Grade: _____
Student ID: _____

Northampton County Public Schools
Enrollment Form 2026-2027

Teacher: _____
Enrollment Date: _____
Bus#: _____

Check One: ○Kiptopeke Elementary ○Occohannock Elementary ○Northampton Middle ○Northampton High

PERSONAL

Student's Name: _____
LAST FIRST MIDDLE

Nickname (if different from above): _____ ☐ Male ☐ Female ☐ Non-Binary

Home Address (911):_____
Street City State Zip

Mailing Address: _____
Street/ Post Office Box City State Zip

Birth Date: _____Birthplace _____Birth Certificate No. _____

B/C on file: ☐Yes ☐No Birth Country_____ Grade_____

Is this student Hispanic/Latino? ☐ Yes (A person of Cuban, Mexican, Puerto Rican, Cuban, South or Central American, or other Spanish culture or origin, regardless of race.)
☐No

What is this student's race? (Please check all that apply): ☐American Indian/Alaskan Native ☐Asian ☐Black/African American ☐Hawaiian/Other Pacific Islander ☐White

Does your child have any Pre-Kindergarten experience? ☐ Yes ☐ No
(If *yes*, where did he/she attend and how much time was spent there each week hours).

Has this child ever been a student of Northampton County Schools? ☐ Yes ☐ No (If *yes*, where and when did he/she attend _____).

Will the student require transportation by Northampton County Public Schools buses? ☐ Yes ☐ No

PARENT

Student is Living With: Check all that apply to your child:

Is mother living? ☐ Yes ☐ No Is mother living in the same home as the child? ☐ Yes ☐ No
Is father living? ☐Yes ☐ No Is father living in the same home as the child? ☐ Yes ☐ No

Parent 1 ☐ Mother ☐ Father Name: _____ Active/Reserve Military ☐ Yes ☐ No
Home Phone: _____ Cell Phone: _____ Email Address: _____
Employer: _____ Work Phone: _____

Parent 2 ☐ Mother ☐ Father Name: _____ Active/Reserve Military ☐ Yes ☐ No
Home Phone: _____ Cell Phone: _____ Email Address: _____
Employer: _____ Work Phone: _____

Parents are: ☐ Married ☐ Separated ☐ Divorced ☐ Single Parent ☐ Father Remarried ☐ Mother Remarried

Student Lives with: please check the appropriate box:
☐1 Parent ☐2 Parents ☐1 Parent & Another Adult ☐Alone with No Adults
☐A Relative, Friend(s) or Other Adult(s) ☐An Adult that is not the Parent or the Legal Guardian
Total number of people living in the household _____.

Is the child in foster care? ☐ Yes ☐ No

Providing a false address is illegal, and parents or guardians are responsible for informing the school of any changes to their contact information.

Please complete both pages of the Student Registration Form. Thank you.

LEGAL

Legal Alert: (**IF** there are custody issues, please complete this section and provide the school with documentation.)

Do you have any court ordered custody papers? ☐ Yes ☐ No (If *yes*, please present documents)

Student lives with: _____ Relationship to Student: _____

Please Circle One: Parent with Sole Custody Parent with Joint Custody Legal Guardian

Name: _____ Relationship to Student: _____

Address: _____ Home Phone: _____ Cell Phone: _____

EMERGENCY CONTACTS

Name: _____ Home Phone: _____ Cell Phone: _____
Relationship: _____ Work Phone: _____

Name: _____ Home Phone: _____ Cell Phone: _____
Relationship: _____ Work Phone: _____

Name: _____ Home Phone: _____ Cell Phone: _____
Relationship: _____ Work Phone: _____

FAMILY SIBLINGS

Please list all siblings below.

First Name Last Name	Date of Birth	Gender	School if Attending	Grade

HEALTH

Medical Alerts: ☐ Yes ☐ No (If yes, explain) _____

Family Doctor: _____ Phone #: _____

Has your child had a physical in the past year? ☐Yes ☐No (If yes, what date?) _____

Is your child required to take any medication? ☐ Yes ☐No During School Hours? ☐Yes ☐No

Please list medication required: _____

Has your child had immunizations? ☐ Yes ☐No (If yes, please show shot record to nurse)

Does your child have health insurance? ☐ Yes ☐No ❍ Medicaid ❍ FAMIS ❍ Other _____
Would you like more information on health insurance? ☐ Yes ☐ No

Does your child have dental insurance? ☐ Yes ☐ No

OTHER

Transferring Students Only: Name and address of previous school

School Name: _____ Address: _____
Telephone Number: _____ Fax Number: _____

Was your child in a special program? ☐ Speech/Language ☐ Special Education (a copy of latest IEP in needed)
☐ Gifted & Talented ☐ Reading Remediation ☐ Math Remediation ☐ Limited English LEP ☐ 504

I hereby certify that all entries are true and complete to the best of my knowledge. I understand that all information on this form is subject to verification and will be kept in my child's permanent folder. By signing this document, I give permission for school personnel to transport my child for treatment in the event of an emergency.

