FIRSTLINE SCHOOLS: **NEW STUDENT** ENROLLMENT PACKET
LISTA DE VERIFICACIÓN PARA PAQUETE DE MATRICULACIÓN

SOLO PARA USO ESCOLAR

FECHA DE RECIBO: _____

ESCUELA FIRSTLINE (POR FAVOR SELECCIONE LA OPCIÓN APROPIADA):

☐ GREEN ☐ ASHE ☐ WHEATLEY ☐ LHA ☐ LIVE OAK

LISTA DE FORMULARIOS PARA MATRICULACIÓN EN LAS ESCUELAS FIRSTLINE:

☐ Información General y Matriculación
☐ Comunicado de Prensa
☐ Formulario de Archivos Confidenciales
☐ Cuestionario de Residencia Estudiantil de Louisiana
☐ Formulario de Exención para Dificultad Financiera
☐ Encuesta de Necesidades Estudiantiles
☐ Formulario de Información de Salud para el estado de Louisiana
☐ Formulario de Alta Médica
☐ Notificación de Reembolso de Medicaid y Formulario de Consentimiento (para estudiantes con Medicaid)
☐ Formulario de Consentimiento para Communities in Schools (Comunidades en Escuelas)
☐ Formulario de Consentimiento para Daughters of Charity (Hijas de la Caridad)
☐ Convenio entre Estudiante, Familia y FirstLine

LISTA DE DOCUMENTOS:

☐ Fotocopia de Identificación de padres/tutor legal
☐ Fotocopia de acta de nacimiento del estudiante
☐ Fotocopia de tarjeta de seguro social del estudiante *(NOTA: Esto es opcional)*
☐ Fotocopia de registro de vacunación
☐ Un comprobante de domicilio *(ejemplos incluyen: factura telefónica, factura de agua/electricidad o contrato de alquiler)*
☐ Fotocopia de aseguranza o tarjeta de Medicaid
☐ Fotocopia de reporte de calificaciones (si es pertinente)

DOCUMENTOS ADICIONALES (SI SON PERTINENTES AL ESTUDIANTE):

☐ IEP / Evaluación para Educación Especial
☐ 504 IAP / Evaluación para Sección 504
☐ Fotocopia de prueba/examen estandarizada

De acuerdo con la jurisprudencia y la ley federal aplicable, las decisiones de inscripción de los alumnos de FirstLine Schools se toman sin tener en cuenta la raza, el color, el origen nacional, la ciudadanía y / o el estado migratorio de un niño y / o su familia. A ningún niño se le negará la inscripción debido a la incapacidad de presentar la documentación solicitada debido a su ciudadanía y / o estado migratorio, y / o falta de vivienda.

FIRSTLINE SCHOOLS: **NEW STUDENT** ENROLLMENT PACKET

ENROLLMENT PACKET CHECKLIST

FOR SCHOOL USE ONLY

DATE RECEIVED: _____

FIRSTLINE SCHOOL (PLEASE CHECK ONE):

☐ GREEN ☐ ASHE ☐ WHEATLEY ☐ LHA ☐ LIVE OAK

FIRSTLINE SCHOOL ENROLLMENT FORMS CHECKLIST:

☐ General Information and Enrollment
☐ Media Release
☐ Louisiana Student Residency Questionnaire
☐ Economic Hardship Waiver Form
☐ Louisiana Health Information
☐ Medicaid Reimbursement Notice and Consent Form (for Medicaid students only)
☐ Medical Release
☐ Communities in Schools Consent Form
☐ Daughters of Charity Consent Form
☐ Student, Family, and FirstLine Compact

DOCUMENT CHECKLIST:

☐ Copy of guardian's ID
☐ Copy of student's birth certificate
☐ Copy of immunization records
☐ One proof of residence *(examples include: phone bill, water bill or lease agreement)*
☐ Copy of insurance or Medicaid card

ADDITIONAL DOCUMENTS (IF APPLICABLE):

☐ IEP / Special Education Evaluation
☐ 504 IAP / Evaluation for Section 504
☐ Copy of standardized test score(s)

In accordance with jurisprudence and applicable federal law, FirstLine Schools' student enrollment decisions are made without regard to a child's and/or his or her family's race, color, national origin, and citizenship and/or immigration status. No child will be denied enrollment due to an inability to produce the requested documentation because of his or her citizenship and/or immigration status, and/or homelessness.

**** Este encuesta está disponible en español. ****
**** Hình thức này có sẵn bằng tiếng Việt. ****

FIRSTLINE SCHOOLS: **NEW STUDENT** ENROLLMENT PACKET

- **Devolver a la Oficina Principal** –

NOMBRE Y APELLIDO DEL ESTUDIANTE FECHA DE NACIMIENTO

¿CÓMO SE ENTERÓ DE NOSOTROS? SELECCIONE UNO	
☐ Un amigo ☐ Otra familia de FirstLine favor anote la familia: _____ ☐ Publicidad (parada de autobús, revista, etc.) ☐ Evento Por favor escriba el evento: _____	☐ Radio ☐ Tarjeta postal o anuncio publicitario ☐ Los medios sociales (Facebook, Twitter, Instagram)

INFORMACIÓN de ESTUDIANTE		
SEXO ☐ **Femenino** ☐ **Masculino**	**NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (OPCIONAL)** ___ ___ ___ - ___ ___ - ___ ___ ___ ___	
GRADO ACTUAL	**ESCUELA ACTUAL**	**CIUDAD, ESTADO**

DIRECCIÓN (número, calle)	**CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL**

MATRICULANDOSE EN (Por favor seleccione una):

- ☐ ARTHUR ASHE CHARTER SCHOOL
- ☐ SAMUEL J . GREEN CHARTER SCHOOL
- ☐ LANGSTON HUGHES ACADEMY
- ☐ PHILLIS WHEATLEY COMMUNITY SCHOOL
- ☐ FIRSTLINE LIVE OAK

PADRE / TUTOR (nombre, apellido) FIRMA FECHA

FIRSTLINE SCHOOLS: **NEW STUDENT** ENROLLMENT PACKET

- **Devolver a la Oficina Principal** -

NOMBRE Y APELLIDO DEL ESTUDIANTE FECHA DE NACIMIENTO

LOS PADRES / TUTOR INFORMACIÓN DE CONTACTO	
NOMBRE DE PADRES / TUTOR (apellido, nombre)	**PARENTESCO AL ESTUDIANTE**
TELÉFONO PRIMARIO ( )	**TELÉFONO SECUNDARIO** ( )
CORREO ELECTRÓNICO	
DIRECCIÓN (número, calle)	**CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL**
MÉTODO DE CONTACTO PREFERIDO: ☐ **TELÉFONO** ☐ **TEXTO** ☐ **CORREO ELECTRÓNICO** ☐ **TODOS**	

