

512 SE 3<sup>RD</sup> Street, Ocala FL 34471 • PO Box 670  
(352) 671-7700 • (352) 671-7788 • www.marionschools.net  
FRS (800) 955-8770 • (800) 955-8771 (TTY)

El Estatuto de la Florida # 837.06 indica que cualquier persona que haga una declaración falsa a propósito y con intenciones de engañar a un funcionario público en este documento será culpable de un delito menor ("misdemeanor") del segundo grado. Si usted falsifica su residencia al matricular a su niño, será referido a las autoridades para comenzar un proceso legal.

- ⇒ Para ingresar en Kindergarten, los niños **DEBEN** haber cumplido los 5 años el 1 de septiembre o antes.
- ⇒ Para ingresar en el Primer Grado, los niños **DEBEN** haber cumplido los 6 años el 1 de septiembre o antes Y tienen que demostrar documentación de haber completado el Kindergarten exitosamente y satisfactoriamente.

**Para inscribir a su niño en la escuela, se necesita la siguiente documentación además del solicitud inicial de registro:**

1. Verificación de edad (UNO de los siguientes):
  - a. Partida de nacimiento certificada (**Requerida para el Pre- Kindergarten y Kindergarten**) -- Ningunas fotocopias serán aceptadas (la escuela hará la fotocopia del original)
  - b. Póliza de seguro
  - c. Pasaporte
  - d. Expediente de la escuela
  - e. Certificado de bautismo, acompañado por la declaración jurada ("*affidavit*") del padre o madre
  - f. Expediente auténtico de la Biblia, acompañado por la declaración jurada del padre o madre
2. Prueba de residencia (UNO de los siguientes conjuntos de documentos):
  - a. Copia de la hipoteca o del arriendo/contrato de alquiler Y una copia de la cuenta de electricidad reciente (no puede tener más de dos meses) que esté dirigida al nombre del padre/madre/guardián
  - b. Copia de la cuenta de electricidad reciente (no puede tener más de dos meses) que esté dirigida al nombre del padre/madre/guardián Y la declaración jurada ("*affidavit*") del dueño de la propiedad donde usted viva que verifique tal residencia
  - c. Declaración jurada ("*affidavit*") de la cabeza de familia E hipoteca o contrato de alquiler en el nombre de la cabeza de familia Y una copia de la cuenta de electricidad reciente (no puede tener más de dos meses) que esté dirigida al nombre del padre/madre/guardián
3. Prueba de inmunizaciones/vacunas:
  - a. DEBE de estar en la Forma 680 de las Inmunizaciones del Estado de la Florida
  - b. Prueba de todas las inmunizaciones/vacunas que fueron efectuadas fuera del Estado de la Florida DEBEN ser transferidas a una *Forma 680*
4. Prueba del *Examen Físico*:
  - a. DEBE ser fechado no más de 12 meses antes del primer día de la inscripción en una escuela pública de la Florida Y
  - b. DEBE ser firmado y fechado por un médico
5. Historia Escolar/Académica (proporcione uno o todos de los siguientes documentos):
  - a. El último (o el más reciente) boletín de notas
  - b. Transcrito o relato de notas
  - c. Forma de retiro de la última escuela ("*withdrawal form from the last school attended*")
  - d. Información sobre programas de *Educación Especial*
6. Documentación Legal: Si usted NO es el guardián legal o el padre de custodia residencial del estudiante o si hay una decisión de la *Corte* con respecto al difundir información relacionada a órdenes de custodia, de alejamiento, etc., la *Ley Estatal de la Florida* REQUIRE que uno de los siguientes documentos sean sometidos para la inscripción o matrícula escolar:
  - a. Documentación de custodia de la *Corte* que indique detalles y especificaciones
  - b. Carta de Colocación ("*Placement Letter*") del *Departamento de Niños y Familias* ("*Department of Children and Families*")
  - c. Tutoría Educacional ("*Educational Guardianship*") – Documentos certificados ante un Notario Publico verificando que el padre/madre/guardián legal del estudiante está encarcelado(-a)
7. Formulariodes Información Médica y de Emergencia (eCHN06)