_____ _____
Parent or Guardian Signature Date

For Office Use Only

☐ School Entrance Health Form ☐ Proof of Residency ☐ Migrant Certificate of Eligibility Form
☐ Immunization Records Form ☐ Out of County Form ☐ Immigrant Status _____
☐ Birth Certificate ☐ Homeless (when did they arrive in the US)
☐ Custody Documentation ☐ Review Standardized Dress Code (Give copy to parent)

Northampton County Public Schools
Identification of Military Connected Students
2026-2027

In accordance with the Code of Virginia (§22.1-287.04), local school divisions are required to identify students who have a parent or are military dependents in the United States uniformed services. Completing this form allows Virginia localities to maintain reliable and accurate data for potential grant funding and to receive services to meet the needs of uniformed services-connected students.

Select the code below that best identifies your student and return this form to your child's school. If you are not active duty military or reserve, no action is necessary. A form is required for each student who is a dependent of a service member and must be completed annually.

Student Name _____ **School** _____
(first middle last)

Student Date of Birth _____ **Grade** _____

Select Code	Description of Code
☐ None (Code 1)	Student is not military connected
☐ Active Duty (Code 2)	Student is a dependent of a member of the Active Duty Forces (Army, Navy, Air Force, Marine Corps, Coast Guard or the Commissioned Corps of the National Oceanic and Atmospheric Administration, or the Commissioned Corps of the U.S. Public Health Services)
☐ Reserve (Code 3)	Student is a dependent of a member of the Reserve Forces (Army, Navy, Air Force, Marine Corps, or Coast Guard)
☐ National Guard (Code 4)	Student is a dependent of a member of the Active Duty or Reserve Forces of the National Guard

_____ _____
Parent/Guardian Signature Date

Northampton County Public Schools

Inspiring Learners for Life through Achievement and Success! Every Child Every Day

Student Name _____ **School** _____
(first middle last)

Student Date of Birth _____ **Grade** _____

1. Is your child aged eight or above? □ Yes □ No
2. Is this the first school your child will attend in the United States? (If No, Please answer question three) □ Yes □ No
3. If your child has attended any school in the United States before, provide the start date, grade(s), and name of the state. Start date in first U.S. school (month/year) _____ Grade _____ U.S. state _____ School district _____ Name of the school_____
If you answered YES to Questions One and Two, please answer the following questions. The answers provided will help the school offer your child more specific English language and academic support.
1. What year did your child start school?
2. In which country or countries has your child attended school?
3. What was the last grade your child attended?
4. What was the last date (month and year) your child attended school?
5. Did your child often have to miss school? □ Yes □ No

*Registrar, please contact Paige Ford at ext. 2305 to determine SLIFE status and arrange for possible SLIFE services.

Northampton County Public Schools McKinney-Vento

Student Enrollment Referral School Year 20____- 20____

Student Name _____ **School** _____
(first middle last)

Student Date of Birth _____ **Grade** _____

PART 1: SCREENING

The purpose of this form is to identify and support homeless students in NCPS. Please be assured that the information on this form is confidential. If you have any concerns or questions, contact the McKinney-Vento Office at 757-678-5151 ext. 2305.

Please answer the following screening questions to determine if you might qualify for homeless support:

1. Is your current address a temporary living arrangement? ☐ Yes ☐ No
2. If yes, is the living arrangement due to loss of housing or economic hardship? ☐ Yes ☐ No
3. Is the student living with someone other than his or her parent or legal guardian? ☐ Yes ☐ No

If you answered NO to all of the above questions, stop here.

If you answered **YES** to any of the above questions, you may qualify for homeless services. Please complete PART 2.

PART 2: STUDENT INFORMATION

Family Contact Information

Parent or Guardian
Name(s)_____
Address_____
STREET APT # CITY STATE ZIP
Home Phone_____ Cell_____ Work _____
Email Address _____

Preferred Language (if other than English) _____

Where are you currently living?

☐ Doubled up due to hardship and/or moving from home to home frequently
☐ Motel or Hotel – Name of motel or hotel _____
☐ Homeless shelter or domestic violence program – Name of provider_____
☐ Transitional housing – Name of provider _____
☐ In a location not designated for sleeping accommodations, such as a car, park, or campsite.

Submit completed form to the Director of State and Federal Grants and Programs, Paige Ford
pford@ncpsk12.com.

Home Language-English
2026-2027 (Revised July 2025)

Northampton County Public Schools
Home Language Survey

Student's Name_____ Date_____

Grade_____ Teacher_____ School_____

This survey is to be completed by parents upon student enrollment to determine a student's need for ESL services.

If any language other than English is listed for the questions, forward a completed survey to the ESL teacher and the Director of State and Federal Grants and Programs. The ESL Teacher will assess the student's English proficiency and determine the need for ESL services.

