

**SALISBURY TOWNSHIP SCHOOL DISTRICT
REGISTRATION AND ENROLLMENT FORMS PACKET**



<p>Salisbury Elementary School 1400 Gaskill Avenue Allentown, PA 18103 (610) 791-2800 Fax: (610) 797-9640 Principal: Zac Brem Asst. Principal: Brian Muschlitz</p>	<p>Salisbury Middle School 3300 Devonshire Road Allentown, PA 18103 (610) 791-0830 Fax: (610) 797-9648 Principal: Ken Parliman Asst. Principal: Rob Sawicki</p>	<p>Salisbury High School 500 East Montgomery Street Allentown, PA 18103 (610) 797-4107 Fax: (610-797-1972 Principal: Heather Morningstar Asst. Principal: Ryan Yurchick</p>
---	--	--

Last Updated:
January 24, 2022

STUDENT ENROLLMENT FREQUENTLY ASKED QUESTIONS (FAQ) **(INSCRIPCIÓN DE ESTUDIANTES PREGUNTAS FRECUENTES)**

When and how do I register my student? (*¿Cuándo y cómo registrar a mi estudiante?*)

Appointments are necessary for the registration process. Such appointments are scheduled for Monday to Friday, 9:00 a.m. - 2:00 p.m. Please contact the school in which the student will be enrolling to make an appointment. *(El proceso de registro es por medio de citas. Dichas citas están programadas de lunes a viernes de 9:00 am a 2:00 pm. Comuníquese con la escuela en la que inscriba al estudiante para programar una cita.)*

Do I need to show proof of residency if I live in the district and wish to enroll my children? (*¿Necesito mostrar prueba de residencia si vivo en el distrito y deseo inscribir a mis hijos?*)

Yes. All residents must demonstrate satisfactory proof that they live within the District. They do this by completing the Residency Verification Affidavit, Form R-2 of this packet. A current lease or sales contract for permanent residence is required. Along with this, residents must provide at least one of the additional required documents specified on that form. **We also require a Moving Permit (obtained from Salisbury Township - 610-797-4000).**

Website: <http://www.salisburytownship.org/township-government/department/finance/>
*(Si. Todos los residentes deben demostrar prueba fehaciente de que residen dentro del Distrito en cuestión. Se hace completando la Declaración Jurada de Verificación de Residencia, Formulario R-2 de este paquete. Se requiere un contrato de arrendamiento o venta vigente para la residencia permanente. Junto con esto, los residentes están obligados a proporcionar al menos uno de los documentos requeridos adicionales especificados en este formulario. **También requerimos un permiso de mudanza (se obtiene solicitándolo al municipio de Salisbury - 610-797-4000).***

Can I enroll a student who lives with me if I am a resident but am not the parent or guardian of the student? (*¿Puedo inscribir a un estudiante que vive conmigo si yo soy residente pero no soy el padre o tutor del estudiante?*)

Yes. Residents may enroll students who live in their homes as long as the resident is supporting the child gratis, as if it were the resident's own child, and as long as the student resides with the resident during the entire year, not just during the school term. Such residents will be responsible for all aspects of the student's attendance, including truancy charges and/or financial responsibility for theft/damage/destruction of property, if applicable. *(Si. Los residentes pueden inscribir a estudiantes que vivan en sus hogares siempre y cuando el residente sea responsable de la manutención del niño(a) gratuitamente, como si fuera hijo(a) propio del residente, y siempre que el estudiante reside con el residente durante todo el año, no solo durante el periodo escolar. Dichos residentes serán responsables de todos los aspectos de la asistencia del estudiante, incluidos sanciones por absentismo escolar y/o la responsabilidad financiera por robo/daño/destrucción de la propiedad, si así correspondiese).*

What additional documentation do I need if I am not the parent of a student that I am seeking to enroll? (*¿Qué documentación adicional necesito si no soy el padre del estudiante que estoy tratando de inscribir?*)

A non-parent resident must either show proof of guardianship/dependency, such as legal guardianship documentation (established through the courts) or tax documentation proving the child was a dependent on the resident's tax return. If the resident cannot show documentary proof of guardianship/dependency, he/she must complete the **Gratis Support Affidavit (Form R-3)**, found directly under our Student Enrollment Form on our Website. (*Un residente que no sea el padre debe demostrar prueba de tutela/dependencia, tal como documentación de tutela legal (establecida por de los tribunales) o documentación fiscal que demuestre que el niño es un dependiente en la declaración de impuestos del residente. Si el residente no puede mostrar prueba documental de tutela/dependencia, debe completar la Declaración jurada de dependencia gratuita (formulario R-3), que se encuentra directamente en nuestro Formulario de Inscripción de Estudiantes en nuestro sitio web.*)

In addition to the residency documents, what documentation do I need to copy or bring with me to the registration meeting? (*¿Además de los documentos de residencia, que documentación necesito copiar o traer conmigo a la reunión de registro?*)

Residents must bring the completed applicable forms from this packet as well as birth date verification for each student. Other items that are also required are birth certificate, current immunizations record, current report card and any reports pertaining to your child. (*Los residentes deben completar y traer los formularios que correspondan incluidos en este paquete, así como fecha de nacimiento verificada de cada estudiante. Otros elementos requeridos son certificado de nacimiento, registro de vacunación vigente, boleta de calificaciones actual y cualquier informe relacionado con su estudiante.*)

If my child does not have the required immunizations, can he/she attend school? (*¿Si mi hijo no tiene las vacunas requeridas, puede asistir a la escuela?*)

Immunizations are required by law for all children attending school in Pennsylvania. However, if your child does not yet have all of his/her immunizations, the law does allow for temporary admittance where the first doses of the immunizations have been provided. The building administrator and/or school nurse can discuss this option with you to determine whether your child may be eligible. (*Las vacunas son requerimiento de ley para todos los niños que asisten a la escuela en Pennsylvania. Sin embargo, si su hijo aún no tiene todas sus vacunas, la ley permite la admisión temporal en el mismo sitio donde se administraron las primeras dosis de vacunación. El Director del edificio y/o la enfermera de las escuela puedan analizar esta opción con usted para determinar la elegibilidad de su estudiante.*)

Once my residency is verified, will I ever need to submit additional proof of residency in the future? (*¿Una vez que verifique mi residencia, tendré que presentar alguna prueba adicional de residencia en un futuro?*)

Yes. The District reserves the right to do periodic residency verification updates. This will be part of a non-discriminatory effort on the part of the District to re-verify residency at specific times, such as every two years, every five years, etc. The District may also re-verify residency for all residents if/when its residency verification requirements change. On an individual level, the District may conduct a specific review and/or investigation of residency where it has reason to suspect that an individual claiming residency does not actually reside in the District. In such cases, the District may request additional proof of residency. *(Si. El Distrito se reserva el derecho de exigir actualizaciones periódicas de verificación de residencia. Esto será parte de un esfuerzo no-discriminatorio por parte del Distrito para volver a verificar la residencia en momentos específicos, como cada dos años, cada cinco años, etc. El Distrito también puede volver a verificar la residencia a todos los residentes si/cuando cambian los requisitos de verificación de residencia. A nivel individual, el Distrito puede llevar a cabo una revisión y/o investigación específica de la residencia cuando tenga motivos para sospechar que una persona que reclama la residencia en realidad no vive en el Distrito. En tales casos, el Distrito puede solicitar una prueba adicional de residencia.)*