512 SE 3<sup>RD</sup> Street, Ocala FL 34471 • PO Box 670  
Main (352) 671-7700 • www.marionschools.net  
FRS (800) 955-8770 • (800) 955-8771 (TTY)

## INFORMACION DEL ESTUDIANTE: *ESCRIBA EN LETRA LEGIBLE*

Apellido:		Nombre:		Segundo Nombre:		Jr., Etc.:	
Fecha de Nacimiento:     /     /		Grado:		Edad:		Genero: <input type="checkbox"/> Femenina <input type="checkbox"/> Masculino	
Ciudad de Nacimiento:		Condado de Nacimiento: (Si aplica)		Estado de Nacimiento : (Si aplica)		País de Nacimiento:	

## ESTADO MIGRATORIO / FALTA DE VIVIENDA / MILITAR

\*¿Tiene este estudiante estado migratorio?  Sí  No / Si responde que “sí”, se requiere información adicional.

\*¿Es el estudiante considerado “falta de vivienda”?  Sí  No / Si responde que “sí”, por favor explique \_\_\_\_\_

\*¿Se mudó este estudiante al *Distrito Escolar de Marion* este año debido a un huracán?  Sí  No

\*¿Se mudó este estudiante al *Distrito Escolar de Marion* este año debido a un terremoto?  Sí  No

\*¿Se mudó este estudiante a este distrito este año desde fuera de la Florida debido al incidente de derrame de petróleo en el Golfo de México?  Sí  No

\*¿El padre, la madre, o el guardián legal del estudiante cumplen con uno de los siguientes?

Si  No Es un miembro activo del servicio militar.

Si  No Es un miembro o veterano retirado, severamente herido o separado del servicio militar por razones médicas.

Si  No Fue un miembro activo del servicio militar fallecido en batalla.

Si  No Fue un miembro activo del servicio militar que falleció como resultado de heridas obtenidas en batalla después de un año de servicio.

## DIRECCIÓN RESIDENCIAL:

Dirección:	Número de Apto #:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:
------------	-------------------	---------	---------	----------------

## DIRECCIÓN POSTAL: (Si es diferente)

Dirección:	Número de Apto #:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:
------------	-------------------	---------	---------	----------------

**HISTORIAL ESCOLAR: Mencione la escuela anterior asistida.**

Nombre de la escuela:	Ciudad:	Condado:	Estado/País:
-----------------------	---------	----------	--------------

**OTROS NIÑOS (de edad escolar):**

Nombre:	Grado:	Nombre:	Grado:	Nombre:	Grado:
---------	--------	---------	--------	---------	--------

**INFORMACIÓN MÉDICA:**

Recogemos información médica y de emergencia con la forma de Información Médica y de Emergencia (eCHN06). Esta forma debe ser actualizado cada año por uno de los padres o tutores. Yo comprendo que algunos registros educacionales de mi niño(a) van a ser compartidos por los colaboradores médicos del distrito según sea necesario para poder proveer y evaluar los servicios médicos para los estudiantes. También comprendo y estoy de acuerdo con que los registros de tratamientos creados por personal médico en la escuela puedan ser compartidos con oficiales escolares y con agentes que tengan un propósito educacional legítimo. Yo comprendo y estoy de acuerdo en que, si mi niño(a) llegara a ser elegible para beneficios de *Medicaid*, aquellos servicios reembolsables serán facturados a *Medicaid*.

