



## **Información requerida para matrícula**

Favor de traer la siguiente documentación para completar la matrícula de su estudiante:

- **Certificado de nacimiento original**
- **Registros de vacunas**
  - Debe ser recibido antes de la matrícula y en cumplimiento al Reglamento 755-1.
  - Debe ser firmado por un médico o un oficial de salud.
- **Prueba de residencia (tres documentos requeridos)**
  - Los siguientes documentos son aceptables (SOLO UNO REQUERIDO)
    - Escritura de compra
    - Contrato
    - Contrato de arrendamiento
    - Declaración jurada y notariada de residencia
  - Los siguientes documentos son aceptables como prueba adicional (SE REQUIEREN DOS)
    - Licencia de conducir válida
    - Documentación de proyecto de ley/cuentas de utilidades
    - Registro de vehículo
    - Registro de votantes
    - Impuestos de propiedad personal
    - Otros
- **Prueba de la tutela legal (si corresponde)**

**Por favor, contacte al encargado de matrículas con sus preguntas o dudas:**

**Desirae D. Bruce**  
**Secretaria de matrículas/Consejería**  
**Parkside Middle School**  
**8602 Mathis Avenue**  
**Manassas, Virginia 20110**  
**703-361-3106**  
**Línea directa: 571-719-2255**  
**brucedd@PWCS.edu**

# Parkside Middle School

A Cambridge International School

World Language Program

8602 Mathis Avenue • Manassas, VA 20110

703.361.3106 • FAX 703.257.4878 • parksidems.schools.pwcs.edu

*Dr. Mary Jane Boynton, Principal*

## Permiso para divulgar información

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

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Por la presente autorizo a:

Escuela anterior: \_\_\_\_\_

Dirección de la escuela: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

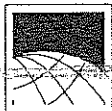
A entregar todos los registros académicos de mi hijo, incluyendo su(s):

- \_\_\_\_\_ Expediente académicos y/o tarjeta de calificaciones actualizados
- \_\_\_\_\_ Notas de calificaciones antes del cambio/retiro
- \_\_\_\_\_ Calificaciones de los exámenes estandarizados
- \_\_\_\_\_ Historial disciplinario
- \_\_\_\_\_ Salud/Inmunizaciones/Información Física
- \_\_\_\_\_ TODOS los IEP/Documentos de educación especial; si aplica
- \_\_\_\_\_ Historial psicológico y social; si aplica
- \_\_\_\_\_ TODA la información de ESOL/ELL

A la: Parkside Middle School (Attn: Desirae Bruce-Registrar)  
8602 Mathis Avenue  
Manassas, Virginia 20110  
Linea directa: 571-719-2255  
Maquina de fax: 703-257-4878  
Correo electronico: [brucedd@pwcs.edu](mailto:brucedd@pwcs.edu)

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Madre o Tutor/a

\_\_\_\_\_  
Fecha



Prince William County

Public Schools

Providing A World-Class Education

[www.pwcs.edu](http://www.pwcs.edu)



CAMBRIDGE  
International Examinations

Cambridge International School

# Formulario de inscripción-Escuelas Públicas del Condado de Prince William

## Prince William County Public Schools Registration Form



**INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE** (Favor de escribir en letra de imprenta) **STUDENT INFORMATION** (Please print)  
**SÍRVASE LLENAR TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO, CON EXCEPCIÓN DE LAS ÁREAS SOMBRREADAS**