1. What is the **primary language used in the home**, regardless of the language spoken by the student? _____
2. What language is spoken most often by the **student**? _____
3. What is the language that the **student** first acquired? _____
4. In what language do you wish to have **communication from the school**? _____

Please answer the following question regarding previous school experience in the United States:

2. Was your student receiving English language support services (ESL, ESOL) at a previous school? _____

_____ _____
Parent Signature Date

Migrant Student Screening Form

Student Name _____ **School** _____
(first middle last)

Student Date of Birth _____ **Grade** _____

Please answer the following questions so that your children may be considered for Migrant Education Program Services. If your family qualifies, your children may be eligible for services such as:

- Tutoring
- Summer Programs/Enrichment Activities
- Referrals to Community Services

1. **Have you or someone in your family moved in the past three years to work in agriculture or fishing/aquaculture?** ☐ **Yes** ☐ **No**

2. **Please check all of the work you have done.**

   ☐ Growing, picking, or packing fruits and vegetables

   ☐ Growing, harvesting, or packing trees, shrubs, and flowers, including working at a plant nursery

   ☐ Growing, harvesting, packing, or processing shellfish

   ☐ Processing raw poultry, beef, or fish

   ☐ Working with livestock such as cattle, chickens, or hogs

   ☐ Working in timber or commercial fishing

3. **Parent/Guardian Name** _____

   Telephone Number _____

SCHOOL ENTRANCE HEALTH INFORMATION FORM

Name_____ Birthdate_____/_____/_____
Last First Middle
Sex: Male_____ Female_____ Non-Binary _____ Race: _____
Work Phone: _____
Parent or Guardian: _____ Home Phone: _____
Last First Middle

Home Address: _____ Zip: _____
Person to call in case of an emergency if parent/guardian is not available:
Name: _____ Daytime Phone: _____

Acute or Chronic Illnesses

☐ Yes ☐No Asthma
☐ Yes ☐No Cerebral Palsy
☐ Yes ☐No Diabetic (Insulin dependent)
☐ Yes ☐No Epilepsy
☐ Yes ☐No Frequent Colds
☐ Yes ☐No Frequent Sore Throat
☐ Yes ☐No Hyperthyroidism
☐ Yes ☐No Hypothyroidism
☐ Yes ☐No Allergies other than those related to food/drugs: If yes, describe
_____
_____
☐ Yes ☐No Cancer: If yes, describe
_____
_____
☐ Yes ☐No Heart Disease: If yes, describe
_____
_____

Accidents

Has your child had any of the following? If yes, describe.

☐ Yes ☐No Burns requiring treatment_____
_____
☐ Yes ☐No Bumps to head requiring treatment_____
_____
☐ Yes ☐No Fractures_____
☐ Yes ☐No Lacerations or cuts requiring stitches or tetanus booster_____
_____
☐ Yes ☐No Near Drowning_____
☐ Yes ☐No Poisoning_____
☐ Yes ☐No Serious falls_____
_____

Medications

Is your child using any medicines? If yes, describe.

☐ Yes ☐No Prescription drugs: identify drug and condition requiring drug_____
_____
_____
☐ Yes ☐No Over-the-counter drugs (nonprescription): identify drug and reason for use_____
_____
☐ Yes ☐No Drug allergies: identify drug and reaction_____
_____
_____

Nutrition

☐ Yes ☐No Abdominal pain
☐ Yes ☐No Underweight or overweight for age
☐ Yes ☐No Allergies related to foods: identify food and reaction_____
_____
_____
☐ Yes ☐No Problems with elimination (bowel movement and/or urination)_____
_____

Operations

☐ Yes ☐No Appendectomy
☐ Yes ☐No Hernia
☐ Yes ☐No Tonsillectomy
☐ Yes ☐No Other (explain) _____

Handicapping Condition

☐ Yes ☐No Scoliosis
☐ Yes ☐No Spina bifida
☐ Yes ☐No Other (explain) _____

Blood Disorders

☐ Yes ☐No Anemia
☐ Yes ☐No Leukemia
☐ Yes ☐No Hemophilia
☐ Yes ☐No Sickle Cell Anemia

Hearing

☐ Yes ☐No Frequent ear aches
☐ Yes ☐No Running ear
☐ Yes ☐No Hard of hearing
☐ Yes ☐No Uses hearing aid

Vision

☐ Yes ☐No Wears glasses
☐ Yes ☐No Rubs eyes frequently
☐ Yes ☐No Squints
☐ Yes ☐No Color blind

Dental

☐ Yes ☐No Cavities
☐ Yes ☐No Cleft lip or palate
☐ Yes ☐No Gum disease
☐ Yes ☐No Permanent teeth appearing

Communication

☐ Yes ☐No Speech understandable
☐ Yes ☐No Stutters/stammers
☐ Yes ☐No Lisps
☐ Yes ☐No Wears dental braces

_____ _____
Parent Signature Date

NORTHAMPTON COUNTY PUBLIC SCHOOLS
SCHOOL ADMINISTRATION BUILDING
7207 YOUNG STREET
MACHIPONGO, VIRGINIA 23405

NON-RESIDENT STUDENT APPLICATION FOR 2026-2027 SCHOOL YEAR

Please complete and sign both sides, and submit to building principal for approval.

I hereby request permission for my child to attend _____School in Northampton County.

