



Escuelas Públicas de Lincoln - Lista de Verificación

DOCUMENTOS/INFORMACION NECESARIA PARA INSCRIBIR A UN ESTUDIANTE NUEVO EN LAS ESCUELAS PUBLICAS DE LINCOLN.

- _____ FORMULARIO DE REGISTRACION COMPLETADO
- _____ COPIA DE LA IDENTIFICACION CON FOTO DE PADRE/MADRE (CARNET, PASAPORTE, LICENCIA)
- _____ COPIA DEL CERTIFICADO DE NACIMIENTO DE HIJO/A O PASAPORTE
- _____ PRUEBA DE RESIDENCIA
- _____ AFFIDAVIT NOTARIADO DE PADRE/MADRE
- _____ AFFIDAVIT NOTARIADO DE PROPIETARIO (SI CORRESPONDE)
- _____ ENCUESTA DEL IDIOMA HABLADO EN CASA (Favor de asegurarse que la Encuesta del Idioma Hablado en Casa tiene TODAS LAS FECHAS completadas.)
- _____ RENUNCIA DE REGISTROS
- _____ FORUMLARIO DE SALUD DEL ESTADO DE RHODE ISLAND COMPLETADO Y FIRMADO POR UN MEDICO Y CON VACUNAS ACTUALES
- _____ CUESTIONARIO DE SALUD
- _____ REGISTROS ESTUDIANTILES/EXPEDIENTES ACADEMICOS/BOLETINES
- _____ AFFIDAVIT DE TUTORIA LEGAL/DOCUMENTOS DEL CUIDADOR (SI CORRESPONDE)
- _____ ORDEN LEGAL/FISICA DE TENENCIA/ACUERDO DE SEPARACION (SI CORRESPONDE)
- _____ EDUCACION ESPECIAL: PLAN INDIVIDUAL DE EDUCACION (IEP)/PLAN DE EXAMEN 504 (SI CORRESPONDE)
- _____ ESTUDIANTES INTERNACIONALES (COPIA DE PASAPORTES DE NINO/A Y PADRE(S) Y CUALQUIER VISA J, L, R, G)

PRUEBA DE RESIDENCIA

***Documentos deben incluir nombre de padre/madre/guardián/a y dirección**

***Provea uno (1) de Columna A y dos (2) de Columna B**

***Affidávit notariado requerido**

Columna A – (1)	Columna B – (2)
☐ Copia de Escritura de Hipoteca o pago de la hipoteca más reciente ☐ Copia de Arrendamiento ☐ Acuerdo de Vivienda de la Sección 8	~Los últimos 30 días y actual dirección~ ☐ Factura de un Servicio ☐ Gas/Petróleo ☐ Electricidad ☐ Televisión ☐ Agua ☐ Factura de Seguro/Póliza ☐ Registro Actual de Vehículo ☐ Factura de Impuestos a la Propiedad (del año pasado) ☐ Factura de Impuestos al Vehículo (del año pasado) ☐ Factura de Impuestos a Fuego (del año pasado) ☐ Extracto de Cuenta (últimos 30 días) ☐ Recibo del Sueldo (últimos 30 días) ☐ Prueba de SNAP/SSI (últimos 30 días) ☐ W-2/Declaración de Ingresos (último año) ☐ Inscripción de Votante de Lincoln ☐ Préstamo Estudiantil ☐ Extracto de Tarjeta de Crédito

Fecha de Entrar: _____

Pueblo de Lincoln – Registro del Distrito de las Escuelas Públicas

Favor de escribir claramente

Nombre Legal del Estudiante: Sufijo:
(apellido) (nombre) (segundo nombre) (Jr, III, etc.)

Género: ☐ Varón ☐ Hembra Apodo del estudiante: Nivel/año de Entrar:

Fecha de Nacimiento: Lugar de Nacimiento:

Dirección Actual del Estudiante

☐ IEP

¿Tiene un Programa Educativo Individualizado (IEP) o y un Plan 504? ☐ 504

Raza/Origen étnico (Favor de contestar todo):

Nuevos estándares federales requieren que los distritos escolares coleccionen e informen información con relación a la raza y el origen étnico.