School Number \_\_\_\_\_

Apellido legal / Legal Last Name		Primer nombre / First Name		Segundo nombre / Middle Name		Grado / Grade		Sexo / Gender	
Tipo de vivienda / House type	Número de la casa / Street #	Nombre completo de la calle (Debe incluir términos como, por ejemplo, Court, Drive, Lane, etc.) / Street Name (also designate Court, Drive, Lane, etc.)			(Número de apartamento) (Apt #)	Ciudad / City	Estado / State	Código postal / Zip	
Dirección postal (si es diferente a la mencionada anteriormente) / Mailing Address (if different from above)						Número de teléfono de 10 dígitos / 10-digit Phone Number			
Última escuela del Condado de Prince William a la que asistió, si es aplicable / Prince William County Public School last attended, if applicable					Si no asistió a una escuela del Condado de Prince William, última escuela pública de Virginia a la que asistió / VA Public School last attended (if not Pr Wm Co.)				
Fecha de nacimiento del estudiante / Student's Birth Date		Lugar de nacimiento (ciudad, estado/país) / Place of birth (city, state, country)		Número de Partida de Nacimiento / Birth certificate number		¿Es estudiante de Educación Especial? Special Education student? Por favor circule: SÍ NO Please mark yes or no.			
Grupo étnico - Por favor, circule: Ethnicity-Please circle yes or no  Hispano o Latino SÍ NO Hispanic or Latino				Raza: circule todo lo que corresponda: / Race: Please circle all that apply. 1. Amerindio o nativo de Alaska / American Indian or Alaska Native 2. Asiático / Asian 3. Negro o Afroamericano / Black or African American 4. Nativo de Hawái o de otra de las Islas Pacíficas / Native Hawaiian or other Pacific Islander 5. Blanco / White					
Última escuela a la que asistió / Most recent school attended			Ciudad, Estado / City, State			Desde / From Mes (MM) / Año (YY)		Hasta Mes (MM) / Año (YY)	
Perm. ID#	G/T	ESOL	Sp. Ed.	New/Reentry		Base School		Transfer Code	

### INFORMACIÓN SOBRE EL PADRE/LA MADRE/TUTOR/A / PARENT/GUARDIAN INFORMATION

SÍRVASE COMPLETAR TODA LA INFORMACIÓN CORRESPONDIENTE. COMPLETE CON N/A ("NOT APPLICABLE") SI LA INFORMACIÓN NO ES PERTINENTE. / PLEASE COMPLETE ALL APPLICABLE INFORMATION USING N/A WHEN NECESSARY

Nombre completo del padre / Father's full name				*Con conexión military (Military Connected): SÍ (Yes): No (No): Lugar de Asignación Previsto (Anticipated PCS) _____ *Miembro de las Fuerzas Armadas o empleado civil del Departamento de Defensa que trabaja en instalaciones federales *Member of the Armed Forces or a civilian employee of the DOD who is employed on Federal property					
<input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Padre de acogida (Marque lo que corresponda) Parent, Step, Guardian, or Foster (circle as applicable)									
Número de la casa / Street #	Nombre completo de la calle (Debe incluir términos como, por ejemplo, Court, Drive, Lane, etc.) / Street Name (also designate Court, Drive, Lane, etc.)			Número de apartamento/Apt #	Ciudad / City		Estado / State	Código postal / Zip	
Número de teléfono de 10 dígitos / 10-digit Phone Number		Empleador actual / Employed by		Número de teléfono de 10 dígitos del lugar de trabajo / 10-digit Phone Number		Número de extensión / Ext.	Número del celular/ Cell phone		
Dirección del lugar de trabajo / Work address			Ciudad / City		Estado / State	Código postal / Zip		Correo electrónico / email address	
Nombre completo de la madre / Mother's full name				*Con conexión military (Military Connected): SÍ (Yes): No (No): <input type="checkbox"/> Lugar de Asignación Previsto (Anticipated PCS) _____ *Miembro de las Fuerzas Armadas o empleado civil del Departamento de Defensa que trabaja en instalaciones federales *Member of the Armed Forces or a civilian employee of the DOD who is employed on Federal property					
<input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Padre de acogida (Marque lo que corresponda) Parent, Step, Guardian, or Foster (circle as applicable)									
Número de la calle / Street #	Nombre completo de la calle (Debe incluir términos como, por ejemplo, Court, Drive, Lane, etc.) / Street Name (also designate Court, Drive, Lane, etc.)			Número de apartamento / Apt #	Ciudad / City		Estado / State	Código postal / Zip	
Número de teléfono de 10 dígitos / 10-digit Phone Number		Empleador actual / Employed by		Número de teléfono de 10 dígitos del lugar de trabajo / 10-digit Phone Number		Número de extensión / Ext.	Número de celular / Cell phone		
Dirección del lugar de trabajo / Work address			Ciudad / City		Estado / State	Código postal / Zip		Correo electrónico / email address	
Verification of Residency in School Attendance Area:									
Deed or Contract	Lease	Affidavit	Other Documentation						
Foster Child Yes	No	In-State	Out-of-State	Give County and State of Foster Child					
If Tuition Student, is Tuition Paid by Parent Yes	No	In-State	Out-of-State	Tuition Code					
Medicaid Eligible Yes	No								