Name of Student_____DOB:_____Present Grade Level:_____

Copy of Birth Certificate* Attached ☐ Yes ☐No (Required to register child in school)

For data purposes only:
Sex of Student: (Circle One) Male Female Non-Binary Race of Student: (Circle One) Black White Other
If this child has previously attended Northampton County Public Schools, please circle the grades he/she has attended:
K – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10 – 11 – 12

Name of Parents/Guardians (with whom the student resides): _____

911 Address: _____Town/City: _____Zip: _____

Mailing Address:_____Town/City: _____Zip: _____

Telephone Number/Cell Phone Number: _____

Reason for request: _____

Transportation is provided only within the boundaries of Northampton County.
Will the student require transportation by Northampton County Public Schools buses? ____ Yes ____ No

In making this request for my child(ren) to attend Northampton County Public Schools, I understand and agree that:

- I have legal guardianship of the above child and the information I have provided herein is true and correct.
- The provision of educational services to students who are non-residents shall be subject to available space, applicable state and federal laws and regulations and any court orders governing attendance.
- Non-resident students who are suspected of having a disability may be referred to their school division of residence for evaluation and development of an IEP if applicable. Special education services may have to be provided by the school division of the parent's legal residence.
- My child will perform to the best of his/her academic ability.
- My child will follow all rules, regulations, policies and guidelines of Northampton County Public Schools, including but not limited to those listed in the Code of Conduct and Student/Parent Handbook.
- Should my child fail to perform academically or fail to adhere to Northampton County Public Schools rules, regulations, etc., he/she will be removed from Northampton County Public Schools and must attend school in his/her place of residence.
- My child has no legal right to attend Northampton County Public Schools and may be dismissed from Northampton County Schools at any time.

The request must be submitted each year.

(Signature of Parent/Guardian) _____ (Date) _____

Principal's Recommendation **approve/disapprove** _____
Signature of Principal

.....

OFFICIAL USE ONLY

School Board **approve/disapprove** this request. (Circle one)

_____ _____
Signature of Northampton County School Board Official Date

Permission is **granted/denied** for _____to attend _____ School for the 2026-2027 school term.

_____ _____
Signature of Superintendent Date

NORTHAMPTON COUNTY PUBLIC SCHOOLS

Student Name _____ **School** _____
(first middle last)

Student Date of Birth _____ **Grade** _____

Virginia Law requires that, prior to admission to any public school in the Commonwealth, a school board shall require the parent, guardian, or other person with a child of school age to provide, upon registration, a sworn statement or affirmation indicating whether the student has been expelled from school attendance at a private school or in a public school division of the Commonwealth or in another state for an offense in violation of school board policies relating to weapons, alcohol or drugs, or for the willful infliction of injury to another person. Any person making a materially false statement or affirmation shall be guilty upon conviction of a Class 3 misdemeanor. The registration document shall be maintained as a part of the student's scholastic record. (Code of Virginia 22.1-3.2)

PLEASE COMPLETE AND SIGN ONE OF THE APPLICATION STATEMENTS BELOW

I, _____, affirm that _____ **has not** been expelled from school attendance at a private school or public school in Virginia or another state for an offense in violation of school board policies relating to weapons, alcohol or drugs, or for the willful infliction of injury to another person.

_____ _____
Parent/Guardian Signature Date

I, _____, affirm that _____ **has been** expelled from school attendance at a private school or public school in Virginia or another state for an offense in violation of school board policies relating to weapons, alcohol or drugs, or for the willful infliction of injury to another person.

_____ _____
Parent/Guardian Signature Date

Adopted by Northampton County School Board: August 20, 1997.

Grade: _____
Student ID: _____

Escuelas Publicas Del Condado De Northampton
Formulario De Inscripcion 2026-2027

Teacher: _____
Enrollment Date: _____
Bus#: _____

Marque Uno: ◯ Primaria De Kiptopeke Primaria De Occohannock ◯ Secundaria De Northampton ◯ Preparatoria De Northampton

PERSONAL

Nombre Del Estudiante: _____
APELLIDO PRIMERO SEGUNDO

Nombre del cual le gustaría que llamen a su hijo(si es diferente al de arriba): _____

□ Masculino □ Femenina □ No Binario

Dirección De Casa(911): _____
Calle Ciudad Estado Código Postal

Dirección Postal: _____
Calle/Número De Caja Ciudad Estado Código Postal

Fecha De Nacimiento: _____ Lugar De Nacimiento _____

Número de Acta. _____ Acta En El Record: □Si □No País De Nacimiento _____

El Estudiante Es Hispano//Latino?□ Si (Una persona de origen cubano, mexicano, puertorriqueño, cubano, sudamericano o centroamericano u otra cultura española, independientemente de su raza.)
□No

Su hijo tiene alguna experiencia Pre Kinder? □ Si □ No
(En caso de si, en donde el/ella asistió _____ y cuánto tiempo pasó ahí cada semana _____ horas).

¿Este niño ha sido alguna vez estudiante de las escuelas del condado de Northampton? □ Si □ No (en caso de que si, donde y cuando?)_____.)