LOS PADRES / TUTOR INFORMACIÓN DE CONTACTO	
NOMBRE DE PADRES / TUTOR (apellido, nombre)	**PARENTESCO AL ESTUDIANTE**
TELÉFONO PRIMARIO ( )	**TELÉFONO SECUNDARIO** ( )
CORREO ELECTRÓNICO:	
MÉTODO DE CONTACTO PREFERIDO: ☐ **TELÉFONO** ☐ **TEXTO** ☐ **CORREO ELECTRÓNICO** ☐ **TODOS**	
☐ **DIRECCIÓN ES LA MISMA QUE ARRIBA** (SI NO ES, POR FAVOR COMPLETE ABAJO)	
DIRECCIÓN (NÚMERO, CALLE)	**CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL**

PADRE / TUTOR (nombre, apellido) FIRMA FECHA

FIRSTLINE SCHOOLS: **NEW STUDENT** ENROLLMENT PACKET

- **Devolver a la Oficina Principal** -

NOMBRE Y APELLIDO DEL ESTUDIANTE FECHA DE NACIMIENTO

PERSONAS PERMITIDAS RECOGER AL ESTUDIANTE				
NOMBRE (nombre, apellido)	**Parentesco:**	**Teléfono:**	**VIVE CON EL ESTUDIANTE?**	**¿CONTACTO DE EMERGENCIA?**
			☐SI ☐NO	☐SI ☐NO
			☐SI ☐NO	☐SI ☐NO
			☐SI ☐NO	☐SI ☐NO
			☐SI ☐NO	☐SI ☐NO
			☐SI ☐NO	☐SI ☐NO

PERSONAS NO PERMITIDAS SACAR AL ESTE ESTUDIANTE *Si la persona aparece en el certificado de nacimiento del estudiante, documentos de la corte deben ser entregados a la oficina principal.*				
NOMBRE (nombre, apellido)	**Parentesco:**	**Teléfono:**	**VIVE CON EL ESTUDIANTE?**	
			☐SI ☐NO	
			☐SI ☐NO	
			☐SI ☐NO	
			☐SI ☐NO	
			☐SI ☐SI	

PADRE / TUTOR (nombre, apellido) FIRMA FECHA

FIRSTLINE SCHOOLS: **NEW STUDENT** ENROLLMENT PACKET

- **Devolver a la Oficina Principal** -

NOMBRE Y APELLIDO DEL ESTUDIANTE FECHA DE NACIMIENTO

SERVICIOS DE TRANSPORTE

Las escuelas de FirstLine ofrecen servicios de transporte a todos los estudiantes que viven en la parroquia de Orleans, y por *lo menos* de una milla de la escuela. Para garantizar la seguridad de nuestros estudiantes, seguimos las siguientes reglas *:*

- Los estudiantes que requieren adaptaciones específicas del transporte no pueden bajar en su parada de autobús a menos que un cuidador aprobado este presente en la parada de autobús. Si un cuidador aprobado no está presente, el estudiante será regresado a la escuela para su recogida.
- Los estudiantes en los grados tres y por debajo no pueden bajar en su parada de autobús a menos que un padre o tutor esté presente en la parada. Un hermano mayor puede acompañar al estudiante si es autorizado por el padre/madre o tutor del niño/a. Si uno de los padres, tutor o hermano no está aprobada, el estudiante será regresado a la escuela para su recogida.

Por favor, indique a continuación cómo llegará el estudiante a la hora de entrada y salida de la escuela:

LLEGADA (AM)	☐ **a pie** ☐ **coche** ☐ **bus de la escuela**	**SALIDA (PM)**	☐ **a pie** ☐ **coche** ☐ **bus de la escuela**

Si se ha seleccionado " Bus de la escuela" para la llegada o salida, por favor proporcione una dirección:

DIRECCIÓN DE RECOGIDA POR LA MAÑANA:

DIRECCIÓN (NÚMERO, CALLE) CIUDAD, ESTADO CÓDIGO POSTAL

DIRECCIÓN DE BAJADA POR LA TARDE:

DIRECCIÓN (NÚMERO, CALLE) CIUDAD, ESTADO CÓDIGO POSTAL

Si la dirección de encima cambia, por favor complete una forma "cambio de dirección" y entregarla a la oficina principal.

PADRE / TUTOR (nombre, apellido) FIRMA FECHA

FIRSTLINE SCHOOLS: **NEW STUDENT** ENROLLMENT PACKET

- **Devolver a la Oficina Principal** –

NOMBRE Y APELLIDO DEL ESTUDIANTE FECHA DE NACIMIENTO

HERMANOS / AS QUE TAMBÉN ASISTEN A UNA ESCUELA DE FIRSTLINE		
NOMBRE (PRIMERO, ÚLTIMO)	**ESCUELA (GREEN, ASHE, WHEATLEY, LHA, LIVE OAK)**	**GRADO**

PADRE / TUTOR (nombre, apellido) FIRMA FECHA

NOMBRE Y APELLIDO DEL ESTUDIANTE FECHA DE NACIMIENTO

ENCUESTA DE RAZA Y ETNICIDAD

LUGAR DE NACIMIENTO DE ESTUDIANTE: (ciudad, estado, país)

Si el lugar de nacimiento del estudiante está fuera de los Estados Unidos proporcionar la fecha de llegada:

DIA: _____ MES: _____ AÑO: _____

EL ESTUDIANTE SEA HISPANO O LATINO?

☐ SÍ
☐ NO

¿CUÁL ES LA RAZA DEL ESTUDIANTE (SELECCIONE TODAS LAS QUE APLIQUEN)

☐ AFRO AMERICANO / NEGRO
☐ INDIOS AMERICANOS /NATIVOS DE ALASKA
☐ ASIÁTICO
☐ NATIVO DE HAWAII O ISLAS DEL PACÍFICO
☐ BLANCO
☐ RENUNCIAR A CONTESTAR
☐ OTRAS

PADRE / TUTOR (nombre, apellido) FIRMA FECHA

FIRSTLINE SCHOOLS: **NEW STUDENT** ENROLLMENT PACKET

- **Devolver a la Oficina Principal** -

NOMBRE Y APELLIDO DEL ESTUDIANTE FECHA DE NACIMIENTO

ENCUESTA DE IDIOMA

El Código de Educación de Louisiana requiere que todas las escuelas determinen el idioma (s) que se habla en la casa de cada estudiante para poder identificar sus necesidades específicas al lenguaje. Esta información es esencial para que las escuelas puedan proporcionar instrucción significativa para todos los estudiantes. Si un idioma distinto del Inglés se habla en el hogar, el Distrito está obligado a hacer una nueva evaluación de su niño/a. Por favor, ayudenos a cumplir este requisito importante respondiendo a las siguientes preguntas. Gracias por su asistencia.