En caso de un accidente o una enfermedad grave durante el día escolar, solicito que la escuela me contacte. Por la presente, autorizo que en caso de emergencia la escuela transporte a mi niño(a) por medio de *Servicios de Emergencia Médica* al hospital y que el tratamiento necesario sea proporcionado. ***Yo comprendo que seré responsable de todos los gastos relacionados. Yo comprendo que es responsabilidad del padre o guardián el notificar a la escuela en caso de que alguna de esta información cambie durante el año.***

\_\_\_\_\_  
*Iniciales de los padres*

**ALERTAS DE CUSTODIA:**

(Mencione algún problema especial de custodia. *Los documentos legales apropiados deben de proporcionados para el expediente acumulativo del estudiante.*)

**CONTACTOS:** (Al dar esta información, por favor tenga en cuenta que la escuela les notificara en el orden que ha escrito los contactos.)

**CONTACTO CON LOS PADRES:**

¿TIENE CUSTODIA LEGAL? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿VIVE CON EL ESTUDIANTE? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Recogerá al estudiante de la escuela? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Relación al estudiant:		Apellido:		Primer Nombre:	
Teléfono residencial: ( )		Teléfono del trabajo: ( )		Teléfono celular: ( )	
				Otro: ( )	
Dirección :		Ciudad:		Estado:	
				Código postal:	
Correo electrónico:			Lugar de empleo:		

**CONTACTO CON LOS PADRES:**

¿TIENE CUSTODIA LEGAL? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿VIVE CON EL ESTUDIANTE? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Recogerá al estudiante de la escuela? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Relación al estudiante:		Apellido:		Primer Nombre:	
Teléfono residencial: ( )		Teléfono del trabajo: ( )		Teléfono celular: ( )	
				Otro: ( )	
Dirección:		Ciudad		Estado:	
				Código postal:	
Correo electrónico:			Lugar de empleo:		

**CONTACTOS ADICIONALES (opcional):**

¿RECOGERÁ AL ESTUDIANTE DE LA ESCUELA? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Relación al estudiant:		Apellido:		Primer nombre:	
Teléfono residencial: ( )		Teléfono de trabajo: ( )		Teléfono celular: ( )	
				Otro: ( )	
Dirección:		Ciudad:		Estado:	
				Código postal:	
Correo electrónico:			Lugar de empleo:		

**CONTACTOS ADICIONALES (opcional):**

¿RECOGERÁ AL ESTUDIANTE DE LA ESCUELA? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Relación al estudiante:		Apellido:		Primer nombre:	
Teléfono residencial: ( )		Teléfono de trabajo: ( )		Teléfono celular: ( )	
				Otro: ( )	
Dirección:		Ciudad:		Estado:	
				Código postal:	
Correo electrónico:			Lugar de empleo:		

**INFORMACIÓN ADICIONAL DEL ESTUDIANTE:**

<b>1) ¿Alguna vez ha asistido a una escuela pública del Condado Marion?</b> (Incluyendo Pre-K y Kinder)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<b>6) ¿Ha sido el estudiante expulsado de algún otro Distrito escolar? Si respondió "sí", por favor, explique.</b>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<b>2) ¿Alguna vez ha asistido a VPK (programa Voluntario Pre-K) (No PK ESE)?</b> Si la respuesta es Sí:	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No		<b>7) ¿Alguna vez el estudiante ha sido retirado de otra escuela para evitar ser expulsado?</b> En caso afirmativo, por favor explique.	<input type="checkbox"/> Sí
<b>2a.</b> Por favor marque <input type="checkbox"/> <b>VPK Privado</b> o <input type="checkbox"/> <b>escuela pública del Condado de Marion</b> <b>2b.</b> Por favor marque <input type="checkbox"/> <b>Programa de Verano</b> o <input type="checkbox"/> <b>Programa del año escolar</b>			<b>8) ¿Ha tenido el estudiante alguna vez un arresto que se ha traducido en cargos? Si respondió "sí", por favor, explique.</b>		<input type="checkbox"/> Sí
<b>3) ¿Alguna vez ha participado el estudiante en el programa H.I.P.P.Y.?</b>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No		<b>9) ¿Ha repetido algún grado?</b> Si responde que "sí", especifique qué grado o grados repitió.	<input type="checkbox"/> Sí
<b>4) ¿Ha sido el estudiante matriculado o está matriculado en un Programa de Educación Especial?</b> Si ha sido matriculado, por favor mencione todos los programas y servicios previos y corrientes.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<b>5) ¿Pertenece este estudiante a la Sección 504?</b>		<input type="checkbox"/> Sí