1. ¿Es su hijo/a latino/a o hispano/a? ☐ Sí ☐ No
2. ¿De cuál raza pertenece a su hijo/a? ☐ Alasqueño/ Indio Americano ☐ Asiático ☐ Nativo de la Polinesia
☐ Negro ☐ Blanco
3. Si su hijo/a es Asiático Sudeste, favor de indicar su país de origen o grupo étnico:
☐ Brunéi ☐ Birmania (Myanmar) ☐ Camboya ☐ Pilipinas ☐ Hmong ☐ Indonesia
☐ Laos ☐ Malaysia ☐ Tailandia ☐ Timor-Leste ☐ Singapur ☐ Vietnam

Información de Padre/Madre/Guardián/Guardiana:

Familia 1 Datos	Padre/Guardián 1		Padre/Guardián 2	
➤ Nombre				
➤ Parentesco				
➤ Dirección				
➤ Número de teléfono - primario				
➤ Número de teléfono - secundario				
➤ Correo electrónico				
➤ Tiene permiso de recoger	☐ Sí	☐ No	☐ Sí	☐ No
Familia 2 Datos	Padre/Guardián 1		Padre/Guardián 2	
➤ Nombre				
➤ Parentesco				
➤ Dirección				
➤ Número de teléfono - primario				
➤ Número de teléfono - secundario				
➤ Correo electrónico				
➤ Tiene permiso de recoger	☐ Sí	☐ No	☐ Sí	☐ No

Información de la Casa:

¿Con quién vive el/la estudiante? ☐ Ambos padres ☐ Madre* ☐ Padre*
(*si divorciado/a, favor de proveer documentos legales del acuerdo de tenencia)

¿Quién es el guardián legal del niño/a? **

(**Favor de proveer documentación legal si el guardián sea alguien aparte del padre/madre.)

Escriba una lista de todos los individuos que viven a la dirección del estudiante (aparte de los padres):

Nombre	Parentesco al estudiante	Fecha de Nacimiento

¿Su hijo/a ha asistido el preescolar? ☐ Sí ☐ No Si sí, nombre del preescolar:

¿Su hijo/a ha asistido alguna escuela pública de Lincoln? ☐ Sí ☐ No
Si sí, donde: Cuando:

Escuela de donde está traslado:
Dirección de la escuela anterior: Número de teléfono:

En caso de emergencia:

Escribe hasta dos otros contactos que asumirá cuidado temporal de su hijo/a si Ud. no puede ser contactado.

Nombre		Parentesco	
Número primario		Segundo número	
Nombre		Parentesco	
Número primario		Segundo número	

Información en caso de emergencia debe permanecer actual. Por favor, contacte la escuela con algunos cambios.

*Documentos deben incluir nombre y dirección de padre/guardián.

*Provea uno (1) de Columna A y dos (2) de Columna B

Columna A – (1)	Columna B – (2) ~ Ultimo 30 días y dirección actual~
☐ Pago de hipoteca más reciente o copia de escritura de hipoteca	☐ Factura/extracto de un servicio ☐ Petróleo ☐ Electricidad ☐ TV Cable ☐ Agua ☐ Extracto bancario (último 30 días) ☐ Recibo de sueldo (último 30 días)
☐ Copia de arrendamiento	☐ Prueba de asistencia SNAP/SSI (último 30 días) ☐ W-2 / Declaración de ingresos (año pasado)
☐ Acuerdo de vivienda de Sección 8	☐ Factura/Póliza de seguro ☐ Registro de vehículo actual ☐ Factura de impuesto a la propiedad (año pasado) ☐ /Factura de impuesto al vehículo (año pasado) ☐ Registro de votante de Lincoln ☐ Escritura de préstamo educativo para estudiantes ☐ Fire Tax Bill (past year) ☐ Escritura de tarjeta de crédito

Entiendo que la información sobre residencia contenida en esta forma está sujeta a verificación por un oficial de residencia.

Firma de persona que provee esta información: _____

Escribe nombre de padre/madre:

Parentesco al estudiante:

Fecha:

INFORMACION DE LA CUSTODIA COMPARTIDA LEGAL DE PADRE/GUARDIAN

Ambos padres/guardianes que comparten la custodia compartida legal tienen el derecho a consultar con oficiales escolares relativo al bienestar del hijo(s) y estatus educativo, y examinar y recibir registros escolares. Si necesita negar acceso a un padre/guardián es necesario completar la forma de abajo: PADRE/GUARDIAN CON CUSTODIA RESTRICTIVA O PERIODOS NEGADOS DE COLOCACION FISICA.