FIRMA DEL PADRE, MADRE O TUTOR/A / Parent or Guardian Signature \_\_\_\_\_

Fecha /Date \_\_\_\_\_

**PRINCE WILLIAM COUNTY PUBLIC SCHOOLS - OFFICE OF SPECIAL EDUCATION**  
**P.O. BOX 389, MANASSAS, VIRGINIA 20108**

SUMMARY OF SCREENING RESULTS / FORM 15-10

Student Name: \_\_\_\_\_ Student ID #: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_ Grade: \_\_\_\_\_

School: \_\_\_\_\_ Classroom Teacher: \_\_\_\_\_ Enrollment Date: \_\_\_\_\_

FINE MOTOR GROSS MOTOR	HEARING	VISION	SPEECH LANGUAGE VOICE
Pass _____ Fail _____ Date _____ Personnel _____ Pass _____ Fail _____ Date _____ Personnel _____ FINE MOTOR	Pass _____ Fail _____ Date _____ Personnel _____ Pass _____ Fail _____ Date _____ Personnel _____	Pass _____ Fail _____ Date _____ Personnel _____	Pass _____ Fail _____ Date _____ Personnel _____

ESCUELAS PÚBLICAS DEL CONDADO DE PRINCE WILLIAM  
DIVULGACIÓN DEL HISTORIAL CRIMINAL Y DISCIPLINARIO DE UN MENOR PREVIO A LA INSCRIPCIÓN

Estimado padre de familia o tutor legal:

Conforme a la Ley de Virginia y a la regulación de la Junta Escolar, debe proporcionar la información que se le solicita a continuación. Debe divulgar si al menor que está inscribiendo alguna vez se le ha expulsado, suspendido por largo plazo o retirado de alguna escuela, o bien, si se le ha puesto en un programa de educación alternativa por motivos disciplinarios, que incluyen expulsión o suspensión de largo plazo que esté pendiente de cumplirse al momento en que el estudiante se muda de otra escuela o distrito. Debe divulgar esta información invariablemente de si ocurrió en una ubicación de escuela pública o privada. El Código de Virginia también exige la divulgación de información concerniente a sentencias o fallos por infracciones penales cometidas por el estudiante, que incluyen sin limitación, las infracciones enumeradas en el reverso de este documento. Las Escuelas Públicas del Condado de Prince William también exigen la divulgación de cargos por infracciones penales que se enumeran en el reverso de este documento.

Debe llenar este formulario antes de que se pueda registrar al menor. La División de escuelas mantendrá este documento en confidencialidad como parte del expediente académico de su menor. SI REALIZA UNA FALSA DECLARACIÓN EN ESTE FORMULARIO, PUEDE ENCONTRÁRSELE CULPABLE DE DELITO MENOR CLASE 3. Un empleado de la escuela estará presente para atestiguar su firma.

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

1. ¿Ha estado suspendido el menor que está inscribiendo durante más de cinco días por una sola infracción?  Sí  No
  
2. ¿Hay alguna acción disciplinaria pendiente en contra del menor que está inscribiendo en el distrito escolar anterior?  Sí  No  
¿Cuál fue/fueron la/las infracción/infracciones que dio/dieron origen a que al menor que está inscribiendo se le suspendiera por lo anterior?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
  
3. ¿Se le ha puesto al menor que está inscribiendo alguna vez en suspensión de largo plazo (10 días consecutivos o más)?  Sí  No  
En caso afirmativo, ¿por cuánto tiempo? \_\_\_\_\_
  
4. ¿Se ha expulsado alguna vez al menor que está inscribiendo?  Sí  No  
En caso afirmativo, ¿por qué infracción? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
  
