

HEALTH CARD

Student ID# _____

Birthdate: _____

Student _____
Last First Middle

Month/day/year

Grade: _____ Teacher: _____ Best daytime Phone: _____

Street Address: _____

Mailing Address: _____

Doctor's Name: _____ Dentist's Name: _____

Allergies: _____ Glasses/Lenses: _____ Yes _____ No

Chronic/Serious Health Problems: _____

Medications _____

WE MUST HAVE A PHONE NUMBER OF SOMEONE TO CONTACT DURING THE SCHOOL DAY

Father's Name: _____ Phone: _____ Employer _____

Mother's Name: _____ Phone: _____ Employer _____

NAME OF PERSON (S) WHO WILL CARE FOR THE CHILD IN CASE PARENT CANNOT BE REACHED

Name: _____ Phone: _____ Address: _____

Name: _____ Phone: _____ Address: _____

Name: _____ Phone: _____ Address: _____

In case of accident or serious illness I request the school contact me. If the school is unable to reach me or a person named above, I hereby authorize the school to contact the physician indicated on this form and follow his/her instructions. If it is impossible to contact this physician or dentist, the school may make whatever arrangements necessary to provide care and treatment for my child.

Signature of Parent or Guardian

Date

Notice of Screening

Non-invasive screening (vision, hearing, growth & development, BMI, scoliosis) will be done in selective grades. If you DO NOT wish for your child to participate you must notify the office in writing.

CSD0042

Glades County School Board

El Condado de Glades es una institución de oportunidad igual para Educación y Empleo

Inscripción/Registro de Estudiante NINES WES MUMHS DECS

Records Request _____
Data Base _____
Schedule _____

Glades Student ID _____

Fecha de Entrada _____
Teacher _____
Bus _____

1. Nombre Legal de Estudiante _____

2. Grado Corriente _____

3. Sexo: M F

Apellido _____ Primer Nombre _____ Segundo Nombre _____

4. Teléfono _____ 5. Número de Seguro Social(opcional) _____

6. Correo Electrónico _____ 7. Numero Celular _____

8. Fecha de Nacimiento _____ 9. Lugar de Nacimiento _____

10. Reside: Dentro del Condado Fuera del Condado

11. Raza: Hispano/Latino(Blanco) Hispano/Latino(Negro) Indio Americano/Nativos de Alaska
 Asiático Negro/Afroamericano Islas del Pacífico Blanco Americano

12. El Estudiante esta en un Programa de Estudiantes Excepcionales(ESE) Si No

Nombre de Programa(explique): _____

13. El Estudiante a sido retenido Si No En qué Grado(s) _____

14. El Estudiante vive con Ambos Padres Mamá Papá Otro(explique) _____

15. Hay alguna orden de la corte contra cualquier padre de no tener contacto con el estudiante? Si No
Si su respuesta es si, por favor traiga una copia a la escuela.

16. Dirección Residencial: _____

Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

17. Dirección Postal: _____

Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

18. Nombre de Mamá: _____ Teléfono de trabajo _____

19. Nombre de Papá: _____ Teléfono de trabajo _____

20. EMERGENCIA: En caso de una Emergencia, llamaremos al 911 y su hijo/a sera llevado al hospital mas cercano si es necesario.

El Estudiante tiene: Registros actuales de Inmunización Si No Físico de Salud Si No

21. Estudiantes solamente seran permitidos irse con su mamá, papá, o personas escritas abajo. Para permitir a un estudiante irse con otra persona, los padres deben llamar o mandar una nota para la escuela.

Nombre: _____ Teléfono: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____ Relación: _____

22. Estuvo el estudiante en Pre-Kinder? Si No En que Pre-Kinder _____

ENCUESTA DEL IDIOMA

23. Se habla otro idioma ademas de Ingles en casa Si No Otro Idioma _____

24. Tuvo el estudiante otro idioma ademas de Ingles Si No Otro Idioma _____

25. Habla el estudiante mas frecuentemente otro idioma ademas de Ingles Si No Otro Idioma _____

26. ENCUESTA SOBRE IMPACTO FEDERAL

Si No El estudiante reside en propiedad federal(C) Si No El estudiante reside viviendas de bajo alquiler

Si No Padre es empleado en propiedad federal(B) Si No Padre es empleado en viviendas de bajo alquiler

Si No El estudiante reside en tierras Indias Si No El padre es servicios uniformados(A)

27. Nombre de ultima escuela _____ Ultimo grado complete _____

28. Han expulsado a _____ de una escuela anterior Si No Fecha: _____ Distrito: _____

29. Han detenido al estudiante resultando en en cargos o acción de justicia de menores Si No

Explique si la respuesta es si: _____

30. El estudiante tiene alguna condicion medica o fisica que la escuela debe saber o requiere alguna atencion especial o algunas restricciones Si No Explique: _____

31. Alguna vez ha tenido este estudiante alguna necesidad o preocupación de salud mental? Si No

Explique si la respuesta es si: _____

Yo verifico que la informacion dada es verdadera y correcta a lo mejor de mi conocimiento.