¿El estudiante necesitará transporte en los autobuses de las Escuelas Públicas del Condado de Northampton? ☐ Si ☐ No

PADRES

El estudiante vive con: Marque todo lo que aplique a su hijo/a:
¿La madre vive? □ Si □ No La madre vive en el mismo hogar que el niño/a? □ Si □ No
¿El padre vive? □Si □ No El padre vive en el mismo hogar que el niño/a? □ Si □ No

Nombre De La Madre: _____ Teléfono De Casa: _____ Celular: _____
Empleo De La Madre: _____ Número Del Trabajo: _____ Activo/Reserva Militar □ Si □ No
Correo Electrónico De La Madre: _____

Nombre Del Padre: _____ Teléfono De Casa: _____ Celular: _____
Empleo Del Padre: _____ Número Del Trabajo: _____ Activo/Reserva Militar □ Si □ No
Correo Electrónico Del Padre: _____

Los Padres Están □ Casados □ Separados □ Divorciados □ Padre/Madre Soltera □ Padre Se Volvió A Casar □ Madre Se Volvió A Casar

El estudiante vive con: por favor marque la caja apropiada:
□1 Padre □2 Padres □1 Padre y otro adulto □Solo/a Sin Adultos
□Un familiar, Amigo(s) o otro adulto(s) □Un Adulto que no es uno de los padres ni un guardián legal
Número Total De Personas Viviendo En El Hogar _____.

¿Está el niño en cuidado de crianza? □ Si □ No

Favor complete los dos formularios para la inscripción del estudiante. Gracias.

LEGAL

Alerta Legal: (**SI** hay cuestiones de custodia, por favor complete esta sección y proporcione a la escuela con la documentación.)

¿Usted tiene algún papel de custodia ordenado por la corte? □ Si □ No (Si los tiene, por favor presente los documentos)

El estudiante vive con: _____ Relación al estudiante: _____

Por favor circule uno: Padre con Custodia Exclusiva Padre con custodia compartida Guardian Legal

Nombre: _____ Relación al estudiante: _____

Dirección: _____ Número De Casa: _____ Numero De Celular:_____

CONTACTOS DE EMERGENCIA

Nombre: _____ Teléfono De Casa: _____ Celular: _____
Relación: _____ Número De Trabajo: _____

Nombre: _____ Teléfono De Casa: _____ Celular: _____
Relación: _____ Número De Trabajo: _____

Nombre: _____ Teléfono De Casa: _____ Celular: _____
Relación: _____ Número De Trabajo: _____

FAMILIA HERMANOS

Porfvaor anote a todos los hermanos a continuacion.

Primer Nombre	Apellido	Fecha De Nacimiento	Genero	Escuela A La Que Asiste	Grado

SALUD

Alerta Médica: □ Si □ No (Si es que si, por favor explique) _____

Doctor Familiar: _____#:_____
¿Ha tenido su hijo/a un físico en el último año? □Si □No (Si es que si, ¿qué fecha?) _____

Su hijo requiere tomar algún medicamento? □ Si □No Durante Horas Escolares? □Si □No

Por favor liste las medicaciones requeridas: _____

¿Ha tenido su hijo/a sus vacunas? □ Si □No (Si es que si, por favor muestre el record de vacunas a la enfermera)

Su hijo tiene seguro de salud? □ Si □No ❍ Medicaid ❍ FAMIS ❍ Otro _____
¿Le gustaría más información sobre el seguro de salud? □ Si □ No

¿Tiene seguro dental? □ Si □ No

OTRO

Solo estudiantes que se transfieren: nombre y dirección de la escuela anterior
Nombre De La Escuela: _____ Dirección:_____
Numero De Telefono: _____Numero De Fax: _____

Estaba en un programa especial? □ Habla/Lenguaje □ Educación Especial (se necesita una copia del IEP más reciente)
□ Talentosos □ Remediación De Lectura □ Remediación De Matemáticas □ Inglés Limitado LEP □ 504

Por la presente certifico que todas las entradas son verdaderas y completas a mi mejor conocimiento. Entiendo que toda la información en este formulario está sujeta a verificación y se mantendrá en la carpeta permanente de mi hijo. Al firmar este documento, doy permiso para que el personal de la escuela transporte a mi hijo para recibir tratamiento en caso de una emergencia.

_____ _____
Firma Del Padre o Guardián Fecha

Para Uso De La Oficina Únicamente

□ School Entrance Health Form
□ Immunization Records Form
□ Birth Certificate
□ Custody Documentation
□ Proof of Residency
□ Out of County Form
□ Homeless
□ Social Security Card
□ Migrant Certificate of Eligibility Form
□ Immigrant Status _____ (when did they arrive in the US)
□ Review Standardized Dress Code (Give copy to parent)

Escuelas Públicas Del Condado De Northampton
Identification of Military Connected Students
2026-2027

De acuerdo con el Código de Virginia (§22.1-287.04), las divisiones escolares locales deben identificar a los estudiantes que tienen un padre o son dependientes militares en los servicios uniformados de los Estados Unidos. Completar este formulario permite a las localidades de Virginia mantener datos confiables y precisos para posibles subvenciones y recibir servicios para satisfacer las necesidades de los estudiantes relacionados con los servicios uniformados.