5. ¿Se ha remitido al menor que está inscribiendo a un programa de educación alternativa o ha asistido a él?  Sí  No  
En caso afirmativo, indique nombre, dirección y número telefónico del programa: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
  
6. ¿Se le ha retirado alguna vez al menor que está inscribiendo de alguna escuela por motivos disciplinarios?  Sí  No  
En caso afirmativo, ¿por qué motivo? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
  
7. ¿Se le ha imputado al menor o se le ha emitido fallo de culpabilidad por alguna infracción penal o de otro tipo?  Sí  No  
En caso afirmativo, ¿cuál es la infracción y qué consecuencias derivadas impuso el sistema judicial?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Firma del padre de familia/tutor legal: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Testigo: \_\_\_\_\_

**NOMBRE DEL ESTUDIANTE** \_\_\_\_\_ **ESCUELA** \_\_\_\_\_

Estimado padre de familia/tutor:

Las regulaciones de las Escuelas Públicas del Condado de Prince William exigen que los estudiantes que se inscriben y **que han pasado por lo menos tres meses consecutivos fuera de los Estados Unidos y territorios estadounidenses (Puerto Rico, Guam, Islas Vírgenes Estadounidenses, Samoa Estadounidense y las Islas Marianas del Norte) durante los cinco años anteriores**, presenten constancia de pruebas de detección de tuberculosis al momento de la inscripción.

A tales estudiantes se les solicita presentar evidencia documental, de la manera siguiente:

A. Un informe escrito de una prueba negativa de PPD (método Mantoux) administrada 30 días calendario antes del registro en la escuela o un informe escrito de un proveedor de atención médica indicando que el estudiante está autorizado para comenzar la escuela, según se considere apropiado según los resultados de la prueba de detección. Este informe escrito debe estar certificado por el Departamento de Salud, un médico o un profesional de la enfermería con licencia para ejercer medicina en los Estados Unidos.

o

B. Una carta de autorización del Distrito de Salud de Prince William (PWHD) o de un proveedor autorizado de atención médica indicando que el estudiante está libre de tuberculosis contagiosa (consulte el Anexo II).

o

C. Una exención médica para el requisito de practicarse pruebas, emitida por un médico o profesional de la enfermería autorizado para ejercer, o bien, por un departamento de salud local en Virginia. Si la exención es temporal, el documento de exención debe indicar las condiciones de la exención y la fecha de su vencimiento. Se debe practicar una evaluación de síntomas de TB (consulte el Anexo III). Si la evaluación de síntomas de TB es positiva, se le debe practicar una radiografía de pecho al estudiante y una evaluación de la enfermedad activa antes de ingresar a la escuela.

Marque la declaración que aparece más adelante que sea válida para el estudiante que se inscribe:

\_\_\_\_\_ El estudiante que se inscribe no ha residido fuera de los Estados Unidos durante tres meses consecutivos en los últimos cinco años.

\_\_\_\_\_ El estudiante que se inscribe ha residido fuera de los Estados Unidos durante tres meses consecutivos, como mínimo, en los últimos cinco años y comprendo que debo presentar evidencia de las pruebas de tuberculina, según se describe en este documento.

**A los estudiantes no se les permitirá ingresar a la escuela sin la documentación escrita, según se solicita.**

\_\_\_\_\_  
Firma del padre de familia/tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

# Escuelas Públicas del Condado de Prince William

## Encuesta sobre el idioma en el hogar (HLS)



**Instrucciones para los padres/tutores:** Por favor, coloque una respuesta completa y exacta para cada pregunta del 1 al 10. Escriba "No Aplicable" (N/A) cuando sea necesario. Si tiene alguna pregunta, por favor, póngase en contacto con un miembro del personal escolar, quien estará encantado de ayudarle. PWCS ofrece asistencia gratuita en idiomas. Si necesita un idioma diferente al inglés, díganos que idioma habla o señale su idioma en el afiche de asistencia en idiomas.

