FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN COORDINADA POR ESTUDIANTES DE LA JUNTA ESCOLAR DE LA PARROQUIA DE IBERVILLE

58030 Plaquemine Street • Plaquemine, LA 70764 Teléfono: 225.687.4341 • Fax: 225-687-5408•

Año escolar_____-_____

Nombre _____ **fecha de nacimiento del estudiante** _____

Sitios basados en el cuidado de niños en la primera infancia: (Marque la casilla de su elección)

☐**Centro de aprendizaje A Garden of Angels**◆78045 Wheelock Lane◆ Maringouin, LA 70757◆ 225.625.2245 ◆**Propietario: Xavier Anderson**

☐**Centro de Cuidado Infantil Holmes House**◆56511 Breaux Street◆Bayou Goula, LA 70788◆ 225. 545.2527◆**Propietario: Juanita Williams**

☐**De las cunas a las aulas**◆57951 Barrow Street◆Plaquemine, La 70764◆225.687.9250◆**Propietario: Raymond Smith, Jr.**

☐**Precious Tots**◆24819 Dennis Street◆Plaquemine, LA 70764◆225.687.0998◆**Propietario: Joann Bosley**

☐**Centro de Aprendizaje Universitario para Niños**◆23725 Ephriam Street◆Plaquemine, LA 70764◆225.385.4716◆**Propietario: Tyiesha Fuertes**

☐**Centro de Cuidado Infantil Bright Star**◆24400 Sebastian Street◆Plaquemine, LA 70764◆225.238.2139◆**Propietario: Rockeisha Walker**

☐**Centro de Cuidado Infantil Honey Bee**◆32850 Bowie Street◆White Castle, LA 70788◆225.716.8066◆**Propietaria Barbara Batiste**

☐**Centro de Aprendizaje True Care**◆24915 B, LA-1◆Plaquemine, LA 70764◆225.238.5058◆**Propietario: Kevin Snaril**

☐**Chiefcornerstone Daycare Center**◆58830 Annex Street◆Plaquemine, LA 70764◆225.386.3700◆**Propietario: Sondra Washington**

☐**Greater Bridge Academy 2195 Besson Lane** ◆St. Gabriel, LA 70776◆225.314.4056◆**Propietarios: Felicia & Lontarris Williams**

Sitios de la escuela primaria: (Marque la casilla de su elección).

☐Academia de Matemáticas, Ciencias y Artes del Oeste (PK3-12)

☐Academia de Matemáticas, Ciencias y Artes del Este (PK3-12)

☐Escuela Primaria East Iberville (PK3-6)

☐Escuela Primaria Crescent (PK3-6)

☐Primaria North Iberville (PK3-6)

☐Escuela Primaria Dorseyville (PK3-6)

☐Escuela Primaria Iberville (PK3-6)

Sitios de la escuela secundaria: (Marque la casilla de su elección).

☐Escuela Secundaria Plaquemine (7-12)

☐Escuela Secundaria White Castle (7-12)

☐ Escuela Secundaria East Iberville (7-12)

☐Academia STEM de Iberville (6-12)

☐North Iberville High/Academia STEM (7-12)

Los estudiantes no están oficialmente inscritos hasta que se reciban TODOS los documentos requeridos.

- ✓ **Los sitios basados en el cuidado infantil temprano requieren:** certificado de nacimiento, tarjeta de seguro social, vacunas actualizadas.
- ✓ **Los sitios basados en la escuela de la primera infancia requieren**: certificado de nacimiento, tarjeta de seguro social, vacunas actualizadas, copia de la tarjeta de seguro, 3 comprobantes de residencia, comprobante de ingresos, formularios dentales y físicos completos.
- ✓ **Los sitios de la escuela secundaria requieren**: Certificado de nacimiento, tarjeta de seguro social, vacunas actualizadas, 3 comprobantes de residencia.