Seleccione el código a continuación que mejor identifique a su estudiante y devuelva este formulario a la escuela de su hijo. Si no es militar en servicio activo o reserva, no es necesaria ninguna acción. Se requiere un formulario para cada estudiante que sea dependiente de un miembro del servicio y debe completarse anualmente.

Nombre Del Estudiante _____ Escuela _____
(Primero Segundo Apellido)

Fecha De Nacimiento Del Estudiante _____ Grado _____

Seleccionar código	Descripción del Código
☐ Ninguno (Código 1)	El estudiante no está conectado militarmente
☐ Servicio activo(Código 2)	El estudiante es dependiente de un miembro de las Fuerzas en Servicio Activo (Ejército, Marina, Fuerza Aérea, Infantería de Marina, Guardia Costera o el Cuerpo Comisionado de la Administración Nacional Oceánica y Atmosférica, o el Cuerpo Comisionado de los Servicios de Salud Pública de EE. UU.)
☐ Reserva (Código 3)	El estudiante es dependiente de un miembro de las Fuerzas de Reserva (Ejército, Armada, Fuerza Aérea, Infantería de Marina o Guardia Costera)
☐ Guardia Nacional (Código 4)	El estudiante es dependiente de un miembro del Servicio Activo o de las Fuerzas de Reserva de la Guardia Nacional

_____ _____
Firma Del Padre/Guardián Fecha

Escuelas Públicas del Condado de Northampton

¡Inspirando a los Estudiantes De Por Vida A Través Del Logró y El Éxito! Todo Los Niños Todo Los Dias

Nombre Del Estudiante _____ **Escuela** _____
(Primero Segundo Apellido)

Fecha De Nacimiento Del Estudiante _____ **Grado** _____

1. Su niño(a) tiene ocho años o más? □ Si □ No
2. Esta es la primera escuela a la que su niño(a) va asistir en los Estados Unidos? (Si su respuesta es no, por favor responda a la tercera pregunta) □ Si □ No
3. Si su niño(a) ha asistido a una escuela en los Estados Unidos antes, proporcione cuando empezó, el grado, y el nombre del estado. Fecha cuando empezó la primera escuela en los Estados Unidos (mes/año) _____ Grado _____ Estado _____ Distrito Escolar _____ Nombre de la Escuela _____
Si respondió SÍ a la primera y segunda pregunta, por favor responda las siguientes preguntas. Las respuestas proveídas van ayudar a la escuela a ofrecer a su niño(a) más ayuda en el lenguaje de Inglés y dar soporte académico.
1. ¿En qué año empezó a ir a la escuela su niño(a)?
2. ¿En qué país o países ha asistido su niño(a) la escuela?
3. ¿Cuál es el último grado al que asistió su niño(a)?
4. ¿Cuál fue la última fecha (mes y año) que su niño(a) asistió a la escuela?
5. ¿Su hijo tenía que faltar a la escuela con frecuencia? □ Si □ No

* Registrador, por favor contacte a Paige Ford a ext. 2305 para determinar el estado de SLIFE y arreglar la posibilidad de los servicios de SLIFE

Escuelas Publicas Del Condado De Northampton McKinney-Vento

Referencia De Inscripción De Estudiantes Año Escolar 20____- 20____

Nombre Del Estudiante _____ **Escuela** _____
(Primero Segundo Apellido)

Fecha De Nacimiento Del Estudiante _____ **Grado** _____

PARTE 1: EVALUACION

El propósito de este formulario es identificar y apoyar a los estudiantes sin hogar en NCPS. Tenga la seguridad de que la información contenida en este formulario es confidencial. Si tiene alguna inquietud o pregunta, comuníquese con la oficina de McKinney-Vento al 757-678-5151 ext. 2305.

Responda las siguientes preguntas de evaluación para determinar si podría calificar para recibir apoyo para personas sin hogar:

1. **¿Su dirección actual es un arreglo de vivienda temporal?** ☐ **Si** ☐ **No**
2. **En caso afirmativo, ¿el arreglo de vivienda se debe a la pérdida de vivienda o dificultades económicas?** ☐ **Si** ☐ **No**
3. **¿Vive el estudiante con alguien que no sea su padre o tutor legal?** ☐ **Si** ☐ **No**

Si respondió NO a todas las preguntas anteriores, deténgase aquí.

Si respondió SÍ a cualquiera de las preguntas anteriores, puede calificar para recibir servicios para personas sin hogar. Por favor complete la PARTE 2.

PARTE 2: INFORMACION DEL ESTUDIANTE

<u>Informacion De Contacto Familiar</u>

Padre o Guardian
Nombre(s)_____
Dirrecion_____
CALLE APT # CUIDAD ESTADO CODIGO
Numero de casa_____ **Cell**_____ **Trabajo**_____
Correo Electronico _____

Lenguaje Preferido (Si es algo mas que Ingles) _____

Donde esta viviendo actualmente?

☐ **Con otras personas debido a dificultades y/o mudándose de casa en casa con frecuencia**
☐ **Motel o Hotel – Nombre del motel o hotel** _____
☐ **Refugio para personas sin hogar o programa de violencia doméstica – Nombre del proveedor** _____
☐ **Vivienda de transición: nombre del proveedor** _____
☐ **En un lugar no designado para alojamiento para dormir, como un automóvil, un parque o un lugar para acampar.**

Envíe el formulario completo a la Directora de Programas y Subvenciones Estatales y Federales, Paige Ford pford@ncpsk12.com.