Firma de Padre/Encargado _____

Fecha _____ Revised: 10/18

Ingreso de datos de la ESCUELA:
 Fecha: _____
 Código: R _____ U _____
 Iniciales: _____

Información de Residencia del Alumno

Esta encuesta tiene la intención de atender los requerimientos de la ley "Ningún Niño Se Quedará Rezagado": Título X/ Parte C, y Título I/Parte C. Las respuestas a las preguntas que se presentan a continuación nos ayudarán a determinar si su hijo puede calificar para servicios adicionales de apoyo a la educación. **POR FAVOR ESCRIBA CLARAMENTE EN LETRA DE MOLDE, LLENE UN FORMULARIO POR FAMILIA, y entregue la encuesta al maestro de su hijo.**

¿Cuántos niños/jóvenes más hay en su casa (aunque no estén inscritos en la escuela)? _____
 Nombres de los Alumnos Inscritos en (PK - 12º grado) o Escuela para Adultos (Si es necesario, use una hoja de papel adicional.)

Nombre del Alumno Inscrito en la Escuela: _____
 Nombres de otros niños/jóvenes en su casa (aunque no estén inscritos en la escuela)

| | | | | | |
|--------|----|----------|------------------|-------|---------|
| Nombre | MI | Apellido | Fecha nacimiento | Grado | Escuela |
| Nombre | MI | Apellido | Fecha nacimiento | Grado | Escuela |
| Nombre | MI | Apellido | Fecha nacimiento | Grado | Escuela |
| Nombre | MI | Apellido | Fecha nacimiento | Grado | Escuela |

Nombre del Padre o Tutor (letra de molde): _____

Calle (Ubicación de la casa): _____

Dirección Postal: _____
 Calle Ciudad Estado Zip

Teléfono: _____ Tel. celular: _____ Tel. trabajo: _____

Tiempo viviendo en esta dirección: _____ Dirección anterior: _____

Firma del padre o tutor: _____ Fecha _____

Ponga una "X" en la columna que corresponda para contestar "Sí" o "No."

| PREGUNTA | SI | NO | CÓDIGO |
|--|----|----|---------|
| 1. Mi familia vive en un albergue de emergencia o transición o en un tráiler FEMA. | | | A |
| 2. Mi familia está compartiendo la casa de otras personas porque perdimos nuestra casa, por dificultades económicas o por razones similares; vivimos en un espacio diseñado para la mitad de personas. | | | B |
| 3. Mi familia está viviendo en un automóvil, parque, parque temporal de tráilers o campamento debido a la falta de otra alternativa adecuada de alojamiento, espacio público, edificio abandonado, albergue de bajo nivel, estación de autobuses o trenes, espacio público o privado no designado para o usado generalmente como un lugar para dormir para seres humanos o entornos similares. | | | D |
| 4. Mi familia vive en un hotel o motel. | | | E |
| 5. Un niño/joven en mi hogar está esperando una plaza de custodia adoptiva. | | | F |
| 6. Un niño/joven en mi casa es un joven no acompañado (joven que no está en custodia física de un padre o tutor). | | | Sí o No |

*Si respondió "sí" a cualquiera de las preguntas anteriores, por favor indique la causa poniendo una "X" en el cuadro que corresponda.

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Exclusión Hipotecaria (M) | <input type="checkbox"/> Desastre Natural-Inundación (F) | <input type="checkbox"/> Desastre Natural-Huracán (H) |
| <input type="checkbox"/> Desastre Natural -Tormenta Tropical (S) | <input type="checkbox"/> Desastre Natural-Tornado (T) | <input type="checkbox"/> Desastre Natural-Fuego o Incendio (W) |
| <input type="checkbox"/> Desastre Natural-Terremoto (E) | <input type="checkbox"/> Desastre Causado por el Hombre (Importante) (D) | |
| <input type="checkbox"/> Otro - es decir, falta de vivienda costeable, pobreza a largo plazo, desempleo o subempleo, falta de atención médica costeable, enfermedad mental, violencia doméstica, desalojamiento forzado, etc. (O) | | |

Si respondió "sí" a alguna o todas las preguntas anteriores, un representante educacional podría contactarlo para averiguar si su hijo es elegible para servicios educativos adicionales.