**Nombre del estudiante (Nombre, Apellido):** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_

En las preguntas del 1 al 4, escribir todos los idiomas que correspondan:

1. ¿Cuál fue el primer idioma que habló su hijo/a? \_\_\_\_\_
2. ¿Cuál es el idioma que el estudiante habla más frecuentemente? \_\_\_\_\_
3. ¿Cuál es el idioma principal que se usa en el hogar, independientemente del idioma que hable el estudiante? \_\_\_\_\_
4. ¿En qué idioma prefiere recibir las comunicaciones de la escuela? \_\_\_\_\_

Responda en ambos, para verbal y escrito: Verbal: Inglés u otro \_\_\_\_\_ Por escrito: Inglés u otro \_\_\_\_\_  
(favor de especificar) (favor de especificar)

*En las preguntas 8 y 9, por favor, utilice los datos de los expedientes escolares, si estuvieran disponibles:*

5. País de nacimiento \_\_\_\_\_ (igual como fue ingresado en el formulario de inscripción)
8. ¿El estudiante asistió previamente a escuelas en los EE.UU.? Sí / No  
 Si la respuesta es «Sí», fecha del primer ingreso a una escuela estadounidense \_\_\_\_\_  
 Si la respuesta es «No», el encargado de matrícula registrará la fecha esperada del primer día de asistencia en PWCS \_\_\_\_\_

6. Fecha de primera entrada a los EE.UU. \_\_\_\_\_ (si es que nació fuera de los EE.UU.)
9. ¿El estudiante asistió previamente a escuelas públicas en Virginia? Sí / No  
(mes-día-año) Si la respuesta es «Sí», fecha del primer ingreso a una escuela pública K-12 en Virginia \_\_\_\_\_  
 Si la respuesta es «No», el encargado de matrícula registrará la fecha esperada del primer día de asistencia en PWCS \_\_\_\_\_

7. Fecha de la entrada más reciente a los EE.UU. \_\_\_\_\_ (si corresponde) (mes-día-año)

10. Enumere TODAS las escuelas a las que asistió su hijo/a anteriormente

Escuela	País / Estado	Grado	Fechas (Inicio/Fin) <small>(mes-día-año)</small>	Se entregaron expedientes escolares: Sí / No

**Nombre del padre/madre/tutor que llenó este formulario** \_\_\_\_\_ (Favor de escribir en letra de imprenta)  
**Relación con el estudiante** \_\_\_\_\_  
**Firma del padre/madre/tutor:** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_ (mes-día-año)

*Las leyes federales requieren que las divisiones escolares identifiquen, al momento de la inscripción, el idioma materno y otros idiomas que el estudiante pudiera hablar y/o comprender. Este formulario cumple con los requisitos de identificación de la nacionalidad de niños procedentes de grupos minoritarios requeridos por la ley de Igualdad de Oportunidades Educativas (Equal Educational Opportunity Act 20 USC 1703). Con base en esta encuesta, es posible que el/la estudiante sea evaluado(a) para determinar su nivel de dominio del inglés.*

OFFICIAL USE ONLY: TO BE COMPLETED BY OFFICE STAFF (please print)		SOLO USO OFICIAL: PARA SER LLENADO POR PERSONAL AUTORIZADO	
Form reviewed for completion and accuracy by:			
PWCS staff member _____ Title _____ Date _____ School/Office _____			
Home Language Survey forms are available at pwcs.edu, within the Translations Library. Circle the language provided to the family: English, Spanish, Urdu, Arabic, Vietnamese, Farsi, Korean, Bengali, Amharic, French, Tagalog, Mandarin Chinese, Nepali			
Print Name of Person or Company providing interpretation services: _____		Specify Language _____	
<b>Routing: School Registrar Instructions</b>		<b>Routing: CRS Instructions</b>	
If a language other than English is indicated in questions 1, 2, or 3 provide a copy of the Home Language Survey and Base School Verification Form to Central Registration Services <i>immediately</i> . Sent to CRS at Woodbridge or Manassas ( <i>circle one</i> ) Date Sent to CRS _____		Date Received by CRS _____ Initials _____	
		Date sent to Dept. Chair/Lead Teacher _____	
Home Language Identified in SMS Note: If school registrar completes the home language fields in SMS, please use guidance provided in PowerSchool SMS Training and Enrollment Manual.		<b>Home Language Identified in SMS</b>	
		Dates updated in SMS _____ / _____ / _____	
		<input type="checkbox"/> Updated HLS sent to Registrar for placement in File #1 and File #6 (used in cases when CRS does not have the original files)	



## Notificación de registro de programas especiales

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ El estudiante nombrado arriba **NO FUE** inscrito en ningún programa especial.