My spouse and I are separated and live in two different school districts. Which district are our children eligible to attend? *(Mi cónyuge y yo estamos separados y vivimos en dos distritos escolares distintos. ¿A qué distrito pueden asistir nuestros niños?)*

According to District Policy (Bd. Pol. 202 – Residency and Eligibility of Nonresident Students), in the case of the divorce or separation of the parents of a minor, the minor’s residence shall be the residence of the parent with the majority of the physical custody during the school week. In cases where there is a custody agreement, the District will consider the language of the custody agreement, but will ultimately make its residency determination based upon the actual location of the student during the school week. For example, if the custody agreement indicates that the mother has primary physical custody and has custody during the weeknights and weekdays, but the students are actually living with the father during the school week, the father’s residence would be considered to be the students’ place of residence for purposes of school enrollment. *(De acuerdo con la Política del Distrito (Bd. Pol.202-Residencia y elegibilidad de estudiantes no residentes), en el caso de divorcio o separación de los padres de un menor, la residencia del menor será la residencia del padre que tenga la mayoría de la tutela durante la semana escolar. En los casos en que exista un acuerdo de custodia, el Distrito considerará el lenguaje del mismo, pero finalmente tomará una determinación de residencia basada en la ubicación real del estudiante durante la semana escolar. Por ejemplo, se el acuerdo de custodia indica que la madre tiene la tutela física primaria durante las noches y días de la semana, pero los estudiantes realmente viven con el padre durante la semana escolar, la residencia del padre se considera lugar de residencia de los estudiantes para efectos de matriculación escolar.)*

My former spouse and I have a custody agreement wherein I have physical custody of the children during the week. Will the District uphold this agreement and release the children exclusively to me and not my former spouse during the week? *(Mi ex cónyuge y yo tenemos un acuerdo de custodia en el que tengo la custodia física de los niños durante la semana ¿El Distrito mantendrá este acuerdo y entregará a los niños exclusivamente a mi y no a mi ex cónyuge durante la semana?)*

Absent a threat of imminent harm to the student, the District will not withhold a child from his/her lawful parent unless it has documentary proof that the parental rights have been terminated or that there is a protection from abuse order against the parent. Custodial disputes should be settled between the parties in a proper legal venue. *(Salvo una amenaza de daño inminente hacia el estudiante, el Distrito no retendrá la entrega de un niño a su padre/madre legal a menos que exista prueba documental de que los derechos de los padres ha sido revocados o si existiese una orden protectora de abuso al menor la cual involucrarse a los padres. Las disputas de custodia entre los involucrados deberán resolverse en el lugar y ámbito legal adecuados.)*

If I am currently living with someone in the district and do not own the property or pay rent, can my children attend school? *(¿Si actualmente vivo con alguien en el distrito y no soy dueño de la propiedad ni pago el alquiler, pueden mis hijos asistir a la escuela?)*

In order to establish and verify your residence within the Salisbury Township School District, please complete the Multiple Occupancy Form which can be found directly under our Student Enrollment Form on our Website. Please read all instructions carefully. *(Para establecer y verificar su residencia dentro del Distrito Escolar del Municipio de Salisbury, complete el Formulario de Ocupación Múltiple que se puede encontrar directamente en nuestro Formulario de Inscripción de Estudiantes en nuestro sitio web. Lea atentamente todas las instrucciones.)*

If you and your family are currently experiencing homelessness, you may qualify for certain rights and protections under the federal McKinney-Vento Act. Please contact our district social worker, Jill Williams at jwilliams@salisburyasd.org or 610-797-2062 for more information. *(Si usted y su familia se encuentran actualmente sin techo/hogar, es posible que califiquen para ciertos beneficios y protección bajo la ley federal McKinney-Vento. Favor de contactar a nuestra trabajadora social del Distrito, Jill Williams via jwilliams@salisburyasd.org o al 610-797-2062 para obtener más información.)*

FORM R-1: ENROLLMENT/CENSUS INFORMATION
(INFORMACIÓN DE INSCRIPCIÓN/CENSO)

PLEASE PRINT CLEARLY (FAVOR ESCRIBIR EN LETRA DE MOLDE CLARAMENTE)

Please circle all that apply: (Favor de hacer un círculo a todas las que aplican First day of attendance (Primer día de asistencia): _____

Child(ren) live(s) with: **Mother** **Father** **Guardian** Niño(s) viven con: **Madre** **Padre** **Tutor** Processed by _____

Students - Please list the name(s) of ALL child(ren) being registered and living in the home.
 (Estudiantes - Por favor indique el nombre de todos los niño(s) registrados y que viven en el hogar.)

Name (First Middle Last) <i>Nombre (Primero Medio Apellido)</i>	Date of Birth <i>(Fecha de Nacimiento)</i>	Place of Birth <i>(Lugar de Nacimiento)</i>	Grade <i>(Grado)</i>	Gender <i>(Género)</i>	School <i>(Escuela)</i>
				M F	
				M F	
				M F	
				M F	

	Father (Indicate if deceased) <i>Padre (Indique si falleció)</i>	Mother (indicate if deceased) <i>Madre (Indique si falleció)</i>	Guardian (if any) <i>Guardian (si alguno)</i>
Name <i>(Nombre)</i>			
Street Address <i>(Dirección/calle)</i>			
City/State/Zip code <i>(Ciudad/Estado/Código Postal)</i>			
Telephone Number <i>(Número de teléfono)</i>	Home: _____ <i>(Hogar)</i> Cell: _____ <i>(Celular)</i>	Home: _____ <i>(Hogar)</i> Cell: _____ <i>(Celular)</i>	Home: _____ <i>(Hogar)</i> Cell: _____ <i>(Celular)</i>
Occupation <i>(Ocupación)</i>			
Place of Employment <i>(Lugar de Empleo)</i>			
Address of Employer <i>(Dirección del Patrón)</i>			
Phone # of Employer <i>(Teléfono del empleadora)</i>			
Email <i>(Correo Electrónico)</i>			

FORM R-1A: ENROLLMENT/CENSUS INFORMATION
(INFORMACIÓN DE INSCRIPCIÓN/CENSO)

Transferred from: *(Transferido del)*: _____

District *(Distrito)* _____

School _____ City _____ PA _____
(Escuela) (Ciudad) (Estado)

First date of school in U.S.A. _____ First date of school in PA _____
(Primera fecha de escuela en E.U.A.) (Primera fecha de escuela en PA)

Has the student attended any United States school in any 3 years during his/her lifetime? Yes ___ No ___
(¿El estudiante ha asistido a cualquier escuela en Estados Unidos en cualquiera de 3 años durante su vida?)

If **yes**, complete the following: *(Si la respuesta es sí, complete lo siguiente):*

Name of School *(Nombre de la escuela)* _____ State *(Estado)* _____ Dates Attended *(Fechas que asistió)* _____

Ethnicity: Circle One (This is required for State and Federal reporting; may not be left blank)
(Etnicidad: Circle uno (Esto es requerido para informe del Estado y Federal; no puede dejarlo en blanco))

American Indian <i>Indio Americano</i>	Black or African American <i>Negro o Africano Americano</i>	Hispanic <i>Hispano</i>	White <i>Blanco</i>	Multi-Racial <i>Raza-Mezclada</i>	Asian <i>Asiático</i>	Native Hawaiian or Pacific Islander <i>Hawaiano Nativo o otro Isleño del Pacífico</i>
---	--	----------------------------	------------------------	--------------------------------------	--------------------------	--

CHILDREN OF MILITARY (This is required for State and Federal reporting; may not be left blank)
(Hijos de los Militares (Esto es necesario para los informes del estados y federales;))

Is there a parent and/or guardian who is currently an active member of a branch of the armed forces, (Army, Navy, Air Force, Marine Corp, Coast Guard) including full time Reserve or National Guard Duty?