1. Se usa un idioma distinto al Inglés en el hogar del estudiante? ☐ SÍ ☐ NO

2. Si ha seleccionado "NO", pase al final de la página.
Si ha seleccionado "SI", ¿qué idioma _____

3. ¿Con qué frecuencia se habla este idioma?
   ☐ Más a menudo que Inglés
   ☐ Con menos frecuencia que Inglés

4. ¿En qué idioma se **hablan los adultos** en la casa del estudiante? _____

5. ¿Cuál es el **primer idioma** que el estudiante aprendió a hablar?
   _____

6. ¿Usted o su estudiante necesita **servicios de** traducción? ☐ SÍ ☐ NO

   Si ha seleccionado "SÍ", en qué idioma? _____

7. ¿Necesita un **intérprete** para las preocupaciones de la enseñanza de su hijo/a? ☐ SÍ ☐ NO

   Si ha seleccionado "SÍ", en qué idioma? _____

PADRE / TUTOR (nombre, apellido) FIRMA FECHA

NOMBRE, APELLIDO DEL ESTUDIANTE FECHA DE NACIMIENTO

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTOS DE MEDIOS DE PRENSA DE LAS ESCUELAS DE FIRSTLINE

A lo largo del año escolar, los estudiantes pueden ser escogidos para promover las escuelas de FirstLine y las actividades y los logros de sus escuelas. Por ejemplo, los estudiantes pueden ser presentados en materiales para capacitar a los maestros y / o aumentar la conciencia pública sobre nuestras escuelas a través de los periódicos, la radio, la televisión, la web, DVD, pantallas, folletos, carteles, medios de comunicación social y otros tipos de medios de comunicación. También puede haber ocasiones mientras su hijo está inscrito en una escuela FirstLine donde los medios externos u otros pueden visitar el evento de la escuela o la escuela y desea fotografiar, filmar, entrevistar al niño. Tenga en cuenta que esta versión se aplica a partir de la fecha de su firma y se mantiene vigente perpetuamente. Las escuelas de FirstLine pueden utilizar estas imágenes, vídeos, audio, imagen, etc., en la forma antes descrita, incluso después de que su hijo ya no asiste a una escuela de FirstLine. En caso de que ya no esté de acuerdo a la imagen y semejanza de su hijo están utilizando, tendrá que firmar y devolver el formulario de exclusión.

Como padre o tutor, autorizo que las Escuelas FirstLine y sus empleados, representantes, empleados contratados, voluntarios autorizados, y autorizó los medios de comunicación locales y nacionales (incluyendo pero no limitado a los medios de periódicos, revistas, televisión y otros medios) permiso para imprimir , fotografía, y la memoria de mi hijo para su uso en audio, vídeo, película o cualquier otro medio electrónico, digital e impreso. Esto es con el entendimiento de que no voy a recibir una compensación monetaria para la participación de mi hijo, y aún más que liberar y mantener escuelas inofensiva FirstLine, su Consejo de Administración, empleados, el fotógrafo, camarógrafo, y otros representantes de los activos y pasivos futuros, conocidos o desconocidos, que surjan de la utilización de este material.

Yo entiendo que al firmar esta renuncia estoy de acuerdo a la imagen de mi hijo está utilizando en materiales educativos, promocionales y de marketing, en sitios de medios sociales como Twitter, Facebook, Instagram, comunicados de prensa, en los sitios web, emisoras de radio, noticias estaciones, en la televisión, y cualquier otro medio de comunicación.

Certifico que he leído el consentimiento de Medios y Presencia y entiendo completamente sus términos y condiciones.

PADRE / TUTOR (nombre, apellido) FIRMA FECHA

FIRSTLINE SCHOOLS: **NEW STUDENT** ENROLLMENT PACKET

- **Devolver a la Oficina Principal** -

NOMBRE Y APELLIDO DEL ESTUDIANTE FECHA DE NACIMIENTO

ACTAS CONFIDENCIAL DE PRENSA DE FIRSTLINE SCHOOLS

autorización para revelar información del estudiante de acuerdo con el código de Derechos Educativos de la Familia y el Act de Privacidad de los Estados Unidos.

Esta forma da permiso a las escuelas de FirstLine para solicitar los registros educativos de su estudiante de cualquier escuela (s) anterior.

Secretario de la escuela o consejero:
Por la presente autorizado para liberar la siguiente información sobre el estudiante mencionado anteriormente (marque todo lo que corresponda):

☐ datos de las pruebas estandarizadas
☐ El rendimiento escolar
☐ La información de salud, incluyendo registros de inmunización(vacuna)
☐ certificado de nacimiento
☐ número de Seguro Social(no es obligatorio)
☐ Educación Especial y / o la Sección 504 registros

HISTORIA ESCOLAR

GRADO	AÑO(S) asistió	NOMBRE DE LAS ESCUELAS	CIUDAD,ESTADO
Pre-K			
K			
1º			
2º			
3º			
4º			
5º			
6º			
7º			
8º			

PADRE / TUTOR (nombre, apellido) FIRMA FECHA

FIRSTLINE SCHOOLS: **NEW STUDENT** ENROLLMENT PACKET

- Devolver a la Oficina Principal -

CUESTIONARIO DE LA RESIDENCIA DE ESTUDIANTES DE LOUISIANA
(El formulario debe incluirse en el paquete de matriculación en la escuela)

Fecha _____ Distrito _____ Nombre de la escuela _____

Nombre del estudiante: _____ NSS/nº ID: _____ Género: Hombre/Mujer

Dirección: _____ Número de teléfono: _____

Última escuela a la que asistió: _____ Grado actual: _____ Fecha de nacimiento: _____

Padre/Tutor/Cuidador del estudiante: _____ Relación: _____

Descargo de responsabilidad: este cuestionario tiene por finalidad recoger lo estipulado en la Ley McKinney-Vento. Su hijo puede ser elegido para servicios educativos adicionales a través del Título I, Parte A, Título I, Parte C Inmigrante, Ley de educación de personas con discapacidades (IDEA) y/o el Título IX, Parte A, Ley federal de asistencia McKinney-Vento, 42 U.S.C.11435. La condición de elegible puede determinarse completando este cuestionario. Es ilegal realizar falsas declaraciones deliberadamente en este formulario. Si son elegibles, los estudiantes deben matricularse inmediatamente de acuerdo con el Boletín 741, apartado 341.