Nivel de grado: (Círculo uno) Edad infantil 1 edad 2 PK3 PK4 K 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

Sitio de la Escuela Anterior: _____

Información del estudiante:

Nombre del estudiante: _____

Último Primer Medio

Edad: _____ Sexo: ☐Masculino ☐ Femenino

Fecha del estudiante de Birth: _____

Mes Fecha Año

Lugar de Birth_____

Número de Seguro Social del Estudiante: _____-____-_____

Origen étnico del estudiante: (Check One)

___American indian __English

___Asian o isleño del Pacífico

___Black

___Hispanic ___Yes

___White

___Latino

Idioma dominante del estudiante (Check One)

__Non-Inglés

¿Su hijo habla algúnidioma?

___ No En caso afirmativo, what_____

En caso de un contacto de emergencia:

Nombre: _____

Información médica:

Nombre del médico de cabecera: _____

Nombre del dentista primario: _____

Alergias conocidas: _____

Información médica adicional:

_____

_____

_____

Información educativa:

¿Su hijo ha repetido un grado?

☐No ☐Yes_____

¿Su hijo tiene una evaluación actual o IEP para recibir servicios de necesidades especiales?

☐ No

☐ **Sí** (marque uno) _____Speech _____OT ____PT _____APE ___Special Instrucción

¿Tiene alguna preocupación con respecto al desarrollo o comportamiento de su hijo?

☐No

☐Sí, por favor explique: _____

Información de padres/tutores:

Nombre principal del padre/tutor: _____

Relación con el niño: _____

Número de teléfono de la casa: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____

Dirección postal: _____

Dirección de correo electrónico:_____

Nivel más alto de educación: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

Graduado de la escuela secundaria GED Algunos graduados de la universidad universitaria

¿Actualmente empleado? ☐ Sí ☐ No Employment Estado: tiempo _____Full ____Part tiempo

Empleador y número de teléfono: _____

Nombre secundario del padre/tutor: _____

Relación conChild_____ Etnia: _____

Número de teléfono de la casa: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____

Dirección postal: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Nivel más alto de educación: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

Graduado de la escuela secundaria GED Algunos graduados de la universidad universitaria

¿Actualmente empleado? ☐ Sí ☐ No Empleo: _____Full tiempo ____Part

Empleador:_____

Número de teléfono: _____

Miembros del hogar:

	Nombre	DOB	Relación con el estudiante	Empleado/En la escuela

1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

Número de Adults_____ Número de Size_____ familiares Children_____

ACUERDO: Entiendo que debo reportar cualquier cambio que afecte a mi hijo dentro de los diez días hábiles posteriores al cambio. Entiendo que proporcionar información falsa estásujeto asanciones en virtud de la ley. Certifico que toda la información dada es verdadera y correcta a mi leal saber y entender.

Firma de los padres _____

SOLO PARA USO EN LA OFICINA

Fecha received_____ **hora recibida** _____

45 días completos _____ **90 días Complete**_____

Estado de la comida: Paying reducido gratis

Código de financiación: HS 8G LA4 CCAP B-3

Signature_____ **de empleados de IPSB**

DEPARTMENT of EDUCATION
Louisiana Believes

Formulario del cuestionario de residencia de estudiantes de Louisiana

(El formulario se debe incluir en el Paquete de inscripción escolar)

Fecha: _____ LEA: _____ Nombre de la escuela: _____

Nombre del estudiante: _____ No. de 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 la finalidad de abordar 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 para la Educación de Individuos con Discapacidades (IDEA, por sus siglas en inglés) y/o Título IX, Parte A, Ley Federal McKinney-Vento de Asistencia, 42 U.S.C.11435. La elegibilidad se puede determinar completando este cuestionario. Es ilegal hacer declaraciones falsas o sabiendas en este formulario. Si es elegible, los estudiantes se deben inscribir de inmediato de acuerdo con el Boletín 741, sección 341.*