¿Hay un padre o tutor que sea actualmente miembro activo de una rama de las fuerzas armadas (Ejército, Marina, Fuerza Aérea, Cuerpo de Infantería de Marina, Guardia Costera), incluido el Servicio de Reserva o Guardia Nacional a tiempo completo?

_____ Yes *(Si)* No *(no)* _____

Does your child have an IEP, GIEP, or 504? Yes ___ No ___ Please specify:
(¿Su hijo/a tiene un IEP, GIEP, or 504? Si ___ No ___ Por favor, especifique):

I attest that all information provided on this form is true and factual. I agree to notify the school within five calendar days if any informational changes occur. *(Doy fe de que toda la información en este formulario es correcta y verdadera. Acepto notificar a la escuela dentro de cinco días si se producen cambios adicionales.)*

Parent/Guardian Signature *(Firma de Padre/Guardián)* _____ Print Name *(Nombre en Letras de Molde)* _____ Date *(Fecha)* _____

Parent/Guardian Signature *(Firma de Padre/Guardián)* _____ Print Name *(Nombre en Letras de Molde)* _____ Date *(Fecha)* _____

OFFICE USE ONLY (SOLO USO DE OFICINA)

Student ID	Homeroom or Advisory Rm#	IEP GIEP 504Plan ELL Other _____	Food Program: (Circle one) Free Reduced None
------------	--------------------------	-------------------------------------	---

PA Secure ID	Homeroom or Advisory Teacher	Bus # To School _____ From School _____
--------------	------------------------------	--

FORM R-2: RESIDENCY VERIFICATION FORM
(FORMA DE VERIFICACIÓN DE RESIDENCIA)

**THIS AFFIDAVIT MUST BE COMPLETED BY ALL INDIVIDUALS SEEKING TO ENROLL AND/OR RECEIVE
TRANSPORTATION FOR A STUDENT IN THE DISTRICT.**

**(ESTA DECLARACIÓN JURADA DEBE SER COMPLETADA POR TODOS LOS INDIVIDUOS SOLICITANDO PARA
MATRICULAR Y/O PARA RECIBIR TRANSPORTACION PARA UN ESTUDIANTE EN EL DISTRITO).**

Name of Student (s) _____

(Nombre del Estudiante(s))

Name of Resident (s) _____

(Nombre del Residente(s))

Current Address _____

(Dirección Actual)

Phone # _____ Cell # _____ Email _____

(Número de Teléfono)

(# Celular)

(Correo Electrónico)

1. Are you the parent(s) of the student (s)? Yes _____ No _____

(¿Es (son) usted (es) el (los) padre(s) del estudiante(s)?)

(Si) (No)

If no: Are you able to provide documentation of guardianship or dependency, Yes _____ No _____

such as formal legal guardianship (established through the courts) or tax documents showing dependency? (Si) (No)

(Si contesta no; ¿Es usted capaz de proveer documentación de custodia o dependencia, tal como forma legal de custodia (establecida a través de la corte) o documentos de impuestos mostrando dependencia?)

- If yes, you must attach such documentation.
(Si contesta sí, usted debe adherir tal documentación).
- If no, you are required to fill out a “ **Form R-2: Gratis Support Affidavit**”. (This is a Separate form, found directly under our Student Enrollment Form on our Website).
(Si contesta no, es requerido que usted llene una “**Forma R-2: Gratis Support Affidavit**”).

2. If one parent lives outside the District, is there a custody agreement regarding these student(s)? Yes _____ No _____

(¿Si un padre vive fuera del Distrito, hay un acuerdo de custodia respecto a este(os) estudiante(s)?)

If yes, please attach to the enrollment packet. If the custody agreement contains different residency information for the students than what is provided in the custody document, please explain (attach sheets if necessary).

(Si contesta sí, favor de adherir al paquete de matrícula. Si el acuerdo de custodia contiene diferente información de residencia para los estudiantes que el que está provisto en el documento de la custodia, favor de explicar (adhiera la(s) hoja(s) se es necesario):

3. **We require a Moving Permit (obtained from Salisbury Township/ 610-797-4000/ Website:**

<http://www.salisburytownship.org/township-government/departments/finance/>

(Requerimos un permiso de mudanza (obtenido del municipio de Salisbury/610-797-4000)

4. Along with the required Moving Permit, which 2 of the following documents are attached as proof of residency? (Must present original copy of the documentation during enrollment. Copies will be made at the school and attached to the enrollment packet).

(¡Junto con el permiso de mudanza requerido, cuáles 2 de los siguientes documentos están adheridos como prueba de residencia? (Debe presentar la copia original de la documentation durante la matriculación. Las copias serán hechas en la escuela y adheridas al paquete de la matrícula).

REQUIRED: (REQUERIDO)

_____ Current Lease or Sales Contract for Permanent Residence
(Contrato de Venta/Renta Vigente de Residencia Permanente)

CHOOSE ONE: (ELIGE UNO)

_____ Current Federal, State or Local Tax Document Showing Tax Document Showing Address (from taxing agency-not blank form completed by resident)
(Documentación vigente de Impuestos Federal, Estatal o Local, Mostrando la dirección de la Agencia que lo expide)

_____ Current Pay Stub with with Address of Employer and Employee
(Comprobante de Ingresos con con la Dirección de la Empresa y Empleado)

_____ Current PA Driver's License or Vehicle Registration
(Licencia vigente de PA or Registro del Vehículo)

_____ Current Medical, State or Federal Benefits Document Showing Address (Medical Ins., SSI, Unemployment)
(Documento vigente de Beneficios Estatal o Federal Mostrando su su Dirección-Seguro Médico, Seguro Social)

_____ Current Bank Statement
(Estado de Cuenta del Banco vigente)

_____ Current Utility Bill (water, sewage, heat, electric)
(Recibo de Servicios vigente: agua, desagüe, calefacción, electricidad)

_____ Current W-2 or W-4 Form
(Corriente Forma W-2 o W-4 vigentes)

**FORM R-2: RESIDENCY VERIFICATION FORM
(FORMA VERIFICACION RESIDENCIA - CERTIFICACIONES)**

I/we am/are aware that upon enrolling the following child(ren), _____, at Salisbury Township School District, I hereby attest truthfully that I am a resident of the school district who resides within the District during the entirety of the school year. I/we also verify that the information that I/we have submitted as proof of my residency is accurate and current. I/we am/are also aware that the Salisbury Township School District may provide the Internal Revenue Service this information for verification for tax purposes. Section 1301 of the Public School Code of 1949 provides for free and public education to each child between the ages of six (6) and twenty-one (21) years of age in the school district of his/her residence. Section 1302 of the Public School Code provides that the child shall be considered a resident of the school district in which his/her parents or the guardian of the child resides.