1. ☐ SÍ ☐ NO ¿Pertenece la dirección del estudiante a una vivienda temporal? (Nota: si esta es una vivienda permanente o la familia posee o alquila su vivienda, firme en el ítem 9 y envíe en formulario al personal de la escuela).
2. ☐ SÍ ☐ NO ¿Se debe la vivienda temporal a una pérdida del hogar o una dificultad económica?
3. ☐ SÍ ☐ NO ¿Tiene el estudiante alguna discapacidad o recibe algún servicio especial relacionado con la educación? (Marque uno)
4. ¿Dónde vive actualmente el estudiante? (Marque todo lo que sea de aplicación).

☐ En un albergue de emergencia o temporal.
☐ Temporalmente con otra familia ya que no nos podemos permitir o no podemos encontrar una vivienda asequible.
☐ Con un adulto que no es progenitor ni tutor legal, o solo sin un adulto.
☐ En un vehículo de cualquier tipo, remolque o campamento sin agua corriente ni electricidad, un edificio abandonado o vivienda social.
☐ Alojamiento de emergencia (es decir, Remolques FEMA o asistencia al alquiler FEMA)
☐ En un hotel/motel. ☐ Other specific information:_____

5. ☐ SÍ ☐ NO ¿Muestra el estudiante algún comportamiento que pueda interferir con su rendimiento académico?
6. ¿Le gustaría recibir ayuda para los uniformes, registros de estudiantes, material escolar, transportes o de otro tipo? (Describa: _____)
7. ☐ SÍ ☐ NO Inmigrante – ¿Se ha trasladado a otra vivienda durante los últimos tres (3) años para buscar un trabajo temporal o de temporada en el sector agrícola (incluyendo el procesado de aves de corral, lácteos, cuidado de niños y madera) o pesquero?
8. ☐ SÍ ☐ NO ¿Posee el estudiante hermanos (o hermanas)? Nota: use la parte posterior de la página si necesita más espacio.
   Nombre _____ Escuela _____ Grado _____ DOB _____
   Nombre _____ Escuela _____ Grado _____ DOB _____
   Nombre _____ Escuela _____ Grado _____ DOB _____
9. El abajo firmante certifica que la información suministrada anteriormente es correcta.

Escriba el padre/tutor/cuidador de adultos para el nombre, Firma y fecha del estudiante

(Código de área) Número de teléfono | Calle Dirección | Ciudad | Estado | Código postal

Solo para uso de la escuela:
☐ Formulario de comidas gratuitas o con precio reducido enviado y firmado ☐ Copia incluida en el registro acumulativo del estudiante
Solo para uso de contacto para personas sin hogar - *Marque todo lo que sea de aplicación:*
☐ Protegido ☐ Vivienda compartida ☐ Sin protección/FEMA ☐ Hotel/Motel Joven no acompañado: ☐ SÍ ☐ NO

Escriba el contacto de la escuela Nombre | Título | Firma | Fecha

FIRSTLINE SCHOOLS: **NEW STUDENT** ENROLLMENT PACKET

- **Devolver a la Oficina Principal** -

APELLIDO DEL ESTUDIANTE NOMBRE DEL ESTUDIANTE FECHA DE NACIMIENTO

FORMA DE EXENCIÓN POR DIFICULTAD ECONÓMICA

Esta forma debe ser completada y regresada a la oficina principal de la escuela/al Manager de Operaciones de la Escuela como parte de este paquete. Esta forma no puede ser mandada por medio de fax o correo electrónico. Por favor de entregar en persona.

Las Escuelas de FirstLine intentan encontrar un balance en justicia (i.e., todos los estudiantes pagan las mismas tarifas) con equidad y reconocimiento de dificultad económica que familias pueden enfrentar. Como tal, los líderes de las escuelas (o sus designados) ofrecerán un descuento o exención de tarifas para estudiantes y familias que completan los siguientes pasos:

1. Hacer un esfuerzo en buena fe de pagar las tarifas en completo, incluyendo por medio de pedir tiempo adicional/o un plan de pago
2. Pedir a un líder de escuela (o sus designados) una forma de exención o descuento en tarifas
3. Proveer documentos adicionales a los líderes de la escuela (o sus designados)
4. Comprometerse a informar a los líderes de la escuela (o sus designados) si su circunstancia económica cambia y puede pagar las tarifas más tarde en el año escolar.

El Departamento de Educación de Louisiana provee el siguiente ejemplo de una familia cuál estatus permite que reciban exención de tarifas: familias que reciben beneficios de desempleo o asistencia pública, incluyendo Asistencia Temporal para Familias en Necesidad (TANF), Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP), Ingreso de Seguridad Suplementario (SSI) o Medicaid; familias adoptivas cuidando de niños en adopción; y familias sin hogar. Líderes de la Escuela pueden usar estos ejemplos y otra información para determinar si usted es elegible.

Líderes de escuela (o sus designados) comunicaran sobre la decisión en relación a la exención conforme haya cupo directamente a las familias. Si tiene alguna pregunta, por favor de contactar al Manager de Operaciones de su Escuela.

LISTA DE TARIFAS

Las lista de tarifas para el año escolar para todas las escuelas de FirstLine se encuentran en nuestra página de web firstlineschools.org. La lista incluye el propósito y el uso de estas tarifas, y la cantidad de cada tarifa

APELLIDO DEL ESTUDIANTE	**NOMBRE DEL ESTUDIANTE**
DIRECCIÓN (NÚMERO, CALLE)	**CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL**
NOMBRE DE PADRES/TUTOR	**NUMERO TELEFONICO**

ACTUALMENTE, USTED RECIBE ALGUNO DE LOS SIGUIENTES PROGRAMAS DE ASISTENCIA PÚBLICA DE LOUISIANA? (Si recibe, por favor de seleccionar)

- ☐ TANF (Asistencia Temporal para Familias en Necesidad)
- ☐ SNAP (Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria)
- ☐ SSI (Ingreso de Seguridad Suplementario)
- ☐ FITAP (Programa de Asistencia Temporal Independencia para Familias LA)
- ☐ Medicaid
- ☐ Sin hogar
- ☐ Familias con niños adoptivos (Foster Care)

Siéntase libre de proveer documentación adicional

PADRE / TUTOR (nombre, apellido) FIRMA FECHA

FOR SCHOOL USE ONLY **Policy Number:** Fin-1234 (STUDENT FEE HARDSHIP POLICY WAIVER) **Date received** _____ **School Leader or Designee:** _____

NOMBRE Y APELLIDO DEL ESTUDIANTE FECHA DE NACIMIENTO

ENCUESTA NECESIDADES DEL ESTUDIANTE

Por favor proporcione toda información sobre su estudiante para que podamos ofrecer los servicios adecuados. Sus respuestas no tendrán ningún impacto sobre la admisión de su hijo en la escuela, su estudiante ya ha sido aceptado.