\_\_\_\_\_ El estudiante nombrado arriba **NO** recibió servicios de educación especial en su escuela anterior, y **NO** tiene un Plan Individualizado de Educación (IEP).

\_\_\_\_\_ El estudiante nombrado anteriormente **ESTABA RECIBIENDO SERVICIOS de EDUCACIÓN ESPECIAL** en su escuela anterior y **TIENEN** un Plan Individualizado de Educación (IEP).

Su discapacidad es \_\_\_\_\_.

Mi hijo(a) ha sido inscrito previamente en los siguientes programas especiales:

\_\_\_\_\_ De inglés como segundo idioma (ESL/ESOL)

\_\_\_\_\_ Programa de dotados y talentosos (GT/SELLO)

Mi hijo(a) ha sido matriculado previamente en los siguientes programas de educación especial:

\_\_\_\_\_ Mentalmente retardado (EMR)

\_\_\_\_\_ Problemas de audición

\_\_\_\_\_ Otros impedimentos de salud (OHI)

\_\_\_\_\_ Impedimento del habla

\_\_\_\_\_ Emocionalmente perturbado/independiente (ED) \_\_\_\_\_ invidentes

\_\_\_\_\_ Discapacidad de aprendizaje (LD)

\_\_\_\_\_ discapacitados múltiples

\_\_\_\_\_ Discapacidad específica de aprendizaje (SLD)

\_\_\_\_\_ Autismo

*Si su hijo recibe servicios de educación especial, un profesor de la escuela intermedia Parkside los contactará para reunirse y proceder con los procesos de Prince William County IEP tan pronto como sea posible.*

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

Fecha \_\_\_\_\_



# TARJETA DE INFORMACIÓN DE EMERGENCIA

Por favor marque la casilla que corresponda y firme en la parte inferior en ambos lados de esta tarjeta. Las firmas son un requisito, sin importar la casilla marcada.

No hay cambios necesarios; la información actual es precisa y completa.

Vea mis cambios a continuación.

He cambiado mi información en línea.

ESTUDIANTE (Apellido/s-Primer nombre-Segundo nombre)

Fecha de nacimiento

No estudiantil

Grado

Maestro/a \_\_\_\_\_ No de bus \_\_\_\_\_

**TIPO DE PROBLEMA MÉDICO/CONDICIÓN MÉDICA**

Hay restricciones en cuanto a las personas que tienen permiso para recoger a mi hijo/a por razones relacionadas con asuntos de custodia especificadas en los documentos legales proporcionados a la escuela.

En caso de enfermedad o lesión que involucre a su hijo/a, le solicitamos que proporcione la información requerida en esta tarjeta. En caso de emergencia la escuela se pondrá en contacto con el servicio de emergencias llamando al 911. Se harán todos los esfuerzos necesarios para ubicar a los padres/tutores o a una persona designada en una emergencia.

Padre/Madre/Tutor(a) Legal

Parentesco \_\_\_\_\_

Vive con el/la estudiante:

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_

Código postal \_\_\_\_\_

Dirección de e-mail \_\_\_\_\_

Dirección del empleo \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_

Código postal \_\_\_\_\_

Teléfono de empleo \_\_\_\_\_

Teléfono de casa \_\_\_\_\_

Teléfono celular \_\_\_\_\_

¿Puede recibir mensajes de texto?

Conexión militar:  Sí  No Lugar de Asignación previsto: \_\_\_\_\_

Tipo de servicio  Guardia Nacional

Servicio Activo

Reserva  Otro

Padre/Madre/Tutor(a) Legal

Parentesco \_\_\_\_\_

Vive con el/la estudiante:

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_

Código postal \_\_\_\_\_

Dirección de e-mail \_\_\_\_\_

Dirección del empleo \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_

Código postal \_\_\_\_\_

Teléfono de empleo \_\_\_\_\_

Teléfono de casa \_\_\_\_\_

Teléfono celular \_\_\_\_\_

¿Puede recibir mensajes de texto?

