi dirección física actual, no un apartado postal:

I. Escritura, escritura de fideicomiso, hipoteca o extensión de Vivienda familiar presentada

2. original actual, no copia, del contrato de arrendamiento de apartamento o casa, que muestre los nombres de los ocupantes.

3. Yo soy \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
(padre) (nombre completo del estudiante)

Que resida permanentemente conmigo en mi residencia en la dirección indicada en el párrafo 1 anterior

4. Si me mudo o cambio de residencia, yo notificaré a la escuela de mi hijo dentro de los 30 días

5. Entiendo que el Distrito puede negarse a inscribir o expulsar de la escuela al niño mencionado en el párrafo 3 anterior si el niño no vive conmigo dentro del Distrito Escolar del Condado de Madison en la dirección indicada anteriormente.

6. Al firmar esta declaración jurada, entiendo que estoy haciendo una declaración jurada de que la información proporcionada en esta declaración jurada es verdadera y concordante. Entiendo que mentir o dar información falsa en la declaración jurada es un delito grave y es una violación del Código de Miss. Ann. Secciones 97-7-35 y 97-9-19., que pueden exponerme a sanciones penales, incluida una multa de hasta \$1,000.00 y/o hasta cinco años en la cárcel del condado.

Este el \_\_\_\_\_ día de \_\_\_\_\_ 20\_\_ .

\_\_\_\_\_  
Firma del  
declarante

Vino y compareció personalmente ante mí, la autoridad que suscribe en y para el condado y el estado antes mencionados, el Declarante mencionado anteriormente, quien bajo juramento declara que los asuntos y hechos contenidos en la Declaración jurada de residencia anterior son verdaderos y correctos.

JURADO Y SUSCRITO ANTE MÍ, este \_\_\_\_\_ día de \_\_\_\_\_ 20\_\_ .

\_\_\_\_\_  
Notario público

Mi comisión expira: \_\_\_\_\_

# ESCUELA PRIMARIA ANN SMITH (K-2) FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Grado: \_ \_

Marque uno:  apellido Nuevo en el distrito  primer nombre. estudiante que regresa  Segundo nombre

SS# \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Género (circle): M F

Raza(circle): B W A H Other \_ \_

Subdivision: \_\_\_\_\_ Propio / arrendamiento: \_\_\_\_\_ expiara: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Zip: \_ \_

estudiante vive con (marque todo lo que corresponda)  padre  Madre  padrastro o madrastra  Otro

pasajero del autobús:  si  No. Car Rider:  si  No guardería:  si  No nombre de la guardería: \_\_\_\_\_

Madre/Guardián \_\_\_\_\_

Dirección si es diferente a la del niño \_\_\_\_\_

Teléfono de casa \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico \_\_\_\_\_ LUGAR DE EMPLEO \_\_\_\_\_

Ocupación \_\_\_\_\_

Padre/Tutor \_\_\_\_\_

Dirección si es diferente a la del niño \_\_\_\_\_

Teléfono de casa \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_

correo electrónico \_\_\_\_\_

LUGAR DE EMPLEO \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_

Nombre y edad de los hermanos y/o hermanas \_\_\_\_\_

## CONTACTOS DE EMERGENCIA Y PERSONAS autorizadas para recoger al estudiante:

Nombre _____	relación _____	teléfono _____
Nombre _____	relación _____	teléfono _____
Nombre _____	relación _____	teléfono _____
Nombre _____	relación _____	teléfono _____

## Persona (s) NO autorizados a recoger al niño:

Nombre \_\_\_\_\_

MADISON COUNTY  
SCHOOLS

# Formulario de salud del estudiante

School Year \_\_\_\_\_

Escuela:	Grado:	Maestro/a:
Nombre del estudiante:	Fecha del estudiante:	Género: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female
Nombre(s) de padre/tutor(es):	Teléfono(s) del trabajo:	Celulares:
Transporte <input type="checkbox"/> CARRO <input type="checkbox"/> BUS		
Médico local/Proveedor de atención médica	Teléfono:	

Doy mi permiso para que mi hijo participe en el programa de salud de la escuela, que puede incluir educación sobre la salud y exámenes básicos (visión, audición, escoliosis, etc.). Doy mi permiso para que mi hijo reciba órdenes permanentes/primeros auxilios según sea necesario., Doy mi consentimiento para que la información médica sea compartida entre el proveedor médico de mi hijo y la enfermera de la escuela. Doy mi consentimiento para que la información médica se comparta con el personal que está directamente relacionado con mi hijo en la escuela. Es responsabilidad de los padres/tutores notificar a la escuela de cualquier medicamento o cambios de condición médica.