EDUCACIÓN ESPECIAL - 504 - IEP	**SÍ**	**NO**	**NO SABE**
Mi estudiante ha recibido servicios de educación especial.			
Mi estudiante tiene un Plan de Educación Individual (IEP).			
** Si se selecciona SÍ, proporcione una copia del IEP del estudiante o la lista de los que la escuela tendría una copia del IEP del estudiante.*			
Mi estudiante ha sido evaluado para servicios de educación especial.			
** Si se selecciona SÍ, proporcione una copia de la evaluación o lista en la que la escuela tendría una copia de la evaluación del estudiante.*			
Mi estudiante recibe servicios bajo la Sección 504 de la Ley de Rehabilitación			

INFORMACIÓN ADICIONAL	**SI**	**NO**	**NOTAS**
Mi hijo se ha mantenido en el mismo grado (retenido). *Si selecciona SÍ, proporcione qué grado (s).*			
Mi estudiante ha sido suspendido. *Si selecciona SÍ, proporcione la razón y el número de veces.*			
Mi estudiante ha sido expulsado. *Si selecciona SÍ, indique el motivo, número de veces, la fecha y de la cual la escuela.*			
Comentarios adicionales:			

PADRE / TUTOR (nombre, apellido) FIRMA FECHA

FIRSTLINE SCHOOLS: **NEW STUDENT** ENROLLMENT PACKET

- Devolver a Enfermera -

FINAL 11/06

ESTADO DE LOUISIANA

INFORMACION MEDICA

DEBE SER COMPLETADA POR UN PADRE/TUTOR LEGAL CADA CICLO ESCOLAR

PARTE 1: EL PADRE O TUTOR DEBE LLENARLA. El padre o tutor está invitado a participar en el desarrollo de un Plan Individual para el Cuidado de la Salud si es necesario. Use hojas adicionales, si es necesario, para mayor explicación

Nombre de la escuela: Grado:

Nombre del alumno: Apellido(s): Inicial del segundo nombre(s):

Fecha de nacimiento: Sexo: M F Estado o país de nacimiento:

Dirección postal: Ciudad: Estado: Código postal:

Dirección física: Ciudad: Estado: Código postal:

Nombre de la madre o tutor:	Teléfono de casa: ( )	Teléfono del trabajo: ( )	Celular: ( )	Empleador:
Nombre del padre o tutor:	Teléfono de casa: ( )	Teléfono del trabajo: ( )	Celular: ( )	Empleador:

Nombre del médico pediatra o el principal proveedor médico:

Nombres de los especialistas o clínicas de especialidades que atienden a su hijo:

Firma del padre o tutor legal Fecha

Marque el tipo de seguro médico de su niño: Privado Medicaid/LaCHIP Ninguno

Si su niño no tiene seguro, le gustaría recibir información sin costo sobre seguros médicos? Si No

En caso de emergencia—si no se puede localizar al padre o tutor --contactar a:

Nombre Número de teléfono completo ( )

Mi hijo/a tiene un problema físico, mental, o de comportamiento que podría afectar su jornada escolar: (Si usted respondío "si" por favor complete la PARTE 2.) No Si

PARTE 2: MARQUE TODAS LAS CASILLAS QUE APLIQUEN A SU HIJO/A. El padre o tutor es responsable de proveer a la escuela cualquier alimento especial o equipo que el alumno requiera durante su jornada escolar. Pregunte a la enfermera de la escuela cómo obtener los formularios correctos para medicamentos y el procedimiento a seguir.

❑ **ALERGIAS**

Tipo:

Alimentaria (lista de alimentos)
Picadura de insectos (lista de insectos)
Medicamentos (lista de medicamentos)
Otros (lista) _____

Reacciones: (Fecha de la última vez si aplica.)

Tos (Fecha:) Ronchas (Fecha:) Erupción (Fecha:)
Dificultad para respirar (Fecha:) Inflamación localizada (Fecha:) Sibilancia (Fecha:)
Inflamación generalizada (Fecha:) Nauseas Fecha:) Otros (Fecha:)

Medicamentos y tratamientos que toma en la actualidad:

Antihistaminico oral (Benadryl, etc.) Epi-pen Otro _____

❑ **ASMA**

Desencadenante: Ambiental (i.e., tabaco, polvo, mascotas, polen, etc.) (lista) _____ Otros (lista) _____

¿Su hijo tiene sintomas de asma cuando hace ejercicio? No Si

Síntomas:

Pecho Opresión, incomodidad, o dolor de pecho Difficultad para respirar Tos Sibilancia Otro _____

Medicamentos y tratamientos que toma en la actualidad: _____

Fecha de la última hospitalización por asma _____ Fecha de la última visita a urgencias por asma _____

¿Su hijo cuenta con un plan para controlar el asma por escrito? No Si

¿Usa un medidor de flujo máximo? No Si

FIRSTLINE SCHOOLS: **NEW STUDENT** ENROLLMENT PACKET

- Devolver a Enfermera -

FINAL 11/06

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

❑ **DIABETES**

Medicamentos y tratamientos que toma en la actualidad::

Insulina: Jeringa Auto inyector Bomba
Medidor de nivel de azúcar
Glucagón
Medicamento oral Lista de medicamentos _____
¿Necesita horario especial para comer o para educación física? No Si

❑ **TRASTORNO CONVULSIVO**

Tipo de convulsión:
Ausente (mirada fija, no responde) Parcial compleja Tónica Clónica Generalizada (Grand Mal/Convulsiva)
Otro (explique) _____
Restricciones de educación física: No Si
Medicamento(s): No Si Lista de medicamento(s) _____

Fecha de la última convulsión: _____ Duración: _____

❑ **OTROS PROBLEMAS DE SALUD**

Anemia ADD/ADHD Cáncer Parálisis cerebral Varicela Fibrosis cística
Depresión Trastornos digestivos Emocional/Psicológico Artitris reumatoide juvenil
Hemofilia Trastornos del corazón Discapacidad física Anemia depranocítica Trastornos de la piel

Problemas de lenguaje Otro (explique)_____
Restricciones de educación física: No Si (explique): _____
_____
Medicamento(s): No Si Lista de medicamento(s)
_____
Procedimientos especiales necesarios (i.e., cateterismo, oxigeno, cuidados de gastrostomía o traqueostomía, succión):
Si No (explique):_____
_____
_____