Conexión militar:  Sí  No Lugar de Asignación previsto: \_\_\_\_\_

Tipo de servicio  Guardia Nacional

Servicio Activo

Reserva  Otro

Contacto de emergencia

Permiso para recoger en la escuela

Nombre: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Relación con el/la niño/a: \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia

Permiso para recoger en la escuela

Nombre: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Relación con el/la niño/a: \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia

Permiso para recoger en la escuela

Nombre: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Relación con el/la niño/a: \_\_\_\_\_

Proveedor/a de cuidado infantil (si aplica) \_\_\_\_\_

Permiso para recoger en la escuela

Contacto de emergencia

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_

Código postal \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

Trabajador/a social (necesario para padres de acogida) \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

Médico de familia \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

Seguro de salud  Sí  No

Si la respuesta es sí, empresa que brinda la \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

Firma del/de la padre/madre/tutor(a) \_\_\_\_\_

Fecha (mes/día/año) \_\_\_\_\_

Firma del/de la trabajador/a social (necesaria para padres de acogida) \_\_\_\_\_

Fecha (mes/día/año) \_\_\_\_\_

PARA FAVOR PROPORCIONE INFORMACIÓN NUEVA CUANDO HAYA CAMBIOS. POR MOTIVOS DE PRECISIÓN, POR FAVOR ESCRIBA LOS CAMBIOS EN ESTE FORMULARIO Y, SI ES POSIBLE, EN INTERNET EN PAARENTPORTAL.PWCS.EDU.

INDEPENDIENTEMENTE DE LA INFORMACION QUE USTED NOS PROPORCIONE POR INTERNET, ASEGÚRESE DE LEEER Y FIRMAR AMBOS LADOS DE ESTE FORMULARIO Y DEVUÉLVALO A LA ESCUELA.

# INFORMACIÓN MÉDICA

Marque cualquier condición actual que pudiera requerir atención durante las horas de escuela, y sea específico acerca de cualquier problema médico.

- |                                                             |                                                         |
|-------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> alergias (especifique) _____       | <input type="checkbox"/> problemas de corazón _____     |
| <input type="checkbox"/> alimentos _____                    | <input type="checkbox"/> discapacidad física _____      |
| <input type="checkbox"/> medicina _____                     | <input type="checkbox"/> problemas respiratorios _____  |
| <input type="checkbox"/> epípen _____                       | <input type="checkbox"/> traumatismo en la cabeza _____ |
| <input type="checkbox"/> picaduras de abejas/insectos _____ | <input type="checkbox"/> problemas de visión _____      |
| <input type="checkbox"/> otra _____                         | <input type="checkbox"/> problemas auditivos _____      |
| <input type="checkbox"/> asma _____                         | <input type="checkbox"/> otra _____                     |
| <input type="checkbox"/> cáncer _____                       |                                                         |
| <input type="checkbox"/> diabetes _____                     |                                                         |
| <input type="checkbox"/> convulsiones _____                 |                                                         |
| <input type="checkbox"/> hemofilia _____                    |                                                         |

Indique todos los medicamentos y las dosis que su hijo recibe de manera continua: \_\_\_\_\_

Entiendo que en caso de emergencia mi hijo/a será transportado/a a la Sala de Emergencias del hospital más cercano, y que el hospital y personal médico proporcionarán el tratamiento que los médicos consideren necesario para el bienestar de mi hijo/a.

**RECORDATORIO:** En conformidad con el Reglamento 757-4, se deben completar los formularios de solicitud de medicamentos para cualquier medicamento que tenga que ser administrado en la escuela.