Home Language-Spanish
2026-2027 (Revised July 2025)

Escuelas Publicas Del Condado De Northampton
Encuesta sobre el idioma del hogar

Nombre Del Estudiante _____ Fecha_____

Grado_____ Maestro/a_____ Escuela_____

Esta encuesta debe ser completada por los padres al momento de la inscripción del estudiante para determinar la necesidad de servicios de ESL del estudiante.

Si aparece cualquier idioma que no sea el inglés para las preguntas, envíaremos una encuesta completa al maestro de ESL y al Director de Programas y Becas Estatales y Federales. El maestro de ESL evaluará el dominio del inglés del estudiante y determinará la necesidad de servicios de ESL.

1. ¿Cuál es el i**dioma principal que se usa en el hogar**, independientemente del idioma que hable el estudiante? _____
2. ¿Qué idioma habla con mayor frecuencia el **estudiante**? _____
3. ¿Cuál es el idioma que el **estudiante** adquirió por primera vez?_____
4. ¿En qué idioma desea tener **comunicación desde la escuela**? _____

Por favor responda la siguiente pregunta sobre la experiencia escolar previa en los Estados Unidos:

5. ¿Su estudiante recibió servicios de apoyo al idioma inglés (ESL, ESOL) en una escuela anterior? _____

_____ _____
Firma De Padre Fecha

Formulario De Evaluación De Estudiantes Migrantes

Nombre Del Estudiante _____ **Escuela** _____
(Primero Segundo Apellido)

Fecha De Nacimiento Del Estudiante _____ **Grado** _____

Responda las siguientes preguntas y devuelva este formulario a su escuela para que sus hijos puedan ser considerados para los Servicios del Programa de Educación para Migrantes. Si su familia califica, sus hijos pueden ser elegibles para servicios tales como:

- Servicios de Tutoría
- Programas de Verano/Actividades de Enriquecimiento
- Referidos a Servicios Comunitarios

1. ¿Se ha mudado Usted o alguien de su familia durante los últimos tres años para hacer trabajo agrícola?

☐ **Yes** ☐ **No**

2. Por favor indique todo lo que corresponda.

☐ Cultivar, recoger o empacar frutas y verduras.

☐ Cultivar, cosechar o empacar árboles, arbustos y flores, incluido el trabajo en una vivero de plantas.

☐ Cultivar, cosechar, empacar o procesar mariscos.

☐ Procesar aves, carne de res o pescado crudos.

☐ Trabajar con ganado como ganado vacuno, pollos o cerdos.

☐ Trabajo en madera o pesca comercial.

3. Nombre del Padre/Tutor_____

Teléfono_____

Please submit completed form if the answer to Number 1 is yes to the Director of State and Federal Grants and Programs, Paige Ford pford@ncpsk12.com.

ENTRADA DE SALUD ESCOLAR FORMULARIO DE INFORMACIÓN

Nombre_____ Fecha denacimiento_____/_____/_____
Apellido Primer Nombre Segundo Nombre

Sexo: Masculino____ Femenino_____ No Binario____ Raza:____ # de seguro social_____

Padre o Guardian: _____ # de teléfono:_____
Apellido Primer Nombre Segundo Nombre

Direccion de domicillio:_____Codigo Postal: _____
Persona para llamar en caso de emergencia si el padre/tutor no está disponible:
Nombre:_____# de teléfono: _____

Enfermedades Graves o Crónicas
□ Si □No Asthma
□ Si □No Parálisis Cerebral
□ Si □No Diabético (dependiente de insulina)
□ Si □No Convulsiones
□ Si □No Resfriados frecuentes
□ Si □No Hipertiroidismo
□ Si □No Hipotiroidismo
□ Si □No Alergias distintas de las relacionadas con los alimentos/drogas: En caso de sí,describa:_____
_____
□ Si □No Cancer: En caso de si, describa: _____
□ Si □No Enfermedad del corazón: En caso de si. describe: _____

Accidentes
Su hijo/a ha tenido alguna de las siguientes? En caso de sí, describa: _____
□ Si □No Quemaduras que requirieron tratamiento _____
□ Si □No Golpes en la cabeza que requirieron tratamiento _____
□ Si □No Fracturas _____
□ Si □No Laceraciones o cortadas que requirieron puntadas o refuerzo contra el tétano _____
□ Si □No Cerca de ser ahogado _____
□ Si □No Envenenamiento _____
□ Si □No Caidas graves _____

Medicamentos
Su hijo/a usa algún medicamento? En caso de si, por favor describe
□ Si □No Medicamento sin receta:Identifique qué droga y la condición que requiere de esta droga _____
_____
□ Si □No Medicamentos sobre el mostrador (sin receta) Identificar las drogas y la razón para su uso _____
_____
□ Si □No Alergias a medicamentos: Identifique drogas y la reacción: _____