1. ☐ SÍ ☐ NO ¿Es la dirección del estudiante un arreglo de vivienda temporal? (Nota: Si esta es un arreglo de vivienda permanente o si la familia es propietaria o renta su hogar, firme bajo el artículo 9 y envíe el formulario al personal de la escuela).
2. ☐ SÍ ☐ NO ¿Se debe el arreglo de vivienda temporal a la pérdida de su hogar o dificultades económicas?
3. ☐ SÍ ☐ NO ¿Tiene el estudiante una discapacidad o recibe algún servicio relacionado con la educación especial? (Marque uno).
4. ¿En dónde vive el estudiante ahora? (Marque todos los que apliquen).

   ☐ En un albergue de emergencia/temporal.
   ☐ Temporalmente con otra familia porque no podemos pagar o encontrar una vivienda asequible.
   ☐ Con un adulto que no es uno de los padres, tutor legal o solo sin un adulto.
   ☐ En un vehículo de cualquier tipo, paradero de casas rodantes o campamento sin agua corriente/electricidad, edificio abandonado o viviendas de calidad inferior.
   ☐ Alojamiento de emergencia (es decir, Remolque de FEMA o Asistencia de alquiler de FEMA).
   ☐ En un hotel/motel. ☐ Otro, informacióne specifique: _____

5. ☐ SÍ ☐ NO ¿Presenta el estudiante algún comportamiento que pueda interferir con su desempeño académico?
6. ¿Le gustaría recibir asistencia para los uniformes, registros del estudiante, artículos escolares, transporte, otro? (Describa): _____
7. ☐ SÍ ☐ NO Inmigrante: ¿Se ha cambiado en algún momento durante los últimos tres (3) años para buscar un trabajo temporal o estacional en agricultura (incluyendo, procesamiento de aves de corral, productos lácteos, viveros y madera) o la pesca?
8. ☐ SÍ ☐ NO ¿Tiene hermanos o hermanas el estudiante? Nota: Use el reverso de la página si necesita más espacio.
   Nombre _____ Escuela _____ Grado _____ Fecha de nacimiento _____
   Nombre _____ Escuela _____ Grado _____ Fecha de nacimiento _____
   Nombre _____ Escuela _____ Grado _____ Fecha de nacimiento _____
9. El abajofirmante certifica que la información proporcionada anteriormente es correcta.

_____
Escriba el nombre del Padre/Tutor/Cuidador del estudiante | Firma | Fecha

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

_____
Escriba el nombre del contacto de la escuela | Título | Firma | Fecha

Uso exclusivo de enlace para personas sin hogar – *Marque todas las que correspondan*:

☐ Protegido ☐ Compartida ☐ Sin protección/FEMA/De calidad inferior ☐ Hotel/Motel Joven sin acompañante: ☐ SÍ ☐ NO

Uso de la escuela solamente: ☐ Formulario de alimentos gratuitos o precio reducido enviado/firmado ☐ Copia incluida en el Registro acumulativo del estudiante

03/2019

Encuesta de Idioma principal/en el hogar para todos los estudiantes entrantes nuevos

Los padres o tutores de deben completar la encuesta
TODOS los estudiantes entrantes de K-12.

Información del estudiante:

Nombre: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Apellido: _____ **Fecha de ingreso a la escuela de EE. UU.:** ____

Preguntas para los padres o los tutores	Respuesta
¿Cuál es el(los) idioma(s) más común(es) que se habla(n) en su hogar?	
Qué idioma aprendió su hijo primero?	
¿Qué idioma usa su hijo con más frecuencia en el hogar?	
¿En qué idioma le habla más a menudo a su hijo?	
¿Qué idioma usa su hijo con sus amigos?	