## RECONOCIMIENTO DE LA RESPONSABILIDAD DE LOS PADRES EN VIRTUD DE LAS LEYES DE VIRGINIA

Como padre o guardián reconozco que el "Código de Conducta" y el resumen de la Ley de Responsabilidades de los Padres del Código de Virginia §22.1-279.3 se pueden encontrar en la página Web de [www.education.virginia.gov](http://www.education.virginia.gov) en las palabras "Code of Behavior" / "Código de Conducta". También se pueden obtener copias en las escuelas de las escuelas de PWCS. Esta ley exige que yo trabaje con las escuelas para hacer cumplir las normas de conducta y asistencia del estudiante, de modo que la educación se desarrolle en un ambiente sin interrupciones ni amenazas a las personas o bienes, y que apoye los derechos de cada individuo. Esta ley también exige que las escuelas brinden oportunidades para la participación de los padres y la comunidad en cada escuela de la división escolar.

La ley establece que, a través de los canales apropiados, puedo expresar mi desacuerdo con la manera que se ha implementado el "Código de Conducta". Además, puedo ejercer mi derecho de apelar una suspensión o expulsión tal como lo dice la Ley §22.1-277 del Código de Virginia.

Sin embargo, si voluntariamente y sin razón no cumplo con los requisitos de las disposiciones de notificación del "Código de Conducta", las autoridades de la escuela, en virtud de la ley (§22.1-279.3G del Código de Virginia), tienen el derecho de presentar una queja ante la corte juvenil y de asuntos familiares.

En virtud de la ley (§16.1-241.2 del Código de Virginia), si la corte llega a la conclusión que de manera voluntaria y sin razón no he cooperado, puede ordenar que haga lo siguiente:

- \*asistir a una reunión para cumplir con la solicitud del director, con el objetivo de revisar el Código de Conducta y discutir mi responsabilidad en asuntos de disciplina y asistencia a la escuela;
- \*participar y/o hacer que mi hijo/a participe en clases de crianza, en consejería, o un programa de mentores o un tratamiento, o estar sujeto a otras limitaciones y condiciones que el tribunal considere apropiadas por no haberme reunido con las autoridades escolares si mi hijo/a tiene que ser readmitido/a después de una suspensión, o está siendo expulsado/a, o
- \*pagar una multa de \$500 por no reunirme con las autoridades de la escuela en caso de que mi hijo/a sea readmitido/a después de una suspensión, o está siendo expulsado/a.

El director de la escuela y otras autoridades escolares harán todo lo que sea posible para hacer cumplir las políticas de la Junta Escolar de manera justa y consistente; responder a las preocupaciones de los padres con respecto a la implementación del "Código de Conducta"; y asegurar un ambiente de aprendizaje seguro para todos los estudiantes.

## FOR FAVOR FIRME Y DEVUELVA ESTE FORMULARIO A LA ESCUELA COMO LO EXIGE LA LEY RECONOCIMIENTO DE LA POSTURA DE TOLERANCIA CERO Y DE LAS NORMAS DE USO ACEPTABLE DE INTERNET

Entiendo que las Escuelas Públicas del Condado de Prince William tienen una POSTURA DE TOLERANCIA CERO con respecto a las violaciones de las normas y reglamentos del "Código de Conducta" que prohíben el uso de drogas, armas y actos de violencia. Los estudiantes que infrinjan estas normas y reglamentos podrán ser expulsados de las Escuelas Públicas del Condado de Prince William. Soy consciente de la disposición sobre el Uso Inadecuado de Tecnología del "Código de Conducta" y me comprometo a cumplir las Normas de Uso Aceptable de Internet de las Escuelas Públicas del Condado de Prince William tal como se definen en la Política 295 y Reglamentos 295-1 y 295-2.

\_\_\_\_\_  
Firma del estudiante

\_\_\_\_\_  
Fecha (mes/día/año)

\_\_\_\_\_  
Firma del/de la padre/madre/tutor(a)

\_\_\_\_\_  
Fecha (mes/día/año)

Las firmas indican el haber recibido la información anterior. No se considerará que los padres renuncian a sus derechos, sino que los reservan expresamente, protegidos por las constituciones o las leyes de los Estados Unidos o del Estado de Virginia. Los padres tendrán derecho a expresar su desacuerdo con las políticas o las decisiones de una escuela o de una división escolar.

**POR FAVOR LEA Y FIRME LOS DOS LADOS DE ESTE FORMULARIO Y DEVUELVA A LA ESCUELA DE SU HIJO/A.**