Dieta especial necesaria (i.e., molida, suave, baja en sal, baja en grasa, suplemento líquido):No Si (explique): _____

¿Hay ausencias u hospitalizaciones frecuentes que se saben con anticipación? No Si (explique):

❑ PROBLEMAS VISUALES
Lentes de contacto/anteojos
Otro _____

❑ **PROBLEMAS DE AUDICION**
Aparato auditivo (s)
Otro _____

❑ **ADAPTACIONES DEL AMBIENTE DEBIDO A PROBLEMAS DE SALUD**

Adaptaciones especiales del ambiente u horario escolar: No Si (explique):_____
(i.e., convulsiones, limitantes en la actividad física, descansos periódicos para resistencia, horario de medio tiempo, modificaciones al edificio o accesos)
Adaptaciones especiales a el aula o instalaciones escolares No Si (explique):_____
_____
_ (i.e., control de la temperatura, refrigeración almacenamiento de medicamentos, disponibilidad de agua)
Consideraciones de seguridad especiales: No Si (explique)_____
(i.e., precauciones especials de levantamiento, posición, plan de emergencia en transporte especial, equipo de seguridad especial, técnicas especial para posicionamiento, alimentación)
Asistencia especial con actividades diarias: No Si (explique):_____
(i.e., comer, ir al baño, caminar)

PARTE 3: PARA SER LLENADA POR LA ENFERMERA DE LA ESCUELA si el padre o tutor indica algún trastorno médico.

Firma de la enfermera de la escuela Fecha

Notas:

REGRESAR LA FORMA LLENA A LA ENFERMERA/ENFERMERÁ DE LA ESCUELATAN PRONTO COMO SEA POSIBLE

NOMBRE Y APELLIDO DEL ESTUDIANTE FECHA DE NACIMIENTO

FORMULARIO DE ALTA MÉDICA	
PROVEEDOR DE SEGURO Y NUMERO DE GRUPO:	PLAN:
NOMBRE DE PRIMARIO ASEGURADO: FECHA DE NACIMIENTO: / /	EMPLEADOR:
MÉDICO PRIMARIO DE CABECERA:	HOSPITAL / CLÍNICA DE PREFERENCIA

El abajo firmante padre / tutor, por la presente concede el personal de las Escuelas FirstLine la autoridad para obtener tratamiento médico para el niño que aparece arriba. Esto incluye la autorización para obtener tratamiento y procedimientos médicos para el niño como puede ser apropiado en circunstancias de emergencia, incluyendo el tratamiento por los médicos, hospital, clínica, y personal paramédico. Renuncio a mi derecho al consentimiento informado del tratamiento, sólo en el caso de que yo no pueda ser localizado.

PADRE / TUTOR (nombre, apellido) FIRMA FECHA

NOMBRE Y APELLIDO DEL ESTUDIANTE FECHA DE NACIMIENTO

AVISO Y AUTORIZACIÓN SOBRE REEMBOLSO DE MEDICAID

(SOLAMENTE PARA ESTUDIANTES DE MEDICAID)

AVISO

El Departamento de Salud y Hospitales (DHH) de Louisiana programa de Medicaid permite a los distritos escolares para solicitar el reembolso de los costes asociados con lo servicios relacionados con el IEP. Estos servicios incluyen terapia física y ocupacional, patología del habla, servicios de salud mental, servicios de enfermería, y el transporte especial.

Los centros están obligados a dar aviso y obtener el consentimiento de los padres antes de acceder a los beneficios de Medicaid de un niño.
Las escuelas de FirstLine busca su consentimiento para revelar información personal acerca de su hijo a Medicaid de Louisiana para acceder a un reembolso por el IEP / Medicaid cubre los servicios de salud que se proporcionan en la escuela. Con el fin de presentar reclamaciones por los servicios cubiertos del IEP / Medicaid, pueden ser necesarios los siguientes tipos de registros: nombre completo del niño, dirección, fecha de nacimiento, identificación de Medicaid, discapacidad, tipos de servicios y las fechas de los servicios prestados. Esta revelación de información a Louisiana Medicaid y sus afiliados y el acceso a los reembolsos de Medicaid para el distrito escolar no dará lugar a ninguna disminución en la cobertura de Medicaid vida disponibles, dar lugar a ningún costo para usted o su familia, aumentar el costo o dar lugar a la suspensión de beneficios o crear riesgo de pérdida de la elegibilidad de su hijo para el hogar y renuncias basadas en la comunidad con base en el total de gastos relacionados con la salud.

Puede retirar su consentimiento por escrito en cualquier momento. Si niegas el consentimiento o retira su consentimiento para permitir el acceso a los beneficios de Medicaid, no aliviará el sistema escolar de su responsabilidad de garantizar que todos los servicios requeridos del IEP se proporcionan sin costo alguno para su hijo.

CONSENTIMIENTO

Por la presente autorizo a las Escuelas FirstLine a revelar información necesaria para Medicaid de Louisiana con el fin de solicitar el reembolso de los servicios de salud cubiertos por Medicaid IEP / proporcionados a mi hijo.

PADRE / TUTOR (nombre, apellido) FIRMA FECHA

Communities In Schools
Greater New Orleans

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA PADRES DE COMMUNITIES IN SCHOOLS DE GREATER NEW ORLEANS

Estimado Padre/Tutor Legal:

Communities In Schools (CIS) es un organización líder en la prevención de deserción escolar en el país, cuya misión se basa en brindar a los estudiantes una comunidad de apoyo, empoderándolos a continuar su educación académica y a tener éxito en la vida. Su hijo/a, _____ ha sido recomendado/a a CIS. Mi nombre es Max Davidson, y seré su persona de contacto para resolver cualquier duda que usted pueda tener en relación a los servicios y recomendaciones de CIS.

Participación en servicios

Al firmar esta autorización, concedo permiso para que mi hijo/a, _____, participe en los servicios de apoyo académico y no académico y programas de enriquecimiento proporcionados por CIS en Phillis Wheatley Community School. Estos servicios pueden incluir, pero no están limitados a, apoyo de orientación/consejería, apoyo educativo, tutoría, orientación, actividades de enriquecimiento, exámenes y recomendaciones a otras agencias, según sea necesario ("El programa").