Favor de completar solo si sea aplicable.

Padres/guardianes: favor de proveer a la escuela copias de mandatos oficiales relativo a la custodia restrictiva para apoyar cumplimiento.

Nombre del padre con custodia restrictiva:

Dirección:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Número del móvil:

Número de teléfono en casa:

Lugar de trabajo:

Número de teléfono en trabajo:

Hay un mandato oficial que limita acceso al estudiante o al registro del estudiante fechado y archivado en el siguiente tribunal:

La corte ha determinado que este padre tenga:

☐ Custodia restrictiva

☐ Negado periodos de colocación física

Información adicional sobre custodia:

Hasta donde yo sé, la información proveída está completa y precisa.

Firma del padre/guardián: _____ Fecha: _____

RESIDENCIA

Residencia es requisito para todos los registros.

SI ES UD. *DUENO* DE SU RESIDENCIA

Debe Ud. completar el Affidavit de Residencia por Padre y tiene que ser certificado por notario. También, debe proveer una declaración de hipoteca Y dos pruebas de residencia (mire la lista de verificación de registro).

SI UD. *ALQUILA* SU RESIDENCIA

Debe completar le Affidavit de Residencia por Padre y tiene que ser certificado por notario.

Su dueño (de la propiedad) tiene que completar el Affidavit de Residencia por Dueño y tiene que ser certificado por notario. También, debe proveer un arrendamiento o carta notariado de su dueño (dueño de la propiedad) con nombres de los padres y el estudiante, la fecha de nacimiento del estudiante y la dirección que dice que viven Uds. allí Y dos pruebas de residencia (mire la lista de verificación de registro.)

SI VIVE UD. CON OTRA PERSONA/MIEMBRO DE FAMILIA

Debe completar el Affidavit de Residencia por Padre y tiene que ser certificado por notario.

El dueño de la casa tiene que completar el Affidavit de Residencia por Dueño de la Casa y tiene que ser certificado por notario. El dueño de la casa debe proveer su extracto de hipoteca y dos pruebas de residencia (mire la lista de verificación de registro.)

EL DUENO DE LA CASA DEBE PROVEER UN EXTRACTO DE LA HIPOTECA Y DOS PRUEBAS DE RESIDENCIA.

MIRE AFFIDAVITES EN ESTE REGISTRO

Escuelas públicas de Lincoln
1624 Lonsdale Avenue
Lincoln, RI 02865

Nombre de estudiante _____

Affidávit de Residencia por Padre/Guardián

Escriba nombre de padres/guardián

comparecido ante de mí el _____ día de _____, 20____ y después

debidamente juramentado declara que:

1. Soy el padre natural o adoptivo o guardián de _____ de quien yo tengo la custodia física y posesión.
2. Actualmente vivo a _____, que está ubicado en el pueblo de Lincoln, Rhode Island. _____
3. _____ vive conmigo en realidad a la dirección dicha.
4. Yo admito que un oficial de asistencia u otra persona designada del departamento de las escuelas públicas de Lincoln visitará para el propósito de verificar esa residencia.
5. Yo admito que este Affidávit está siendo entregado bajo juramento al Departamento de las Escuelas Públicas de Lincoln para el propósito de determinar si _____ esté calificado para asistir la escuela en el Sistema Escolar de Lincoln. _____
6. En apoyo de este Affidávit, he ajuntado ciertas pruebas documentales que son verdaderas, precisas y correctas.
7. Toda la información contenida aquí dentro es la verdad y precisa.

Firma de padre/guardián

Estado de Rhode Island
Condado de Providence

JURAMENTO NOTARIO

En _____, en este _____ día de _____, 20____,
(Pueblo/Ciudad)

comparecido personalmente ante de mí _____ y después de leer
(Nombre del padre/guardián)

la declaración arriba, debidamente juramentado, declara a la verdad y la exactitud de la dicha Affidávit.

Firma del Notario Público

Nombramiento Notario Expira

AVISO: Si Ud. provea información falsa bajo juramento estará remitido para acusación de perjurio. Una persona quien esta encontrado culpable de perjurio puede recibir hasta veinte años en la cárcel.