By initialing next to each of the following, I/we signify my/our understanding that the following penalties could apply in the event that I/we intentionally misrepresent my/our residency status or that of the student(s):

(Yo/Nosotros estamos consciente(s) de que matriculando a el (los) siguiente(s) niño(s) _____, En el Distrito Escolar Del Poblado de Salisbury, Yo mediante la presente atestiguar verdaderamente que yo soy una Residente del distrito escolar que residirá dentro del Distrito totalmente durante el año escolar. Yo/nosotros verificamos que la información que yo/nosotros hemos sometido como prueba de mi residencia es actual y correcta. Yo/nosotros estoy/estamos consciente(s) que el Distrito Escolar del Poblada de Salisbury puede proveer esta información al Servicio de Trenzas Internas para el propósito de verificación de contribución sobre impuestos. Sección 1301 del Código de Escuela Pública de 1949 provee educación pública gratis a cada niño/a entre las edades de seis (6) a veintiuno (21) años de edad en el distrito escolar de su residencia. Sección 1302 del Código de Escuela Pública provee que el niño/a puede ser considerado/a un/a residente del distrito escolar en cual su/s padre(s) o guardián del niño residir).

(Poniendo mi inicial próximo a cada uno de los siguientes, Yo/Nosotros entendemos que las siguientes penalidades pueden aplicarse en el evento que Yo/Nosotros falsificó(amos) intencionalmente mi/nuestra estado de residencia o que la del estudiante(s):

**PLACE YOUR INITIALS ON EACH LINE (USE 2ND LINE FOR 2ND RESIDENT, IF APPLICABLE):
(PONGA SUS INICIALES EN CADA LÍNEA (USE 2NDA LÍNEA PARA 2NDO RESIDENTE SI ES APLICABLE):**

_____ I/we understand that, if I/we intentionally misrepresent, present false information or provide false or misleading documentation regarding my residency or that of the student(s), such action could result in criminal and/or civil penalties for the theft of educational services.
(Yo/nosotros entendemos que, si Yo/nosotros falsificar(samos) intencionalmente, presente(amos) información falsa o proveemos documentación falsa o engañosa con respecto a mi residencia o la del estudiante(s), tal acción puede resultar en penalidad criminal y/o civil por el hurto de servicio educativos);

_____ I/we understand that if I/we intentionally misrepresent, present false information or provide false or misleading documentation regarding my residency or that of the student(s), I/we am/(are) responsible for paying the District full tuition for the length of time that I or the student was not a resident of the District;
(Yo/nosotros entendemos que, si Yo/nosotros, falsificar(samos), intencionalmente, presente(amos) información falsa or proveemos documentación falsa o engañosa respecto mi residencia o la del (los) estudiante(s), Yo/nosotros soy(somos) responsables por pagarle al Distrito los costos por completo de derechos de enseñanza por la duración del tiempo que Yo o el estudiante no era residente del Distrito);

_____ I/we understand that, if I/we intentionally misrepresent, present false information or provide false or misleading documentation regarding my residency or that of the student (s), I/we am(are) responsible for reimbursement to the District of any fees/costs associated with a hearing in which it is determined that I/we intentionally misrepresented my status or that of the student(s).
(Yo/nosotros entendemos que, si Yo/nosotros, falsificar(samos) intencionalmente, presente(amos) información falsa or proveemos documentación falsa o engañosa respecto a mi residencia o la del (los) estudiante(s), Yo/nosotros soy(somos) responsables por reembolsar al Distrito cualquier cuota/costos por completo de derechos de enseñanza asociado con una audiencia en cual es determinado que yo/nosotros falsificamos intencionalmente mi estado o el del estudiante(s).

I/We have read this form and understand that my student(s) will not be enrolled until I/we provide valid proof of residency, as detailed in Question #3 of page 1 of this form. I/we understand that the STSD resource officer routinely investigates the accuracy of residencies within Salisbury Township School District.
(Yo/nosotros leído esta forma y entendemos que mi(s) estudiante(s) no será matriculado hasta que Yo/nosotros presentemos prueba válida de residencia, como está detallado en Pregunta #3 de la página 1 de esta forma. Yo/nosotros entendemos que el oficial de recursos de STSD (DEPS) rutinariamente investiga la exactitud de residentes dentro del Distrito Escolar del Poblado de Salisbury.

I/We, _____ have read this document and understand the requests that are being made of me/us.
(Yo/nosotros, _____ hemos leído este documento y entendemos los requisitos/peticiones que han sido hechas de mi/nosotros.

_____ Signature of Resident <i>(Firma de Residente)</i>	_____ Date <i>(Fecha)</i>	_____ Signature of Resident <i>(Firma de Residente)</i>	_____ Date <i>(Fecha)</i>
_____ Print Name <i>(Escribir Nombre en Letra Molde)</i>	_____ Print Name <i>(Escribir Nombre en Letra de Molde)</i>		

**FORM R-4: RELEASE OF RECORDS
(EXIMIR EXPEDIENTES ACADEMICOS)**

**PLEASE PRINT CLEARLY
(FAVOR ESCRIBIR EN LETRA DE MOLDE CLARAMENTE)**

Student: (Estudiante)	Name _____ Date of Birth _____ (Nombre) (Fecha de Nac.) Address _____ Phone # _____ (Dirección) (# Telefono) _____
Name of School District from whom records/information is to be requested. (Nombre del Distrito Escolar de quien el expediente académico/información debe ser requerida):	Name of Previous School District: (Nombre de la Escuela que Atendió) _____ Name of School Attended: (Nombre de la Escuela que Atiende) _____ Grade Enrolled in this School: (Grado matriculado en esta escuela) _____ Address: _____ (Dirección) _____ Phone # _____ Fax # _____ (# Teléfono) (# Fax)

_____ The above named school district may release the following records/information to the Salisbury Township School District.
 (El distrito escolar antes mencionado puede eximir los siguientes expedientes/información al Distrito Escolar del Poblado de Salisbury).

Circle: (Haga un círculo):

Health Records/Immunizations Medical History/Diagnosis Psychological/Psychiatric Records Prescriptions/Medical Information Treatment History (Expediente de Salud/inmunizaciones Historial Médico/Diagnosis Expediente Psicológico/Psiquiátrico Prescripciones/Información de Medicamentos Historial de tratamientos)	All Educational Records/Special Education Records (Evals, ER IEP, NOREP, etc.) Gifted Education Records (GWR, GIEP, NORA, etc.): (Todo Expedientes Educativo/Expedientes de Educación Especial (Evaluación, ER, IEP, NOREP, etc.) Expedientes de Educación de Estudiante Talentoso (GWR, GIEP, NORA, etc.)	Discipline Records/Standardized Test Scores Transcripts/Report Cards, Academic and Attendance Records (Expedientes de Disciplina Resultados (Calificaciones) de Pruebas Normalizadas Transcripciones/Informe de Calificaciones Informes Académico Informes de Asistencia)
--	---	---

This release shall be deemed to be in effect until revoked by the Parent in writing. Note that the District does not need Parental consent to share and receive information from the student 's current and most recent school related to the student 's transfer. (Este eximir de expediente académico puede ser estimado para ser efectivo hasta ser revocado (anulado) por el Padre por escrito. Note que el Distrito no necesita consentimiento paterno para compartir y recibir información corriente o más reciente relacionada con el traslado del estudiante.

**Parent/Guardian Signature
(Firma de Padre/Guardián)**

**Print Name
(Escribir Nombre en Letra de Molde)**

**Date
(Fecha)**

FORM R-5: HOME LANGUAGE SURVEY
(ENCUESTA DEL USO IDIOMA EN CASA)

PLEASE PRINT CLEARLY
(FAVOR DE ESCRIBIR EN LETRA DE MOLDE CLARAMENTE)

The Office of Civil Rights (OCR) requires that school districts/charter schools/full day AVTS identify limited English proficient (LEP) students in order to provide appropriate language instructional programs for them. Pennsylvania has selected the Home Language Survey as the method for the identification.