| | SI | NO |
|---|----|----|
| 1. ¿Se ha mudado a una nueva ciudad para encontrar trabajo en los últimos 3 años? | | |
| 2. ¿Encontró trabajo en pesca o agricultura (por ejemplo, labor en el campo, fábrica de conservas, trabajo con maderas, trabajo en lecherías? | | |
| 3. ¿Es el trabajo en pesca o agricultura una fuente importante de ingresos en su familia? | | |

REVISED: 08/10/2018

Glades County School Board – Health Information

Glades County School District is an Equal Opportunity Institution for Education and Employment

Students Full Name: _____ Date: _____
 Address: _____ Phone: _____
 Date of Birth: _____ Sex: M ___ F ___ School: _____ Grade: ___
 Parent/Guardian Name: _____ Relationship: _____

| Please indicate Yes or No next to each entry as appropriate. Use the "Comments" section at the bottom of the page for explanations, or the back if necessary. | | Yes | No None |
|---|---|-----|------------|
| 1.H | Blood Sugar Problems: Low ___ High ___ | | |
| 2.H | Allergies to: Food _____ Medicine _____ Ants ___ Wasps ___ Bee Stings ___ Environment _____ Other _____ Specify reaction to allergy or allergen. _____ Does child take medication for allergies? Yes ___ No ___ List medications: _____ Special Diet Restrictions: _____ | | |
| 3.H | Asthma, Wheezing, or other frequent respiratory conditions List Medications: _____ | | |
| 4.H | Heart Murmur, Heart Condition, Rheumatic fever? Explain: _____ List Medications: _____ | | |
| 5.H | Convulsion, "fit" or seizure, febrile seizures? _____ List Medications: _____ | | |
| 6.C | Psychiatric Disorder? Explain: _____ List Medications: _____ ADD or ADHD? ___ List Medications: _____ Are Medications taken during school hours? _____ | | |
| 7.C | Trouble Hearing? If yes, does the child wear a hearing aid? _____ | | |
| 8.C | Vision Problems? Wear or has been prescribed glasses, contacts? _____ Other eye disease, Vision problems? Explain _____ | | |
| 9.C | Low Blood count/Anemia? History of lead poisoning? _____ | | |
| 10.C | Sickle Cell Anemia? Cancer? Leukemia? | | |
| 11.C | High blood pressure (also called Hypertension)? | | |
| 12.C | Cystic Fibrosis, Cerebral Palsy, Muscular Dystrophy, or Rheumatoid arthritis? | | |
| 13.C | Frequent Headaches or Migraines? List Medications: _____ | | |
| 14. | Head injury, concussion, or been "knocked out"? _____ | | |
| 15. | Kidney or bladder disease, infection, or injury? _____ Bowel or Bladder control problems? _____ Under a doctor's care? ___ List Medications: _____ | | |
| 16. | Chicken pox? Date: _____ | | |
| 17. | Ever been hospitalized? Explain: _____ | | |
| 18. | Ever had surgery? _____ Explain: _____ | | |
| 19. | Is child enrolled in Medicaid? Children's Medical Services? _____ | | |
| 20. | Other health problems? _____ | | |
| 21. | Other children in the family- name & age _____ | | |

Comments:

I agree to keep the School Health Team updated in a timely manner of any health changes in this child and keep up to date phone numbers available to them throughout his/her school year.

Signature: _____ Date of Signature: _____ Revised 8/09

Moore Haven Elementary School
401 Terrier Pride Drive
P.O. Box 160
Moore Haven, FL 33471
Phone: 863-946-0737 Fax: 863-946-1670

REQUEST FOR CUMULATIVE RECORDS

To: STUDENT RECORDS

Last School Attended

Mailing Address

City, State, Zip Code

Please send cumulative records for the following student who is enrolling in our school.

Name _____ Grade _____ DOB _____

Please be assured that we will assist in attempting to obtain any fees owed by this student, but we must receive records as promptly as possible.

If your local school board has adopted policies which do not permit the transfer of cumulative folders, the following information is requested.

- _____ Transcript of all academic records K- _____
- _____ Transcript of test results: achievement, intelligence, sociological, aptitude, and interest surveys.
- _____ Results of Florida Statewide Assessment (FCAT)
- _____ Current grade card and partial transcript of grades for the current term.
- _____ Dibels/FAIR scores for the current year.
- _____ Health record – Immunization/Physical/Birth Certificate
- _____ Record of disciplinary action taken, if any.
- _____ Any and/all psychological records/Exceptional Student Records (IEP)/504 Plan

Your school has my permission to release the records for the above named student to Moore Haven Elementary School.

Signature of parent of guardian

Thank you for your assistance.

Signature Title Date

Glades County School District is an Equal Opportunity Institution for Education and Employment