Si Ud. provea información falsa, el distrito escolar comenzará acción legal apropiada para coleccionar el valor de los servicios educativos que recibió el estudiante. Este esfuerzo de coleccionar incluirá embargo y tasa de bienes raíces, sueldo y propiedad privada.

Escuelas Públicas de Lincoln
1624 Lonsdale Avenue
Lincoln, RI 02865

Affidávit de Residencia por Casero/Dueño/Alquiler Compartido

Me llamo _____ y yo por la presente depongo y certifico lo siguiente:
(Casero/Dueño/Compañía Manejo de Residencia)

Favor de completar todas las tres cosas y firme abajo:

1. Yo soy el dueño/casero/compañía manejo de la propiedad ubicado a _____
(Dirección donde vive el padre)
2. _____, quien es el padre o guardián legal de _____, alquila
(Padre/guardián o estudiante que tiene más de 18) (Nombre del estudiante)
esta propiedad como su residencia principal de mí, arrendamiento sin plazo fijo, de mes a mes.
3. Yo por la presente, declaro que la parte nombrada arriba vive conmigo y/o a la dirección arriba.

Firmado bajo las penas y castigos de perjurio este _____ día de _____, 20____.

Firma de casero/dueño/compañía manejo de residencia: _____
Escriba nombre: _____
Escriba dirección: _____
Número de teléfono: _____

Como el solicitante que entrega este Affidávit de Residencia/Casero, yo juro, bajo las penas y castigos de perjurio, que la información arriba esta precisa y entiendo que la información contenida en este Affidávit legal está sometida a verificación por un investigador de residencia.

Estado de Rhode Island
Condado de Providence

JURAMENTO NOTARIO

En _____, en este _____ día de _____, 20____, comparecido personalmente ante de mi
(Ciudad/Pueblo)

(Nombre del dueño de la casa) después de leer la declaración arriba, debidamente juramentado, declara a la
verdad y la exactitud de la dicha Affidávit.

Firma del Notario Público

Nombramiento Notario Expira

AVISO: Si Ud. provea información falsa bajo juramento estará remitido para acusación de perjurio. Una persona quien está encontrado culpable de perjurio puede recibir hasta veinte años en la cárcel.

Si Ud. provea información falsa, el distrito escolar comenzará acción legal apropiada para coleccionar el valor de los servicios educativos que recibió el estudiante. Este esfuerzo de coleccionar incluirá embargo y tasa de bienes raíces, sueldo y propiedad privada.



Angélica Infante-
Green Commissioner

State of Rhode Island and Providence Plantations
DEPARTMENT OF ELEMENTARY AND SECONDARY EDUCATION
Shepard Building
255 Westminster Street
Providence, Rhode Island 02903-3400

Encuesta de Idioma Local

Ser completado por Padre o Guardián

Querido Padre o Guardián,

La información solicitada en este formulario es necesario para recibir la colocación más apropiada de su hijo/a, y no será usada para ningún otro propósito¹.

Gracias por su colaboración.

Nombre del estudiante:		
Nombre	Segundo nombre	Apellido
Fecha de nacimiento:		Lugar de nacimiento²:
Mes	Día	Año
Padre o Guardián – parentesco al estudiante:		
☐ Madre ☐ Padre ☐ Otro		
Código del Idioma Local:		

Fondo del Idioma

(Favor de marcar todos que se aplican)

¿Cuál es el idioma principal usado en la casa, a pesar del idioma hablado por el
1. estudiante?

☐ Inglés ☐ Otro

Precise

¿Cuál es el idioma hablado con más
2. frecuencia por el estudiante?

☐ Inglés ☐ Otro

Precise

¿Cuál es el idioma que el estudiante
3. adquirió primero?

☐ Inglés ☐ Otro

Precise

4. ¿Cuál(es) idioma(s) entiende su hijo/a?

☐ inglés ☐ Otro

Precise

5. ¿Cuál(es) idioma(s) habla su hijo/a?

☐ Inglés ☐ Otro

 ☐ No habla
Precise

6. ¿Cuál(es) idioma(s) lee su hijo/a?

☐ Inglés ☐ Otro

 ☐ No lee
Precise

7. ¿Cuál(es) idioma(s) escribe su hijo/a?