(La Oficina de Derechos Civiles (ODC) requiere que los distritos escolares/escuelas cedulares/ día completo AVTS identifiquen estudiantes con proficiencia de Inglés limitado (PEL) con el fin de proporcionarles programas adecuados de enseñanza del idioma. Pennsylvania ha seleccionado la Encuesta del Uso del Idioma en Casa como método para la identificación).

School District: Salisbury Township School District **School Building:** _____
(Distrito Escolar:) *(Edificio Escolar)*

Student's Name: _____ **Grade:** _____ **Date:** _____
(Nombre de Estudiante) *(Grado)* *(Fecha)*

1. What is/was the student's first language? _____
(¿Cuál es/era lengua materna/natal del estudiante?)

2. Does the student speak a language(s) other than English? _____ **Yes** _____ **No**
(Do not include languages learned in school.)
(¿El estudiante habla otro(s) idioma(s) además del inglés?)
(No incluya idiomas aprendidos en la escuela)

If yes, specify the language(s): _____
(Si la respuesta es es sí, especifique el (los) idioma(s):

3. What language(s) is/are spoken in your home? _____
(¿Qué idioma(s) es/son hablados en el hogar?)

4. Has the student attended any United States school in any 3 years during his/her lifetime?
(¿El estudiante ha asistido a cualquier escuela en Estados Unidos en cualquiera de 3 años durante su vida?)
_____ **Yes** _____ **No**

If yes, complete the following:
(Si la respuesta es sí, complete lo siguiente:)

Name of School <i>(Nombre de las Escuela)</i>	State <i>(Estado)</i>	Dates Attended <i>(Fechas Asistidas)</i>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Person completing this form (if other than parent/guardian): _____
(Persona completando esta forma (si es otra que el padre/guardián):

Parent/Guardian Signature: _____
(Firma de Padre/Guardián):

Print Name: _____
(Nombre en Letra de Molde):

*The school district/charter school/full day AVTS has the responsibility under the federal law to serve students who are limited English proficient and need English instructional services. Given this responsibility, the school district/charter school/full day AVTS has the right to ask for the information it needs to identify English Language Learners (ELLs). As part of the responsibility to locate and identify ELLs, the school district/charter school/full day AVTS may conduct screenings or ask for related information about students who are already enrolled in the school as well as from students who enroll in the school district/charter school/full day AVTS in the future.

*(*El distrito escolar/escuela cedular escuela/día completo AVTS tienen la responsabilidad bajo la ley federal de servir estudiantes con proficiente limitado en Inglés y necesitan servicios de Inglés instruccional. Dada esta responsabilidad, el distrito escolar/escuelas cedulares escuela/día completo AVTS tienen el derecho de preguntar la información necesaria para identificar estudiantes principiantes del Lenguaje Inglés (ELLS). Como parte de la responsabilidad de localizar e identificar (ELLS), estos estudiantes, el distrito escolar/escuelas cedulares escuela/día completo AVTS puede conducir exámenes o preguntar información relacionada acerca de estudiantes quienes están matriculados en la escuela como también estudiantes quienes se matricularon en el distrito escolar/escuela cedular escuela/día completo AVTS en el futuro.)*

FORM R-6: DISCIPLINE VERIFICATION FORM
(FORMA PARA VERIFICACIÓN DE DISCIPLINA)

PLEASE PRINT CLEARLY
 (FAVOR DE ESCRIBIR EN LETRA DE MOLDE CLARAMENTE)

Student Name (<i>Nombre de Estudiante</i>)		Grade (<i>Grado</i>)
Address (<i>Dirección</i>)		Date of Birth (<i>Fecha de Nac.</i>)
Parent/Guardian's Name (<i>Nombre del Padre/Guardián</i>)		
Home Phone (<i>Teléfono Residencial</i>)	Work Phone (<i>Teléfono Trabajo</i>)	Cell Phone (<i>Teléfono Celular</i>)

Pennsylvania School Code Section 13-1304-A states in part "Prior to admission to any school entity, the parent, guardian, or other person having control or charge of a student shall, upon registration, provide a sworn statement or affirmation stating whether the pupil was suspended or expelled from any public or private school of this Commonwealth or any other state for an act or offense involving weapons, alcohol or drugs, or for the willful infliction of injury to another person or for any act of violence committed on school property".

(El Código Escolar de Pennsylvania Sección 13-1304-A declara en parte "Antes de admisión para cualquier entidad escolar; el padre, guardián, y otra persona teniendo control o cargo de un estudiante, puede durante la matrícula, proveer una declaración jurada o ratificación si el estudiante fue suspendido o expulsado de cualquier escuela pública o privada de este Estado Libre Asociado o cualquier otro estado por un acto o ofensa que envuelva armas, alcohol, o drogas, o por alguna inflexión voluntaria de perjuicio a otra persona o por cualquier acto de violencia cometido en propiedad escolar").

Is the student currently or has he/she ever been suspended or expelled due to drugs, alcohol, weapons, willful infliction of injury or violence on school property? _____ Yes _____ No

¿Es el estudiante prevalementemente o ha sido el/ella suspendido/a o expulsado/a debido a drogas, alcohol, armas, inflexión de herir o violencia en la propiedad escolar?)

If YES, please complete R6-A of this form. If NO, please complete the following:

(Si la contestación es Sí, favor de completar R6-A de esta forma. Si es NO, favor de completar lo siguiente):

I hereby swear or affirm that my child was not previously **suspended or expelled** from any public or private school of this Commonwealth or any other state for an act or offense involving **weapons, alcohol or drugs**, for the willful infliction of **injury to another person** or for **any act of violence committed on school property**.

(Yo juro o afirmo mediante la presente que mi niño/a no ha sido previamente **suspendido/a o expulsado/a** de cualquier escuela pública o privada del Estado Libre Asociado o cualquier otra estado por un acto ofensivo que envuelva **armas, alcohol or drogas**, or por **imposición voluntaria de herir a otra persona** o por **cualquier acto de violencia cometido en propiedad escolar.**)

I make this statement subject to the penalties of 24 P.S. Section 13-1304-A(b) and 18 PA C.S.A. Section 4904, relating to unsworn falsification to authorities, and the facts contained herein are true and correct to the best of my knowledge, information, and belief.

(Hago esta declaración sujeta a las penalidades de P.S. 24 Sección 13-1304-A(b) and 18 PA C.S.A. Sección 4904, que se relaciona con falsificación no jurada para autoridades, y los hechos contenidos en esto que son ciertos y correctos en lo mejor de mi conocimiento, información y convicción.)

Parent/Guardian Signature
 (*Firma de Padre/Guardián*)

Print Name
 (*Nombre en Letra Molde*)

Date
 (*Fecha*)

FORM R6-A: DISCIPLINE VERIFICATION FORM
(FORMA PARA VERIFICACIÓN DE DISCIPLINA)

If this student has been or is presently suspended or expelled from another school for an act or offense involving weapons, alcohol or drugs, for the willful infliction of injury to another person or for any act of violence committed on school property, please complete:

(Si esta estudiante ha sido o es suspendido actualmente o expulsado de otra escuela por un acto de ofensa implicando armas, alcohol, drogas, por voluntariamente infligir de herida a otra persona o por cualquier acto de violencia cometida a propiedad escolar, favor de completar):

Include information regarding all schools previously attended, not just the most recent.