**ACCESO AL SISTEMA Y NORMA DE USO DE LA RED DE INTERNET**

Como padre o guardián legal del estudiante ya mencionado, yo he leído las *Normas y Reglas Adecuadas de Uso* (de la *Red de Internet*) y comprendo que el acceso al sistema es diseñado para propósitos educativos. La *Junta Escolar* no es responsable de ningún reclamo o daño que pueda ocurrir por el uso al sistema (de *Red de Internet*) de la *Junta Escolar* por mi niño(a). Yo comprendo que la *Junta Escolar* y su personal estarán libres e inmunes de todo reclamo y daño de cualquier naturaleza que haya sido causado por el uso o inhabilidad de uso (de la *Red de Internet*) de mi niño(a). Le doy permiso a mi hijo(a) a utilizar el sistema (de la *Red de Internet*) para propósitos educacionales consistentes con las normas y reglas de la *Junta Escolar del Condado de Marion*. Este acuerdo se mantendrá en efecto hasta que la escuela reciba notificación por escrito revocando este permiso.

**Yo doy**                       **Yo no doy**      permiso para que él/ella tenga acceso a la Red de Internet, Red Mundial de Web, y Correo Electrónico.

**Por la presente declaro y bajo la pena de perjurio en conforme a 28 U.S.C. § 1746(2), que la información aquí dada es verdadera y correcta.**

**Nombre del Padre/Guardián (con letra de molde):** \_\_\_\_\_

**Firma del Padre/Guardián:** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

## AFFIDAVIT DE RESIDENCIA

512 SE 3<sup>RD</sup> Street, Ocala FL 34471 • PO Box 670  
(352) 671-7700 • www.marionschools.net  
FRS (800) 955-8770 • (800) 955-8771 (TTY)

Estado de Florida

Condado de \_\_\_\_\_

Ante mí y en este día compareció en persona

\_\_\_\_\_  
Nombre del dueño o arrendatario (**letra de molde**)

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Dirección

\_\_\_\_\_  
Ciudad

quien, bajo juramento declara y dice que:

-----  
La residencia permanente de \_\_\_\_\_ es

\_\_\_\_\_  
**Nombre del padre o guardián**

\_\_\_\_\_  
Dirección

\_\_\_\_\_  
Ciudad

También residen en la misma dirección:  
(Nombres de niños en edad escolar)

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

-----  
Juramentado y suscrito ante mí este día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_.

Produjo identificación en la forma de:

\_\_\_\_\_  
Tipo de identificación producida

\_\_\_\_\_  
Firma del Notario Público

Mi comisión se vence: \_\_\_\_\_

**...cualquier persona que haga un juramento falso ante un notario público será culpable de perjurio y sujeto a las penalidades, decomisos y discapacidades que están prescritas por ley en casos de perjurio deliberado y corrupto.**

History-September 13, 1822; RS 219; GS 304; RGS 415; CGL 481; s. 20, ch. 73.334

## INFORMACIÓN MÉDICA DEL ESTUDIANTE

512 SE 3<sup>RD</sup> Street, Ocala FL 34471 • PO Box 670  
(352) 671-7700 • www.marionschools.net  
FRS (800) 955-8770 • (800) 955-8771 (TTY)

*Este formulario debe ser completado anualmente solamente por el padre o el guardián.  
Favor de notificar la escuela en caso de algún cambio en la información del estudiante durante el año  
escolar.*

### INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE: *ESCRIBA CON LETRA LEGIBLE.*

Número Escolar de Estudiante: \_\_\_\_\_  
Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Segundo Nombre: \_\_\_\_\_ Jr., II, etc.: \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DE PADRES / TUTORES:

Madre/Guardián: \_\_\_\_\_ Teléfono Residencial: \_\_\_\_\_  
(Apellido, Nombre)  
Teléfono del Trabajo: \_\_\_\_\_ Teléfono Celular: \_\_\_\_\_  
Padre/Guardián: \_\_\_\_\_ Teléfono Residencial: \_\_\_\_\_  
(Apellido, Nombre)  
Teléfono del Trabajo: \_\_\_\_\_ Teléfono Celular: \_\_\_\_\_

***Toda la información de contacto de padres/tutores DEBE ser verificada y actualizada por el padre/tutor usando Skyward Family Access, si no tiene una cuenta, comuníquese con la oficina de la escuela.***

### CONDICIONES DE SALUD Y / O NECESIDADES QUE REQUIEREN ASISTENCIA MÉDICA EN LA ESCUELA: (Marque todo lo que corresponda)

NINGUNA – El estudiante no tiene condición (es) de salud conocida (s) o necesidad médica (s)

<input type="checkbox"/> Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad (ADHD/ADD)	<input type="checkbox"/> Diabetes tipo 1
<input type="checkbox"/> Alergias con riesgo de muerte (Especifique) _____	<input type="checkbox"/> Diabetes tipo 2
<input type="checkbox"/> Alergias sin riesgo de muerte (Especifique) _____	<input type="checkbox"/> Tubo de alimentación (Especificar Tipo) _____
<input type="checkbox"/> Asma – Historia de Asma SOLAMENTE <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Hipoglucémico
<input type="checkbox"/> Autismo (ASD)	<input type="checkbox"/> Trastorno del riñón (Especifique) _____
<input type="checkbox"/> Enfermedad hemorrágica	<input type="checkbox"/> Lupus (SLE)
<input type="checkbox"/> Parálisis cerebral	<input type="checkbox"/> Trastornos mentales o conductuales (Especifique) _____
<input type="checkbox"/> Cáncer (Especifique) _____	<input type="checkbox"/> Trastorno convulsivo/Epilepsia
<input type="checkbox"/> Condiciones cardíacas (Especifique) _____	<input type="checkbox"/> Enfermedad de Célula falciforme
<input type="checkbox"/> Enfermedad de Crohn	<input type="checkbox"/> Espina bífida
<input type="checkbox"/> Fibrosis quística	<input type="checkbox"/> Traqueostomía
	<input type="checkbox"/> Otro: _____

Servicios médicos necesarios en la ESCUELA: *(Autorización de padre/guardián y orden médica requerida)*

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

USO EXCLUSIVO DE LA ESCUELA: Received by \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ Reviewed by nurse \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_  Comments on back

#### Yo comprendo y estoy de acuerdo con lo siguiente:

- Los registros e información de mi niño(a) pueden ser compartidos con colaboradores médicos de la Junta Escolar según sea necesario para proveer y evaluar los servicios médicos.
- Si mi niño(a) es elegible para Medicaid, aquellos servicios reembolsables serán facturados a Medicaid y la información y registros de mi niño(a) pueden ser proporcionados a Medicaid, y/o a los agentes de procesamiento de Medicaid para la Junta Escolar, y/o a los colaboradores médicos de la Junta Escolar. Se puede revocar el consentimiento de facturación en cualquier momento. Si decida revocar consentimiento de facturación de Medicaid, continuarán proveyendo los servicios sin costo.
- En caso de emergencia, mi niño(a) puede ser transportado a un hospital por los Servicios de Emergencias Médicas, y tratamiento médico puede ser proporcionado. Yo soy responsable por los cargos del transporte y del tratamiento médico.
- Mi hijo (a) participará en el Programa de Servicios de Salud Escolar, si deseo que mi hijo (a) deje de participar en cualquier Servicio de Salud Escolar, enviaré una notificación por escrito al Director de la escuela. Para obtener más información sobre nuestro programa de servicios de salud escolar, visite [www.marionschools.net/HealthServices](http://www.marionschools.net/HealthServices)

Nombre del médico (impresión): \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre del Padre/Guardián (impresión): \_\_\_\_\_

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