☐ Inglés ☐ Otro

 ☐ No escribe
Precise

¹ Requerido por la Ley de Rhode Island (R.I.G.L. § 16-54-2) y el Equal Educational Opportunity Act (20 U.S.C. §1703(f))

² Familias no están requeridas proveer el lugar de nacimiento, pero proveer la información puede ayudar a las autoridades educativas locales para preparar mejor ser responsivo culturalmente. Última actualización: 4/30/2020

Encuesta de Familia – Historia de Educación

1. ¿Piensa que su hijo/a tiene cualquier dificultad o condición que afecta su capacidad de entender, hablar, leer o escribir en inglés o cualquier otro idioma? Si es así, favor de describirlas.

Sí* No No estoy seguro

☐
☐
☐

*Si sí, favor de explicar:

¿Qué tan grave son las dificultades?

☐ Menor

☐ Un poco grave

☐ Muy grave

2a. Su hijo/a ha sido remitido para una evaluación de educación especial en el pasado?

☐ No

☐ Sí*

*¿Si remitido para una evaluación, ha sido identificado a su hijo/a?

☐ No

☐ Sí*

*¿Si remitido para una evaluación, e identificado, ha recibido su hijo/a servicios educativos especiales en el pasado?

☐ No

☐ Sí

– Tipo de servicios recibido:

2b. La edad cuando los servicios fueron recibido (Favor de marcar todo de

lo que se aplica):

☐ Nacimiento a 3 años (Intervención temprano)

☐ 3 a 5 años (Educación

Especial)

☐ 6 años o mayor (Educación Especial)

2c. ¿Tiene su hijo/a un Programa Educativo Individualizado (IEP), o Plan 504? ☐ No ☐ Sí

3. ¿En cuál idioma prefiere recibir comunicación oral de la escuela o distrito?

☐ Inglés

☐ Otro

Precise

4. ¿En cuál idioma prefiere recibir comunicación escrita de la escuela o distrito?

☐ Inglés

☐ Otro

Precise

5. Indica la fecha de la primera vez se inscribió en cualquier escuela estadounidense.

(mes/día/año)

¿Hay algo más que piensa es importante que la escuela sepa acerca de su hijo/a? (Ej. talentos especiales, problemas de salud, etc.)

Mes:

Día:

Año:

Firma del padre/guardián

Fecha

Escriba nombre del padre/guardián

OFFICIAL ENTRY ONLY - NAME/POSITION OF PERSONNEL ADMINISTERING HLS

Name:

Position:

IF AN INTERPRETER IS PROVIDED, LIST NAME, POSITION AND CREDENTIALS:

NAME/POSITION OF QUALIFIED PERSONNEL REVIEWING HLS AND CONDUCTING INDIVIDUAL INTERVIEW

Name:

Position:

IF AN INTERPRETER IS PROVIDED, LIST NAME, POSITION AND CREDENTIALS:

Oral Interview Necessary: ☐ YES ☐ NO

Date of Individual Interview:

Month Day Year

NAME/POSITION OF QUALIFIED PERSONNEL ADMINISTERING THE LANGUAGE SCREENING ASSESSMENT

Name:

Position:

IF AN INTERPRETER IS PROVIDED, LIST NAME, POSITION AND CREDENTIALS:

NAME/POSITION OF QUALIFIED PERSONNEL REPORTING THE LANGUAGE SCREENING SCORES

Name:

Position:

Date of Screener:

Month Day Year

Name of the Language Screening

Assessment:

Score achieved:

Proficiency Level Achieved: Entering 1 ☐ / Beginning 2 ☐ / Developing 3 ☐ / Expanding 4 ☐ / Bridging 5 ☐ / Reaching 6 ☐

FOR STUDENTS WITH AN IEP OR 504 PLAN, LIST ACCOMMODATIONS, IF ANY, ADMINISTERED:

Teléfono (401)222-4600 Fax (401)222-6178 TTY (800)745-5555 Voz (800)745-6575 Sitio web: www.ride.ri.gov

El Consejo de Educación de RI no discrimina según la edad, el sexo, la orientación sexual, la identidad/expresión de género, la raza, el color, la religión, el origen nacional, o la discapacidad.