(Incluya información relacionada de todas las escuelas atendidas previamente, no justamente las más recientes).

Name of the school(s) from which student was suspended or expelled:

(Nombre de las escuelas de las cuales el estudiante fue suspendido o expulsado):

Dates and lengths of suspension or expulsion (specify which school, if more than one):

(Fechas y duración de suspension or expulsion (especifique cual escuela, si es mas de una):

Is the student currently expelled/suspended from any school? • Yes • No

(¿Está el estudiante expulsado/suspendido actualmente de cualquier escuela)?

If yes, is the current suspension due to a weapons violation? • Yes • No

(De ser Si, la actual suspensión es debido a violacion de armas)?

Please describe the nature of the offense(s):

(Favor de describir la naturaleza de la(s) ofensa(s):

Information regarding suspensions/expulsions offenses other than weapons, alcohol or drugs, for the willful infliction of injury to another person or for any act of violence committed on school property (optional):

(Información con respecto a suspensiones/expulsiones otras ofensas que no sean de armas, alcohol, or drogas por voluntario infligir de herida a otra persona o por cualquier acto de violencia cometido en propiedad escolar (optional):

Parent/Guardian Signature

(Firma del Padre/Guardián)

Print Name

(Nombre en Letra de Molde)

Date

(Fecha)

Any willfully false statement made above shall be a misdemeanor of the third degree. This form shall be maintained as part of the student's disciplinary record.

(Cualquier declaración falsa hecha voluntariamente antes mencionada puede ser un delito de tercer grado. Esta forma puede ser mantenida como parte del expediente disciplinario del estudiante).

**FORM R-7: AUTHORIZATION TO RELEASE CHILDREN IN AN EMERGENCY
(AUTORIZACIÓN PARA EXCIMER ESTUDIANTES EN CASO DE EMERGENCIA)**

Should there be an emergency, your child may be required to remain in the care of the school until it is deemed safe by the Emergency Services Authority that the child can be released. At that point, children may be released only to properly authorized parents and/or designees. Therefore, please list as many names (with local telephone numbers and addresses) as possible, of those persons to whom you would allow your child's release in the event of an emergency. Be sure to notify those persons listed that you have authorized their supervision in case of emergency.

(De surgir una emergencia, su niño puede ser requerido de mantenerse en el cuidado de la escuela hasta que sea estimado seguro por la Autoridad de Servicios de Emergencia que el niño puede ser eximido (soltado). En este punto, los niños pueden ser eximidos (soltados) solamente a los padres autorizados y/o designados. Por consiguiente, favor escribir tantos nombres (con sus números de teléfonos locales y direcciones) posibles cuyas personas a quienes usted permite en su lista que usted ha autorizado su supervisión en caso de una emergencia.)

In the event that you should be unable to come to school, it is essential that others be designated to care for your child. Parents will be notified if a designee is picking up their child, and a copy of the designee's license / ID will be taken at the time of pick up. **No child will be released to the care of unauthorized individuals. STUDENTS MAY ALWAYS BE RELEASED TO THE CARE OF A PARENT/LEGAL GUARDIAN UNLESS LEGAL DOCUMENTATION IS PROVIDED INDICATING THAT A PARENT IS LEGALLY PROHIBITED FROM TAKING CUSTODY OF A CHILD.**

(En el evento que usted no pueda venir a la escuela, es esencial que otros estén designados a cuidar por su niño/a. Los padres serán notificados si la persona designada está recogiendo a su niño/a, y se tomará una copia de la licencia de conducir/ID (Identificación) al tiempo de recogida. Ningún estudiante será entregado a individuos no autorizados. Los estudiantes siempre podrán ser liberados al cuidado de su padre/tutor legal salvo en circunstancias donde exista documentación legal que indique las anulaciones o prohibición de la tutela del padre del menor.)

Child _____ Grade _____ Homeroom Teacher _____

(Niño/a) (Grado) (Maestro/a Salon Hogar)

Child _____ Grade _____ Homeroom Teacher _____

(Niño/a) (Grado) (Maestro/a Salon Hogar)

Child _____ Grade _____ Homeroom Teacher _____

(Niño/a) (Grado) (Maestro/a Salon Hogar)

Please release my child to any of the persons listed below: (Por favor, entregue a mi hijo/a a cualquiera de las personas que se enumeran a continuación)

NAME (NOMBRE)	PHONE/CELL PHONE# (TELEFONO/CELULAR #)	ADDRESS (DIRECCION)	RELATIONSHIP TO CHILD (RELACIÓN CON NIÑO/A)

Parent Signature *(Firma Del Padre)*

Print Name *(Nombre en Letra De Molde)*

Date *(Fecha)*

Parent Signature *(Firma Del Padre)*

Print Name *(Nombre en Letra De Molde)*

Date *(Fecha)*

Home Phone: _____ Work Phone: _____ Cell Phone: _____

(Teléfono Del Hogar)

(Teléfono de Trabajo)

(Teléfono Celular)

FORM R-8: SCHOOL HEALTH SERVICES
(SERVICIOS SALUD ESCOLAR)

Dear Parents/Guardians,
(Queridos Padres/Guardianes),

Attached to this letter are papers that need to be completed and returned to school tomorrow: an Emergency Medical Card, a Student Health Update Form and the Immunizations Form.

(Adherida (Adjunto) a esta carta está papeles que necesitan ser completados y devueltos a la escuela mañana: Una Tarjeta Médica de Emergencia, Forma de Salud del Estudiante Al Día y Forma De Inmunizaciones).

Emergency Medical Card (R-8A): A new card must be completed and signed each year **FRONT AND BACK**. The cards are kept in the health room and are confidential. It is important that the nurses have updated health information for your child. Please let the school nurse know during the school year if there are any changes in your child's health (surgery, illness requiring testing or extended absences). Our school physician has provided standing orders for acetaminophen/ibuprofen pain relievers. These medications will be given at the nurse's discretion and only with a signed parent permission. Check the lines on the bottom of the emergency card providing permission for the nurse to administer these medications if you would like this option for your child. The school provides acetaminophen and ibuprofen.

(Tarjeta De Emergencia Médica (R-8A): Una nueva tarjeta debe ser completada y firmada cada año FRENTE Y REVERSO. Las tarjetas son mantenidas en el salón de salud y son confidenciales. Favor de actualizar (mantener al día) a la enfermera durante el año escolar con cualquier cambio con la salud del niño/a (cirugía, enfermedades, pruebas de laboratorio o ausencias extendidas). Nuestro médico escolar ha provisto órdenes establecidas para calmar dolores de acetaminophen/ibuprofen. Será administrado a discreción de la enfermera escolar y solamente con permiso firmado por el padre. Complete esta forma y firme si elige esta opción para su niño/a. La escuela provee acetaminophen/ibuprofen.

Immunizations Form (R-8C): In Pennsylvania, children in ALL grades must have proof of immunizations prior to students entering their school building

(Inmunizaciones Forma (R-8C): En Pennsylvania, estudiantes en TODOS los grados deben tener prueba de inmunizaciones antes del estudiante entrar al edificio escolar.

An Authorization for Medication Form (R-8E) is to be completed each school year if any prescription or over the counter medication is to be given during school hours. A doctor's order with physician signature and a parent's signature are necessary for administration of any medication, even one time doses. Copies of this form and procedure are also available from the health room staff or on the building website under health services.