Firma del Padre / Tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## HISTORIAL MÉDICO DEL ESTUDIANTE

CONDITION	NO	YES	LIST SYMPTOMS - MEDICATIONS NEEDED-COMMENTS
ALERGIA (peligrosa para la vida) a la comida			
a la medicación			
a los insectos			
Asthma Seizure			
Diabetes: debe tener DMMP del medico.			
Déficit de Atención (ADHD) Birth			
Defecto/Discapacidad Física Hueso/Joint			
Condiciones Trastorno emocional/psicológico			
Dolores de cabeza Migraña			
Condiciones cardiacas			
Hipertensión (presión arterial alta) Trastorno de la sangre/ células falciformes			
Problemas del habla/audición Gastrointestinales			
Condiciones Cirugía			
Problemas de la vista			
Discapacidades, necesidades especiales u otras preocupaciones medicas no enumeradas			
¿El estudiante está tomando medicamentos diariamente?			
			¿Anteojos? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No Contactos SI <input type="checkbox"/> No
			If YES, Please list:

Se requieren formularios de salud y planes de acción médica cada año escolar.

# Escuelas del condado de Madison ENCUESTA DEL IDIOMA DEL HOGAR

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo:  Male  Female

Parante/Guardian \_\_\_\_\_

**DIRECCIÓN:** \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

1. ¿Su hijo nació en los Estados Unidos? En caso afirmativo. ¿En qué estado? CI Yes  CI No

\_\_\_\_\_

2. Si no, ¿en qué otro país? Has your chDd attended any school in the United States \_\_\_\_\_

for any three years during their lifetime? CI Yes  CI No

En caso afirmativo, proporcione el nombre de la(s) escuela(s), el estado y las fechas de asistencia:

Nombre de Escuela _____	Estado _____	Fechas de asistencia _____
Nombre de Escuela _____	Estado _____	Fechas de asistencia _____
Nombre de Escuela _____	Estado _____	Fechas de asistencia _____

3. ¿Que idioma hablan usted y su familia la mayor parte del tiempo en casa? \_\_\_\_\_

4. Si está disponible, ¿en qué idioma preferiría recibir \_\_\_\_\_

5. ¿COMUNICACIÓN DE LA ESCUELA? \_\_\_\_\_

## Por favor, compruebe si su hijo es: *(masculine)*

- |  |   |
|--|---|
| A. <input type="checkbox"/> Native American Indian | C. <input type="checkbox"/> Native Pacific Islander     |
| B. <input type="checkbox"/> Alaska Native          | D. <input type="checkbox"/> Native U.S. Virgin Islander |

6. ¿El idioma que su hijo aprendió por primera vez o el idioma del hogar es otro que no sea el inglés? Si o No

Si respondió "Sí" a la pregunta número 8 anterior, responda las siguientes preguntas:

7. ¿Qué idioma aprendió su hijo cuando empezó a hablar? \_\_\_\_\_

8. ¿Qué idioma habla su hijo con más frecuencia en casa? \_\_\_\_\_

9. ¿Qué idioma le habla con más frecuencia a su hijo? (Padre) \_\_\_\_\_  
(Madre) \_\_\_\_\_

10. Describa el idioma que entiende su hijo (Marque solo uno)
- A.  Solo entiende el idioma del hogar y nada de inglés..
  - B.  Entiende principalmente el idioma del hogar y algo de inglés.
  - c.  Entiende el idioma del hogar y el inglés por igual.
  - D.  Entiende principalmente inglés y parte del idioma del hogar.
  - E.  Solo entiende inglés.

\_\_\_\_\_ Firma del padre o tutor

\_\_\_\_\_ fecha

	<b>OFFICE USE ONLY</b>	
Student ID #	Date Received	_____
Ina.-	_____	_____

## Transportación

Grado: \_\_\_\_\_

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_

Nombre del edificio de Apartamentos/Casa móvil: \_\_\_\_\_

Subdivisión: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa/celular: \_\_\_\_\_

Teléfono de negocios: \_\_\_\_\_

**Cómo se transportará su hijo/a diariamente? Circule uno**

Mañana: Carro                      Bus

Tarde: Carro                      Bus                      Guardería

Destino: \_\_\_\_\_

Nombre de la guardería y teléfono:

---

Si el modo de transporte de su hijo necesita cambiar, por favor envíe una nota al maestro cuando recoja a su hijo/a, ingrese a la carretera en el extremo norte de la escuela. Siga la carretera hasta llegar a las puertas de segundo grado en el extremo sur del campus, donde un asistente le dirigirá. Por favor, tenga su número de etiqueta de coche en su parabrisas delantero. El asistente de guardia emitirá por radio el nombre de su hijo a un asistente de guardia en el salón que le llevara a su hijo. Por favor, no parque su vehículo en la carretera y entre en el edificio. Debe permanecer en su vehículo para que el flujo de tráfico sea suave. Si tiene que entrar en el edificio, aparque en el parqueo delante de la escuela. Cruzar la calle con cuidado y entra en la oficina principal.