Escuelas Públicas de Lincoln
Permiso a Obtener Registros

Favor de obtener los registros escritos para el siguiente estudiante a las Escuelas Públicas de Lincoln:

Nombre del estudiante: _____ Fec. Nac.: _____

Nombre del padre: _____

Dirección del estudiante: _____ Núm. Tel. _____

Distrito escolar de donde se traslada al estudiante: _____

Nombre de la escuela: _____

Dirección de la escuela: _____

Grado: _____ Núm. tel. de la escuela: _____ Núm. FAX: _____

_____ Todo de lo siguiente o ☒ evaluaciones

_____ específicas

_____ Comunicación recíproco

_____ Evaluación clínica psicológica

_____ Evaluación educativo

_____ Observación del aula

_____ Revisión/Examen de oído y visión

_____ IEP (Programa educativo individualizado)

_____ Registro de inmunizaciones/vacunas

_____ Examen de competencia en idioma

_____ Documentación de dif. de aprendizaje

_____ Otro _____

_____ Evaluación neurológico

_____ Informe de equipo

_____ Historial médico de doctor

_____ Evaluación psiquiatra

_____ Evaluación psicológica

_____ Expediente académico/Boletín de notas

_____ Historial social

_____ Evals de ter. OT __ PT __ S/L __ APE __

_____ Cuestionario de maestro

Razón para solicitud: Estudiante está trasladando a las Escuelas Públicas de Lincoln, RI

Información autorizada con esta autorización no será dado, trasladado, o en cualquier manera transmitido a ninguna otra persona no especificada arriba sin autorización adicional.

Esta autorización expira _____

_____ y puede ser quitado en cualquier momento.

Firma: _____ Fecha: _____

(Dibuje un círculo alrededor de uno: padre /guardián
/defensor educativo)

Dibuje un círculo alrededor de la escuela a donde quisiera que enviemos los registros:

Central Elem. School
1081 Great Road
Lincoln, RI 02865
Fax: 401-334-4294
Tel: 401-334-2800

Lonsdale Elem. School
270 River Road
Lincoln, RI 02865
Fax: 401-722-0920
Tel: 401-725-4200

Northern Elem. School
315 New River Road
Manville, RI 02838
Fax: 401-765-0530
Tel: 401-769-0261

Saylesville Elem. School
50 Woodland Street
Lincoln, RI 02865
Fax: 401-722-1090
Tel: 401-723-5240

Lincoln Middle School
Attn: Guidance Office
152 Jenckes Hill Road
Lincoln, RI 02865
FAX: 401-721-3429

Lincoln High School
Attn: Guidance Office
135 Old River Road
Lincoln, RI 02865
FAX: 401-334-8753

Release Special Education:
Lincoln Public Schools
Attn: Student Services
1624 Lonsdale Avenue
Lincoln, RI 02865
FAX: 401-726-1813

Nombre del estudiante:

Fec. Nac.:

Grado:

Sección de la salud del estudiante

Nombre del doctor

Núm. Tel.

SI CONTESTA SÍ A CUALQUIER PREGUNTA, FAVOR DE EXPLICAR

1. ¿Ha experimentado su hijo/a alguna operación o enfermedad grave? Sí No
Si es así, favor de explicar:

¿Ha experimentado su hijo/a algún

2. accidente grave? Sí No
Si es así, favor de explicar:

¿Lleva a su hijo/a gafas, lentes, aparatos, audífonos, o cualquier aparato

3. correctivos? Sí No
Si es así, favor de explicar:

¿Ha tenido su hijo/a las siguientes enfermedades o condiciones? (Provea mes, año y/o edad si conocido):

Varicela	Sí	No	Condición de corazón	Sí	No
Neumonía	Sí	No	Diabetes	Sí	No
Hemorragia nasal	Sí	No	Convulsiones	Sí	No
Dolor de garganta frecuente	Sí	No	Fiebres altas	Sí	No
Infección de oído	Sí	No	Migrañas	Sí	No
Condición de ojo	Sí	No	Otro (Favor de precisar)	Sí	No

5. ¿Ha sido detectado su hijo/a por un terapeuta de hablar/idioma? Sí No
Si es así, ¿dónde?

6. ¿Ha tenido su hijo/a una evaluación neurológica? Sí No
Si es así, ¿cuándo?