¿Ha recibido su hijo servicios de ESL/EL antes? Sí No

¿En qué idioma preferiría recibir la información de la escuela? _____

_____

Firma del padre o tutor Fecha

Actualizado 01/2020

CHILD HEALTH RECORD: FORM 3, SCREENINGS, PHYSICAL EXAMINATION/ASSESSMENT

CHILD'S NAME: _____ SEX: _____ BIRTHDATE: _____

HEAD START CENTER: _____ PHONE: _____

ADDRESS: _____

PART I. TO BE COMPLETED BY HEAD START STAFF OR HEALTH CARE PROVIDER BEFORE PHYSICAL EXAMINATION/ASSESSMENT

1. RELEVANT INFORMATION *(from Health History, Parent/Teacher Observations)*

2. SCREENING TESTS. *Starred items (*) are required by Head Start and recommended by the American Academy of Pediatrics for children 3-5 years. Enter dates if done previously. When recording results, enter at a minimum "N", "S", or "A" for NORMAL, SUSPECT, OR ATYPICAL/ABNORMAL, respectively.*

TEST	DATE	RESULTS	TEST	DATE	RESULTS
a. PRESENT AGE*		____Yrs. ____Mos.	g. VISION (Type of Test)* _____		
b. HEIGHT (no shoes, to nearest 1/8 in.)*			ACUITY, R/L _____		
c. WEIGHT (light clothing to nearest 1/4 lb.)*			RESCREENING _____		
			STRABISMUS _____		
d. BLOOD PRESSURE			COMMENTS		
e. HEMATOCRIT or HEMOGLOBIN*			h. OTHER TESTS (if indicated)		
f. HEARING (Type of Test)* _____			(1) TB _____		
RESULTS, R/L _____			(2) Sickle Cell _____		
RESCREENING _____			(3) Lead _____		
COMMENTS			(4) Ova & Parasites _____		
			(5) Urinalysis _____		
			(6) Other _____		

PART II. TO BE COMPLETED BY HEALTH CARE PROVIDER DURING AND AFTER PHYSICAL EXAMINATION/ASSESSMENT

3. PHYSICAL EXAMINATION/ASSESSMENT. *Complete and return top three copies to Head Start.*

	NORMAL FOR AGE	ABNORMAL	NOT EVAL	COMMENTS (Use Additional sheet if necessary)
a. GENERAL APPEARANCE				
b. POSTURE, GAIT				
c. SPEECH				
d. HEAD				
e. SKIN				
f. EYES: (1) External Aspects				
(2) Optic Fundoscopic				
(3) Cover Test				
g. EARS: (1) External & Canals				
(2) Tympanic Membranes				
h. NOSE, MOUTH, PHARYNX				
i. TEETH				
j. HEART				
k. LUNGS				
l. ABDOMEN (include hernia)				
m. GENITALIA				
n. BONES, JOINTS, MUSCLES				
o. NEUROLOGICAL/SOCIAL				
(1) Gross Motor				
(2) Fine Motor				
(3) Communication Skills				
(4) Cognitive				
(5) Self-Help Skills				
(6) Social Skills				
p. GLANDS (Lymphatic/Thyroid)				
q. MUSCULAR COORDINATION				
r. OTHER				

s. GENERAL STATEMENT ON CHILD'S PHYSICAL STATUS

Signature: _____ Date _____

4. FINDINGS, TREATMENTS, AND RECOMMENDATIONS

ABNORMAL FINDINGS/DIAGNOSIS	TREATMENT PLAN	RECOMMENDED FOLLOW-UP OR RESULTS *(initial when complete)*	DATE
a.			
b.			
c.			
d.			