Entiendo que los datos y la información recabados en relación a mi hijo/a serán almacenados en una base de datos informatizada y un expediente seguros. Esta información será utilizada por CIS para documentar los servicios prestados a los estudiantes y sus familias a efectos de seguimiento y presentación de informes. Además, entiendo que CIS puede utilizar dicha información para actualizar la información de servicios, proporcionar información de cierres y seguimiento y evaluar y determinar la eficacia del programa. Autorizo a CIS a mantener la información proporcionada, para los fines estipulados anteriormente, en la base de datos informatizada y el expediente de CIS. Esta recopilación de datos puede incluir, pero no se limita a, a) estado de inscripción, b) asistencia al programa, c) registros de comportamiento, d) información demográfica (raza/etnia, sexo, etc.), e) tarjeta de calificaciones, resultados de exámenes, certificados y otros documentos educativos, f) encuestas y/o entrevistas sobre sus conocimientos, actitudes o habilidades. Entiendo que esta información se mantendrá en forma confidencial, y que los agentes aprobados de CIS podrán acceder y revisar sus datos. Además, entiendo que las respuestas de mi hijo/a serán agrupadas automáticamente (agregadas) con las respuestas de otros estudiantes para cualquier presentación pública de los resultados y serán transmitidas como parte de los datos agregados a CIS de Greater New Orleans y Communities In Schools, Inc. ("CIS Nacional").

Acepto que tengo el derecho de inspeccionar y que puedo obtener una copia de cualquier documento publicado por este consentimiento a petición por escrito de la agencia, con sujeción a los gastos de copia y limitaciones legales aplicables. Al marcar las casillas correspondientes a continuación, también autorizo que:

- ❑ Mi hijo/a puede participar en excursiones y otras actividades organizadas por CIS de Greater New Orleans. Se puede utilizar transporte privado en estas y otras actividades.
- ❑ Mi hijo/a puede recibir tratamiento médico o dental de emergencia o rutinario en caso de que un profesional médico licenciado no pueda ponerse con contacto conmigo por teléfono. Dejo exento de responsabilidad legal a CIS, a Phillis Wheatley Community School y a cualquier otro establecimiento, organización o agencia responsable por el tratamiento médico en caso de enfermedad, accidente o cualquier otra situación de emergencia.
- ❑ CIS puede fotografiar, filmar, realizar grabaciones de sonido y citar o publicar declaraciones de mi hijo/a para los materiales de carácter educativo, promocional y publicitarito.

Al firmar a continuación, acepto los términos del presente consentimiento.

Padre O Tutor Legal Nombre:_____

Padre o Tutor Legal Firma:_____ **Fecha:**_____

Estudiante (Si es mayor de 18 años de edad):_____ **Fecha:**_____

Direccion:_____

Numero de telefono: (Casa)_____ **(Trabajo)** _____ **(Cellular)** _____

FIRSTLINE SCHOOLS: **NEW STUDENT** ENROLLMENT PACKET

Formulario de Consentimiento de las Hijas de la Caridad del centro de salud Escolar

Nombre del Estudiante: Apellido Primer Nombre Inicial del Segundo Nombre				ID#(Sólo para la Oficina).
Dirección del estudiante (incluya la ciudad):				Código postal:
Fecha de Nacimiento del estudiante:	Edad:	**Sexo: M F**	**Raza:**	**Etnia:**
Número de Seguro Social del Estudiante.		Escuela:		Grado del estudiante:
Idioma preferido:	Correo electrónico del estudiante:		Teléfono celular del estudiante: ( )	
Nombre de la madre (incluya el nombre de soltera) o guardián legal:	Teléfono de la casa: ( )	Teléfono del trabajo: ( )	Teléfono móvil: ( )	Empleador:
Nombre del padre o guardián legal:	Teléfono de la casa: ( )	Teléfono del trabajo: ( )	Teléfono móvil: ( )	Empleador:
Contacto de Emergencia:			Relación:	Teléfono: ( )
Contacto de Emergencia:			Relación:	Teléfono: ( )
Médico de Atención Primaria del Estudiante:				Teléfono: ( )
Dentista del Estudiante:				Teléfono: ( )
Farmacia Preferida (Nombre, Calle y Teléfono)		Nombres de hermanos registrados en: el centro de salud Escolar:		

Por favor, chequear el tipo de seguro de salud que su hijo:

- ☐ Medicaid / Bayou Health Plan #:_____(marque uno abajo)
  - ☐ Amerigroup Real Solutions LA
  - ☐ AmeriHealth Caritas LA
  - ☐ Aetna
  - ☐ LA Conexiones de Salud
  - ☐ Plan Comunitario de Salud United LA
- ☐ Medicaid (dental) #:_____
- ☐ Sin Seguro
- ☐ **Privado / Otro Seguro** **Nombre del Empleador:**_____

Por favor, envíe una copia de la tarjeta de seguro (delantera y trasera) a DCHC

Dirección del Empleador:_____ **Teléfono #:**_____
Póliza #:_____ **Grupo #:**_____ **Fecha Efectiva:**_____
Nombre del titular de la póliza:_____ **Relación con el Estudiante:**_____
Fecha de nacimiento del titular de la póliza:_____ **Titular de la póliza Seguro Social #:**_____
¿Su seguro paga las recetas?: No Sí

Si su hijo no tiene seguro médico, ¿le gustaría recibir información sobre un seguro de salud sin costo? ☐ Sí ☐ No

¿Su hijo es alérgico a algún alimento o medicamento? No Sí En caso afirmativo, la lista:

Lista de medicamentos actuales que el estudiante está usando con la dosis (cuánto) y que tan seguido:

TODOS LOS SERVICIOS SON OFRECIDOS POR PROFESIONALES CON LICENCIA

AL FIRMAR ESTE CONSENTIMIENTO, USTED ESTÁ ACEPTANDO PERMITIR QUE EL CENTRO DE SALUD ESCOLAR PROVEE LOS SIGUIENTES SERVICIOS A SU NIÑO:

- Atención de salud primaria y preventiva
- Pruebas de laboratorio / diagnóstico
- Servicios de salud conductual
- Referencia a atención especializada
- Historia completa y exámenes físicos
- Atención aguda para enfermedades y lesiones menores
- Referencia y seguimiento para emergencias
- Programas de educación y prevención de la salud
- Inmunizaciones
- Gestión de casos de enfermedades crónicas
- Servicios dentales (cuando disponibles)
- Exámenes de salud

FIRSTLINE SCHOOLS: **NEW STUDENT** ENROLLMENT PACKET

INFORMACIÓN SOBRE LA HOSPITALIZACIÓN:
¿Su hijo ha sido ingresado en un hospital o ha tenido alguna cirugía: Sí _____ No_____ En caso afirmativo. Año: _____
Razon:_____ Hospital_____
Por favor marque los puntos que se aplican al historial médico de su hijo:

____ Asma
____ Alergia
____ Amigdalitis
____ Convulsiones
____ Enfermedad de los Riñónes
____ Problemas de la Piel
____ Varicela
____ Lesiones mayores
____ Problemas de conducta
____ Depresión
____ Abuso de sustancias
____ Ansiedad
____ ADHD
____ Enfermedades cardíacas o Murmullo
____ Infecciones en el pecho o en los senos
____ Problemas en la audición y el habla
____ Endocrina (Diabetes, Tiroides, Pituitaria)
____ Enfermedad Infecciosa (Hepatitis, VIH, TB, Meningitis)
____ Perdida de un Órgano (Riñón, Ojos, Testículos)
____ Enfermedades de sangre o Defectos de Nacimiento o Trastorno Genético
____ Ha tenido restricción de Deportes por / Impedimento físico o por Razones Médicas
____ Problemas de Visión
____ Otro: (por favor especifique)_____

Por favor describa cualquier punto marcado: _____

HISTORIA DE LA FAMILIA: Marque los elementos que se aplican a la historia de su familia: (B = hermanos, S = hermanas, P = padres y G = abuelos)

____ Cáncer
____ Asma
____ Convulsiones
____ Alergia
____ Anemia
____ Depresión
____ Abuso de Substancia
____ Ansiedad
____ADHD
____Diabetes
____ Desorden Genético
____ Célula Falciforme
____ Enfermedades Cardiacos / Problema Cardiaco
____ Alta Presión
____ Otro (especifique)
____Tuberculosis
____ Derrame Cerebral

Por favor describa cualquier artículo marcado (Quien / Cuando):_____

Yo, como padre / tutor, entiendo que no me cobrarán por ninguno de los servicios proporcionados a través del centro de salud. También entiendo que las Hijas de Centros de Salud de Caridad (DCHC) o el médico pueden cobrar a Medicaid u a otros proveedores de seguros por estos servicios. Autorizo / asigno pagos de beneficios autorizados directamente a DCHC.

También entiendo que los servicios de salud basados en la escuela son operados por DCHC y sus empleados y contratistas y no con la escuela de mi hijo.

Confidencialidad: Se me ha proporcionado una copia de la Notificación de prácticas de privacidad de la organización que describe cómo se utiliza y comparte mi información de salud. Entiendo que DCHC tiene el derecho de cambiar este aviso en cualquier momento. Puedo obtener una copia actual comunicándome con la Oficina Administrativa.

Declaración de DCHC: Entiendo que la DCHC puede participar en uno o más intercambios de información de salud (HIE), por lo que el centro puede compartir mi información de salud con otros proveedores de atención médica para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Por la presente doy mi consentimiento a la revelación de los registros de la DCHC en los HIE

Nombre impreso de padre de familia / Tutor Legal	**Relación (al estudiante)**
Firma del Padre de familia / Tutor Legal	**Fecha**
Firma del Estudiante	**Fecha**
Nombre en letra de molde de un Testigo del centro de salud escolar / Verificar	Posición
Firma del Testigo del centro de Salud Escolar / Verificar	Fecha

Este consentimiento puede ser retirado o modificado en cualquier momento con el permiso por escrito del padre de familia / Tutor legal y el estudiante a la entidad mencionada anteriormente. Una copia de este documento se entregará a los padres o tutores a petición.

La ley del estado de Luisiana prohibe los centros de salud en las escuelas de:
1. Asesorar o abogar por el aborto o la remisión de cualquier estudiante a una organización para aconsejar o abogar por el aborto.
2. Distribuir cualquier dispositivo anticonceptivo o abortivo, o producto similar.

NOMBRE Y APELLIDO DEL ESTUDIANTE FECHA DE NACIMIENTO

Convenio entre Estudiante, Familia y FirstLine

Como estudiante de una escuela de FirstLine Schools prometo:

- Dar lo máximo para ser un ejemplo de los valores escolares
- Encargarme de mantener el ambiente escolar seguro para que yo y mis compañeros de clases podamos tener éxito
- Llegar a la escuela a tiempo todos los días
- Venir a la escuela preparado y listo para hacer todo lo que pueda para cumplir mis metas
- Dar el máximo, aunque sea difícil
- Ser respetuoso con mis compañeros, mis maestros y otros miembros de la comunidad escolar
- Hacer mis tareas del hogar todos los días
- Pedir ayuda cuando la necesite
- Dar cualquier aviso y/o información de la escuela a mis padres tan pronto me lo den
- Asumir responsabilidad y ser responsable

Como padre o encargado de un estudiante en una escuela de FirstLine Schools estoy de acuerdo con

- Hacer todo lo posible para que los estudiantes puedan alcanzar su metas
- Asegurarme de que mi hijo(a) llegue a la escuela a tiempo todos los días
- Ayudar al estudiante para que complete sus tareas del hogar cada noche
- Apoyar y exhortar a mi hijo(a) para que lea en la casa como parte de sus diversiones
- Asegurarme de que mi hijo(a) duerma, por lo menos, ocho [8] horas
- Monitorear y asumir responsabilidad de cómo mi hijo(a) use el Internet y la red social
- Involucrarme en la escuela como voluntario, en el aula de clases, en los eventos escolares, en las excursiones escolares y/o como miembro de la organización de padres
- Participar en las decisiones relacionadas a la educación de mi hijo(a)
- Apoyar, mediante mi participación, cualquier evento extracurricular o escolar de mi hijo(a)
- Leer cualquier noticia o aviso enviado a mi casa con mi hijo(a) puntualmente y responder

Como parte del personal de una escuela de FirstLine Schools estoy de acuerdo con:

- Enseñar y proveer un currículo de alta calidad en un ambiento de apoyo
- Proveer reportes regularmente de el progreso académico de su hijo(a) mediante reportes de progreso, reporte de notas y pruebas estándares estatales
- Llevar a cabo conferencias [reuniones] entre maestros y padres o encargados
- Comunicarme con usted respetuosamente a cerca su hijo(a)
- Asegurarme de que nuestro personal le responda a usted dentro de 24 horas y que esté disponible por teléfono hasta las 8:00pm cada día y/o en persona durante nuestro horario de conferencias
- Proveerle a las familias oportunidades de participación
- Proveer a las familias avisos con anticipación de cualquier evento escolar, excursión escolar y mensajes
- Apoyar las metas académicas de su hijo(a)
- Proveer apoyo académico y/o emocional a estudiantes con problemas

Reconozco que e repasado los puntos previos, y estoy en acuerdo con el convenio para el año escolar 2020-2021.

PADRE / TUTOR (nombre, apellido) FIRMA FECHA