7. ¿Ha tenido su hijo/a una evaluación psicológica? Sí No
Si es así, ¿cuándo?

8. ¿Su hijo/a está restringido de actividades físicas? Sí No
Si es así, favor de explicar:

9. ¿Tiene alergias su hijo/a a medicinas/drogas? Sí No

Si es así, favor de
precisar:

¿Tiene alergias su hijo/a a plantas/comidas? Sí No

Si es así, favor de
precisar:

¿Tiene alergias su hijo/a a picaduras de insectos? Sí No

Si es así, favor de
precisar:

10. Si contestó sí a la pregunta 9, ¿toma medicina su hijo/a para esta alergia? Sí No

Si es así, favor de precisar (i.e. Benadryl, Epi-Pen,
etc.):

11. ¿Tiene su hijo/a asma? Sí No

Si es así, ¿cuál fue la fecha
diagnostica?

Si es así, ¿cuál medicina(s) toma?

12. ¿Toma medicina(s) diariamente su hijo/a? Sí No

Si es así, favor de
precisar:

13. ¿Medicina será dado en la escuela? Sí No

Si es así, favor de
precisar:

14. ¿Cuáles son las medicinas que son dados
frecuentemente, pero no diariamente?

15. ¿Quisiera reunirse con la enfermera de la escuela? Sí No

**Nombre del padre
(Favor de escribir):**

FIRMA DEL PADRE:

FECHA



TRANSPORTACION EN AUTOBUS

FORMULARIO DE DATOS ESTUDIANTILES

La información solicitada abajo será usado para actualizar y/o asignar a los estudiantes en el sistema computarizado de ruta que se llama "Versa-Trans". Este Sistema nos permite proveerle con información corriente y precisa. Favor de completar este formulario si necesita transportación a la escuela en autobús.

(School secretary: please email this form immediately upon completion to First Student)

FECHA:

DIBUJE UN CIRCULO ALREDEDOR DE UNO:

ESTUDIANTE NUEVO

CAMBIO

ELIMINACION

ID DE ESTUDIANTE:

APELLIDO DE ESTUDIANTE:

NOMBRE:

DIRECCION:

PADRE/GUARDIAN:

NUM. TEL.:

NUM. SECUNDARIO:

ESCUELA:

GRADO:

For First Student Bus Co. use only

BUS IN: _____ STOP: _____ TIME: _____

BUS OUT: _____ STOP: _____ TIME: _____

**FORMULARIO DE ALERGIAS DE COMIDA
ESCUELAS PUBLICAS DE LINCOLN
SERVICIO DE ALIMENTOS CHARTWELLS**

Queridos padres:

Para mantener la seguridad de todos los estudiantes que tienen alergias mientras que están en la escuela, el Departamento de las Escuelas de Lincoln seguirá el programa de alergias de Servicio de Alimentos de Chartwells como parte del protocolo del USDA. (Mire abajo)

El Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA) manda que los programas escolares de comidas deban admitir a todos los estudiantes con discapacidades, que incluye alergias a las comidas y condiciones médicas. Para mantener la seguridad de nuestros estudiantes, Chartwells sigue un protocolo comprensivo de alergias a las comidas y condiciones médicas. Para seguir el consejo del USDA y admitir a todos los estudiantes en el programa de comidas, necesitamos información para estudiantes con alergias documentadas y condiciones médicas para asegurar que estamos proveyendo una comida segura y nutritiva.

Cualquier estudiante con una alergia documentada tendrá su nombre y información de la alergia dado a Chartwells; esta información será añadido a su sistema de computadoras anualmente. Cuando su hijo/a pasa su tarjeta o introduce su número de ID, una alerta mostrara en la computadora con el nombre del alérgeno. Este es un paso extra para prevenir una reacción grave o fatal en la escuela.

Si tiene alguna pregunta, contacte a Danielle Landry, Directora de Servicios de Cenar, a 401-721-3499. Correo: Lincoln Public Schools, Attn: Chartwells K12, 152 Jenckes Hill Road, Lincoln, RI 02865 Correo electrónico: danielle.landry@compass-usa.com

Nombre de su hijo/a: _____ Escuela: _____ Grado: _____
(escriba)

Elija uno de la lista abajo:

- ☐ Mi hijo/a no tiene ninguna alergia para decir.
Firma de padre: _____
- ☐ Sí. Favor de incluir la información sobre la alergia de comida que tiene mi hijo/a en el programa de Chartwells, Chartwells Allergy Protection Program.