CHILD HEALTH RECORD: FORM 5, DENTAL HEALTH

(COMPLETE AT INTERVIEW)

CHILD'S NAME: _____ SEX: _____ BIRTHDATE: _____

HEAD START CENTER: _____ PHONE: _____

ADDRESS: _____

1. IS THE CHILD NOW RECEIVING: *If "yes," include length of time receiving fluoride*
   - Topical Fluoride Application? No____ Unknown____ Yes____
   - Fluoridated water? No____ Unknown____ Yes____
   - Fluoride Supplement diet? No____ Unknown____ Yes____
   - (tablets_____, liquid_____)

2. DOES THE CHILD HAVE ANY TROUBLE WITH TEETH, GUMS, OR MOUTH THAN THE PARENT KNOWS ABOUT?

PART I. TO BE COMPLETED BY HEAD START STAFF

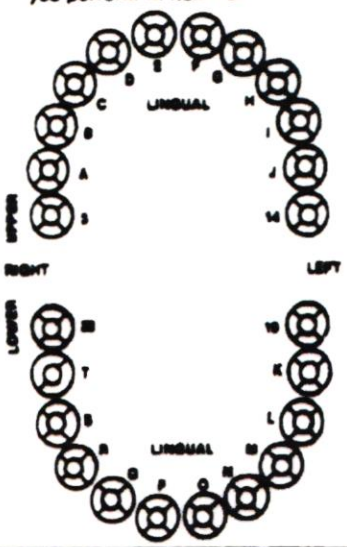
3. CHILD (____HAS, ____HAS NOT) PREVIOUSLY SEEN A DENTIST
   Dentist's name_____ Date last visit_____
4. CHILD (____IS, ____IS NOT) UNDER A PHYSICIAN'S CARE
   Physician's name_____
5. CHILD (____IS, ____IS NOT) RECEIVING MEDICATION
   Type_____
6. CHILD IS REPORTED TO HAVE *(Give details or attach Health History, Form 2A).*

	YES	NO		YES	NO
Allergies	___	___	Liver Dis.	___	___
Asthma	___	___	Rheumatic Fever	___	___
Bleeding	___	___	Sickle Cell Dis.	___	___
Diabetes	___	___	Other (List Below)	___	___
Epilepsy	___	___	_____		
Heart/Vascular Dis.	___	___	_____		

7. SOURCE OF REIMBURSEMENT OR SERVICES
   - ☐ EPSDT/Medicaid
   - ☐ Federal, State, or local Agency _____
   - ☐ Head Start
   - ☐ In-kind Provider_____
   - ☐ Parents/Guardians
   - ☐ Other (3rd Party) _____
8. PRIORITY GROUP
   - ☐ A. Needs Attention Immediately
   - ☐ B. Needs Attention Soon
   - ☐ C. Needs Routine Care

PART II. TO BE COMPLETED BY DENTAL CARE PROVIDER

9. ORAL CONDITIONS BEFORE TREATMENT: *missing (●), decayed (●), or filled (●); indicate restorations you perform in Item 10.*



10. EXAMINATION AND TREATMENT RECORD *(List recommended services in order).*

Tooth # or Letter	Surfaces	Description of Work	Treatment Approved	Date Service Performed MO DAY YR	A.D.A. Procedure Number	Actual Charges (Fee)

11. DENTAL NEEDS *(Check one or more and return 3 copies to Head Start after first visit).*
   - ☐ A. TREATMENT (restoration, pulp therapy, extraction)
   - ☐ B. CLEANING
   - ☐ C. FLUORIDE
   - ☐ D. OTHER
   - ☐ E. NO PROBLEMS

   Approximate number of visits_____ Approximate cost_____

12. CHILD ORAL HEALTH SUMMARY *(Complete and return 2 copies to Head Start after final visit)*
   All planned treatment (____is, ____is not) complete. If not, explain here, as well as items checked.
   _____
   _____
   - ☐ a. Routine recall visits
   - ☐ b. Special home emphasis, oral hygiene
   - ☐ c. Dietary problem(s)
   - ☐ d. Developmental problem(s)
   - ☐ e. Harmful oral habits
   - ☐ f. Needs fluoride supplement

   I certify that I have completed the service(s) listed in Part II, Item 10, and that itemized charges do not exceed my usual and customary fees.

   Signature_____ Date_____

INTERVIEWER: GO TO FORM 6