(Una forma de Autorización para Medicamentos debe ser completada cada año escolar se cualquier receta médico o medicina sin receta debe ser ofrecida durante horas escolares. (R-8E). Una orden del médico con la firma del padre son necesarias para la administración de cualquier medicamento, aun una sola dosis. Las copias de esta forma y procedimiento están disponibles por medio del personal del salón de salud o en el portal web escolar bajo servicios de salud.

Please contact the school nurse with any questions or concerns regarding your child's health or well-being. We look forward to a healthy school year.

(Favor de ponerse en contacto con la enfermera escolar con cualquier pregunta o preocupación respecto a la salud o el bienestar de su niño/a. Procuramos tener un año escolar saludable.

Sincerely, (Sinceramente),
School Health Services (Servicios de Salud Escolar)

FORM R-8A: EMERGENCY MEDICAL CARD
(TARJETA MÉDICA DE EMERGENCIA)

EMERGENCY MEDICAL CARD - SIDE 1
(TARJETA MÉDICA DE EMERGENCIA - LADO 1)

Student's Name _____ Birth date _____ Grade/Teacher _____
(El nombre de Estudiante) Last First Middle (Fecha de Nacimiento) (Grado/Profesor)

Address _____ City _____ Zip _____ Student's Home Phone _____
(Dirección) (Ciudad) (Código Postal) (Número de teléfono - Hogar)

In case of illness/injury to child named above please call: (please mark #1 in front of preferred initial contact person)
(En caso de enfermedad o lesión del niño mencionado anteriormente, llame al: (marque el #1 frente a la persona de contacto inicial preferida).

() Father's Name _____ work _____ Home _____ Cell _____
(Nombre del Padre) (trabajo) (hogar) (celular)

() Mother's Name _____ work _____ Home _____ Cell _____
(Nombre del Madre) (trabajo) (hogar) (celular)

Email address we may use to communicate with you regarding your child: _____
(Dirección de correo electrónico que podemos utilizar para comunicarnos con usted):

If unable to reach Parents in case of emergency, please provide additional **local** contact person:
(Si no puede comunicarse con los padres en caso de emergencia, proporcione una persona de contacto local adicional):

Name _____ Relationship _____ Phone _____
(Nombre) (relacion) (Numero de telefono)

Please initial the lines below if you give permission for the nurse to administer Tylenol (acetaminophen) and/or Motrin/Advil (ibuprofen) to your child at school according to STSD standing orders.
(Por favor, escriba sus iniciales en las líneas a continuación si da permiso para que la enfermera administre Tylenol (acetaminofén) y/o Motrin/Advil (ibuprofen) a su hijo/a en la escuela de acuerdo con las órdenes permanentes de STSD.

_____ Tylenol (acetaminophen)
(acetaminofen)

_____ Motrin/Advil (ibuprofen)
(ibuprofeno)

EMERGENCY MEDICAL CARD - SIDE 2
(TARJETA MÉDICA DE EMERGENCIA - LADO 2)

Student's Name _____ Allergies _____
(El nombre de Estudiante) (Alergias)

Medical History _____
(Historial Medico)

Medication(s) taken at home _____
(Medicamentos tomadas en la casa)

Daily, OTC or EMERGENCY Medications needed at school _____
(Diaria, sin receta o de emergencia medicamentos necesarios en la escuela)

List other SCHOOL AGE children in family:
(Enumere otros niños en EDAD ESCOLAR en la familia):

Name _____	Grade _____	Name _____	Grade _____
(Nombre)	(Grado)	(Nombre)	(Grado)

Name _____	Grade _____	Name _____	Grade _____
(Nombre)	(Grado)	(Nombre)	(Grado)

Student's Physician _____ Phone _____
(Médico del estudiante) (Número de teléfono)

Please **circle** yes if you allow the School Nurse to exchange/release medical information with your child's physician: YES
(Encierre en un **círculo** sí se permite que la enfermera de la escuela intercambiar / divulgar información médica pertinente con el médico de su hijo: YES)

IN CASE OF AN EMERGENCY INVOLVING MY CHILD, I GIVE PERMISSION TO SCHOOL PERSONNEL TO ARRANGE FOR MY CHILD TO BE TAKEN TO THE NEAREST HOSPITAL. I AUTHORIZE THE HOSPITAL MEDICAL PERSONNEL TO ADMINISTER ANY NECESSARY MEDICAL CARE.
(EN CASO DE EMERGENCIA QUE IMPLICA A MI HIJO/A, DOY PERMISO AL PERSONAL DE LA ESCUELA PARA ORGANIZAR QUE MI HIJO/A SEA LLEVADO AL HOSPITAL MÁS CERCANO. AUTORIZO AL PERSONAL MÉDICO DEL HOSPITAL A ADMINISTRAR CUALQUIER ATENCIÓN MÉDICA NECESARIA.

Date _____ Signature of Parent/Guardian _____
(Fecha) (Firma del Padre/Guardián)

FORM R-8C: SCHOOL HEALTH SERVICES (MUST HAVE OFFICIAL DOCUMENTATION)
(SERVICIOS DE SALUD ESCOLAR (DEBE TENER DOCUMENTACIÓN OFICIAL))

DATE OF IMMUNIZATIONS – SCHOOL MUST HAVE OFFICIAL PROOF OF IMMUNIZATION
(FROM PHYSICIAN) PRIOR TO STUDENT ENTERING THE BUILDING
(FECHA DE INMUNIZACIONES - LA ESCUELA DEBE TENER COMPROBANTE DE INMUNIZACIONES (DEL MÉDICO) ANTES DE QUE EL ESTUDIANTE ENTRE DE EDIFICIO)

Children in ALL grades (K-12) need the following immunizations for attendance:
(Los niños de TODOS los grados (K-12) necesitan las siguientes vacunas para asistir):

DPT (tetanus, diphtheria, acellular pertussis)	4 doses needed (1 dose on or after age 4) <i>(4 dosis necesarias, 1 dosis después de 4)</i>
Polio	4 doses needed (4 th dose on or after age 4) <i>(4 dosis necesarias, 4th dosis después de 4)</i>
MMR (Measles, mumps, rubella)	2 doses <i>(2 dosis)</i>
Hepatitis B	3 doses <i>(3 dosis)</i>
Varicella/chicken pox	2 doses or evidence of immunity <i>(2 dosis o evidencia de inmunidad)</i>

Seventh through 12th Grade: ADDITIONAL immunization requirements for attendance:
(Del séptimo al 12th grado: Requisitos de inmunización adicionales para asistir):

Tdap	1 dose of Tdap (tetanus, diphtheria, acellular pertussis) <i>(1 dosis)</i>
MCV	2 doses meningococcal (MCV) vaccine, first dose is given 11-15 years of age; a second dose is required at age 16 or entry into 12th grade <i>(2 dosis meningocócica (MCV) vacuna, se administra la primera dosis 11-15 años. Se requiere una segunda dosis a los 16 años o para ingresar al 12 grado.</i>

The only exemptions to the school laws for immunizations are:

(Las únicas excepciones a las leyes escolares para las vacunas son):

- medical reasons *(razones medicos)*
- religious beliefs *(creencias religiosas)*
- philosophical/strong moral or ethical conviction *(fuerte convicción moral o ética filosófica)*

If your child is exempt from immunizations, he or she may be removed from school during an outbreak.
(Si su hijo está exento de vacunas, es posible que lo retiren de la escuela durante una epidemia).