Alergia de comida: _____

Tratamiento: _____

Firma del padre/guardián: _____ Fecha: _____

Favor de escribir el nombre del padre/guardián: _____

- ☐ Si NO QUIERE que su hijo/a participa en este programa, favor de firmar y fechar este formulario y entregarlo al director de la escuela de su hijo/a.

Firma del padre/guardián: _____ Fecha: _____

Favor de escribir el nombre del padre/guardián: _____

Favor de entregar este formulario a su escuela tan pronto como le sea posible. Gracias.

LINCOLN HIGH SCHOOL

Nurse's Office

Telephone (401)334-7500 ext. 1131 Fax (401)334-8753

Physical Examination Requirements for Children Entering Lincoln High School

In accordance with the Rhode Island Department of Health Rules and Regulations is as follows:

Every student who has not been previously enrolled in a public or non-public school in this state shall have a medical history and physical examination completed. This examination shall be conducted in the twelve (12) months preceding the date of school entry, but if not, it shall be completed within six (6) months of school entry.

A second general health examination and health clearance will be required upon entry to the seventh (7th) grade. This general health examination may be performed during the sixth (6th) grade, but no later than six (6) months after entry into the seventh (7th) grade.

Effective August 1, 2015, a third general health examination and health clearance will be required upon entry to the twelfth (12th) grade. This general health examination shall be performed after the student turns sixteen (16) years of age, and no later than six (6) months after the student enters the twelfth (12th) grade.

Said general health examinations shall be a complete, age-appropriate history and physical examination, assessing the health and well-being of the child and evaluating any challenges to the child's success in school and school-related activities.

These general health examinations shall be conducted by the student's family physician, a physician's assistant under the physician's supervision, or a certified registered nurse practitioner. If there is no evidence that the appropriate general health examination has been performed, the school system shall make provisions for said examination by the end of the school year in which it is required.

Each school system may require additional health examinations, in order to ensure the mental and physical health of each child to participate in classroom, athletic, or special activities sponsored or conducted by the school.

Student-Athletes

The Lincoln School Department policy requires student-athletes to have a physical examination prior to participation in athletic competition. This examination is valid for one (1) year and must be performed by the student-athlete's primary care provider.

Please have your primary care provider complete the physical form and return the Original copy to the school nurse/teacher.

Immunization Requirements for All Children Entering High School

In accordance with the Rhode Island Department of Health *Rules and Regulations Pertaining to Immunization and Testing for Communicable Diseases* (R23-1-IMM), all children entering the 9th grade are required to have the following immunizations:

- Booster dose of Tdap (tetanus, diphtheria, pertussis) vaccine, if it has been 5 years or more since the last dose of diphtheria-tetanus containing vaccine
- Four (4) doses of Polio vaccine
- Two (2) doses of MMR vaccine (Measles, Mumps, Rubella)
- Three (3) doses of Hepatitis B vaccine
- Two (2) doses of Varicella (chickenpox) vaccine received or a statement signed by your child's doctor stating that your child has a history of chickenpox disease
- One (1) dose of Meningococcal conjugate (Meningitis-MCV4) vaccine
- ****All students entering 12th grade, will be required to have a booster dose of MENINGOCOCCAL vaccine (MCV4) given on or after their 16th birthday
- ****HPV Vaccine-

Beginning August 1, 2017, all students entering Ninth (9th) grade shall be required to have completed the HPV vaccine series (3 doses)

***Adolescents 14 years old upon entering 9th grade who have already received two doses of HPV vaccine at least 6 months apart, per the recommendation, will not be required to have a third dose

***Adolescents 14 years old upon entering 9th grade who have already received two doses of HPV vaccine given less than 5 months apart, will be required to have a third dose

***Adolescents 15 years old upon entering 9th grade will be required to have three (3) doses

All children entering 7th and 12th grade are required to have a physical exam. This is the perfect opportunity to review your child's immunizations with the doctor to ensure your child is protected from all vaccine-preventable diseases.

This general health examination shall be performed after the student turns sixteen (16) years of age, and no later than six (6) months after the student enters the twelfth (12th) grade.