Name of Family Physician: _____ Phone Number _____
(Nombre del Medico de Familia) (Num. de Telefono)

Physician Practice Group (if applicable) _____
(Grupo de Práctica del Médico (Si se aplica)

Parent/Guardian Signature _____ Print Name _____ Date _____
(Firma del Padre/Guardián) (Nombre en Letra de Molde) (Fecha)

**FORM R-8E: SCHOOL HEALTH SERVICES
AUTHORIZATION OF MEDICATION FORM
(SERVICIOS DE SALUD ESCOLAR)
(FORMA AUTORIZACIÓN DE MEDICAMENTOS)**

**TO: ALL PARENTS/GUARDIANS
(PARA: TODOS LOS PADRES/TUTORES)**

**FROM: SALISBURY TOWNSHIP SCHOOL DISTRICT HEALTH SERVICES
(DE: SERVICIOS DE SALUD DEL DISTRITO ESCOLAR DEL MUNICIPIO DE SALISBURY)**

**SUBJECT: MEDICATION PROCEDURE
(ASUNTO: PROCEDIMIENTO DE MEDICAMENTOS)**

It is important that you do not send your child's medications to school unless absolutely necessary. If your child is on medication while recovering from an illness, please make every attempt to schedule the administration of medication(s) around the school schedule (e.g. before school, after school, at bedtime). If your child needs medication during school hours or on an "as needed" basis, **the form on Page must be completed. Please note that both the physician/ legal prescriber portion and the parent portion must be completed prior to school personnel dispensing any medication.**

(Es muy importante que no envíe los medicamentos de su hijo a la escuela a menos que sea absolutamente necesario. Si su hijo está tomando medicamentos mientras se recupera de una enfermedad, haga todo lo posible para programar la administración de medicamentos según el horario escolar (ej. Antes de ir a la escuela, después de la escuela, irse a la cama). Si su hijo tiene una condición crónica y necesita medicamentos durante el horario escolar, la forma en la parte de página debe ser completada. Por favor note que ambas porciones el médico/quien receta y la parte del padre deben ser completadas antes que el personal escolar dispense cualquier medicamento.

IMPORTANT: All medication – except Epipens, asthma inhalers and diabetic supplies (with physician order that student may carry)-**MUST** be delivered to the school nurse **by the parent**. The prescribed medication must be in a **labeled prescription bottle or in an original over the counter container**. If prescribed, the label must contain the CHILD'S NAME, the NAME of the PRESCRIBED DRUG, the TIME and DOSE to be given, the LEGAL PRESCRIBER'S NAME, and the PHARMACY name. The label must match the prescribed order.

*(**IMPORTANTE:** Todos los medicamentos, excepto Epipens, inhaladores de asma y suministros para diabéticos (con orden del médico que el estudiante puede llevar) **DEBE** ser entregado a la enfermera de la escuela **por los padres**. El medicamento recetado debe estar en **un frasco de prescripción etiquetado o en un envase original de venta**. Si se prescribe, la etiqueta debe contener el **EL NOMBRE DEL ESTUDIANTE, EL NOMBRE DEL MEDICAMENTO PRESCRITO, el TIEMPO y DOSIS y hora para ser administrada, el NOMBRE LEGAL DEL QUE LA RECETO, y nombre de la FARMACIA**).*

It is your child's responsibility to come to the health room at the appropriate time to receive his/her medication; however, if your child fails to come to the health room, we will make all reasonable attempts to find him / her. The parent/guardian must be aware of the amount of medication in school and deliver a new supply as needed. The nurse will try to notify the parent when refills are needed. The parent must pick up any unused medication at the end of the school year.

(Es responsabilidad de su hijo/a de venir al salón de salud (enfermería) a la hora apropiada para recibir su medicamento; sin embargo, si su hijo no llega a la sala de salud, haremos todos los intentos razonables para encontrarlo/a. El padre/guardián debe tener conocimiento de la cantidad de medicamento en la escuela y entregar un nuevo suministro según sea necesario. La enfermera intenta notificar a los padres cuando se necesitan reabastecimientos. El padre debe recoger cualquier medicamento no utilizado al final del año escolar.

IF THE PRESCRIBED DOSAGE OF MEDICATION CHANGES AT ANY TIME, NEW FORMS MUST BE COMPLETED BY PHYSICIAN / PRESCRIBER AND BE SIGNED BY THE PARENT. AN ORDER FROM THE PRESCRIBER IS ALSO REQUIRED IF THE MEDICINE IS NO LONGER NEEDED.

(SI LA DOSIS PRESCRITA DEL MEDICAMENTO CAMBIA EN CUALQUIER MOMENTO, LOS FORMAS NUEVOS DEBEN SER COMPLETADOS POR EL MÉDICO / PRESCRIPTOR Y FIRMADOS POR LOS PADRES).

If you and your physician feel your child has the need and is capable of self-administering his / her inhaler, Epipen, or insulin, your physician must give permission by checking yes under the self-administration section on the back of the form.

(Si usted y su médico sienten que su hijo/a tiene la necesidad y es capaz de administrarse su inhalador o Epipen su médico puede conceder permiso específico en la parte de atrás de forma).

**THIS ORDER IS VALID FOR ONE SCHOOL YEAR ONLY.
(ESTA ORDEN ES VÁLIDA POR UN AÑO ESCOLAR SOLAMENTE).**

**FORM R-8E: SCHOOL HEALTH SERVICES
 AUTHORIZATION FOR MEDICATION DURING SCHOOL HOURS
 (SERVICIOS DE SALUD ESCOLAR)
 (AUTORIZACIÓN DE MEDICAMENTOS DURANTE EL HORARIO ESCOLAR)**

*PLEASE COMPLETE BOTH SECTIONS AND SUBMIT WITH THE MEDICATION TO THE SCHOOL NURSE.
 (POR FAVOR COMPLETE AMBAS SECCIONES Y ENVÍE CON EL MEDICAMENTO A LA ENFERMERA DE LA ESCUELA).*

FOR THE PHYSICIAN/LEGAL PRESCRIBER

_____ must receive medication for the following condition:

This medication must be given during school hours in order to maintain sufficient health and well being.

MEDICATION: _____

PRESCRIBED SCHOOL DOSAGE: _____

TIME TO BE ADMINISTERED: _____

DURATION: _____

POSSIBLE SIDE EFFECTS: _____

PHYSICIAN'S SIGNATURE _____ **DATE** _____

SELF-ADMINISTRATION OF INHALERS, INSULIN or EPIPENS ONLY:
 Do you recommend that the student carry and self administer this medication **without direct supervision,** if needed? YES _____ NO _____

PHYSICIAN'S SIGNATURE _____ **DATE** _____

FOR THE PARENT OR GUARDIAN

I authorize the above medication to be administered by the school nurse, authorized personnel of STSD, or my child (if indicated above). I authorize STSD and the above-named prescriber to exchange health-related information regarding the care of my child and the administration of this medication. I agree to deliver the medication to the school health room unless my child has permission to self administer per STSD policy.

(Yo autorizo que el medicamento anterior sea administrado por la enfermera de la escuela, el personal autorizado de STSD o mi hijo (si se indica anteriormente). Autorizo a STSD y al prescriptor mencionado anteriormente a intercambiar información relacionada con la salud con respecto al cuidado de mi hijo y la administración de este medicamento. Estoy de acuerdo en entregar el medicamento a la sala de salud de la escuela a menos que mi hijo tenga permiso para autoadministrarse según la política de STSD).

_____ **DATE**
(Fecha)

_____ **(PARENT/GUARDIAN SIGNATURE)**
(FIRMA DEL PADRE/GUARDIÁN)