Nutrición
□ Si □No Dolor abdominal
□ Si □No Bajo de peso o sobrepeso para su edad
□ Si □No Alergias relacionadas con los alimentos: Identifique los alimentos y la reacción a los alimentos _____
_____
□ Si □No Problemas con la eliminación (evacuación intestinal y/o orinar) _____
_____

Operaciones
□ Si □No Apendicectomia
□ Si □No Hernia
□ Si □No Amigdalectomía
□ Si □No Otro (explique) _____

Condición de discapacidad
□ Si □No Escoliosis
□ Si □No Espina Bífida
□ Si □No Otro (explique) _____

Enfermedades en la sangre
□ Si □No Anemia
□ Si □No Leucemia
□ Si □No Hemophilia
□ Si □No Anemia de células falciformes

Audicion
□ Si □No Dolor de oídos frecuentes
□ Si □No Tubos en oídos
□ Si □No Tiene problemas de audición
□ Si □No Utiliza audífonos

Vision
□ Si □No Usa lentes
□ Si □No Talla los ojos frecuentemente
□ Si □No Entorno A la vista
□ Si □No No mira los colores

Dental
□ Si □No Caries
□ Si □No Labio leporino o paladar
□ Si □No Enfermedad en las encías
□ Si □No Usa aparatos dentales (frenos)

Comunicacion
□ Si □No Habla comprensible
□ Si □No Tartamudea
□Si □No Hablar ceceando

_____ _____
Firma del Padre Fecha

ESCUELAS PÚBLICAS DEL CONDADO DE NORTHAMPTON
EDIFICIO ESCOLAR DE ADMINISTRACION
7207 YOUNG STREET
MACHIPONGO, VIRGINIA 23405

APLICACIÓN ESTUDIANTIL PARA NO RESIDENTES PARA EL AÑO ESCOLAR 2026-2027

Por favor firme y complete ambos lados, y someta al director de su edificio para aprobación.

Yo solicito permiso para que mi hijo/a asista a _____Escuela en el Condado De Northampton.
Nombre Del Estudiante_____Fecha De Nacimiento:_____Grado Actual:_____
Copia Del Acta De Nacimiento (Es requerida para registrar al estudiante) □ Si □No

Para Propósitos De Data Únicamente:

Sexo Del Estudiante: (Circule Uno) Masculino Femenino No Binario Raza Del Estudiante: (Circule Uno) Negro Blanco Otro
Si este niño/a ha asistido alguna escuela del Condado De Northampton previamente por favor circule los grados que él/ella han asistido:
K – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10 – 11 – 12

Nombre De Padres/Guardianes(Con Cual El Estudiante Vive: _____
Direcion 911: _____Cuidad: _____Codigo Postal:_____
Dirección De Correo:_____ Ciudad: _____ Código Postal:_____
Numero De Telefono/ Numero De Celular:_____

Razón por esta petición:
El transporte es proveído solamente en las áreas del Condado De Northampton.
Su hijo/a requiere transporte de los camiones escolares del Condado De Northampton? ? □ Si □No
Al hacer esta solicitud para que mis hijos asistan a las Escuelas Públicas del Condado de Northampton, entiendo y acepto que:

- Tengo la tutela legal del niño mencionado y la información que he proporcionado en este documento es verdadera y correcta.
- La provisión de servicios educativos para estudiantes que no son residentes estará sujeta al espacio disponible, a las leyes y regulaciones estatales y federales aplicables y a cualquier orden judicial que rija la asistencia.
- Los estudiantes no residentes que se sospecha que tienen una discapacidad pueden ser referidos a la división de residencia de su escuela para la evaluación y el desarrollo de un IEP si corresponde. Los servicios de educación especial pueden tener que ser proporcionados por la división escolar de la residencia legal de los padres.
- Mi hijo se desempeñará de la mejor manera posible en su capacidad académica.
- Mi hijo cumplirá con todas las reglas, regulaciones, políticas y pautas de las Escuelas Públicas del Condado de Northampton, incluidas, entre otras, las enumeradas en el Código de Conducta y el Manual del Estudiante / Padre.
- Si mi hijo no se desempeña académicamente o no cumple con las normas, reglamentos, etc. de las Escuelas Públicas del Condado de Northampton, será retirado de las Escuelas Públicas del Condado de Northampton y deberá asistir a la escuela en su lugar de residencia.
- Mi hijo no tiene derecho legal a asistir a las Escuelas Públicas del Condado de Northampton y puede ser sacado de las Escuelas del Condado de Northampton en cualquier momento.

Esta petición debe ser sometida cada año.

_____ _____
(Firma Del Padre/Guardián) *(Fecha)*

Recomendación Del Director/a **aprobar/ desaprobar** _____
Firma Del Director/a

OFFICIAL USE ONLY

School Board **approves/disapproves of** this request. (Circle one)

_____ _____
Signature of Northampton County School Board Official Date

Permission is **granted/denied** for _____to attend _____ School for the 2026-2027 school term.

_____ _____
Signature of Superintendent Date

ESCUELAS PÚBLICAS DEL CONDADO DE NORTHAMPTON

Nombre Del Estudiante _____ Escuela _____
(Primero Segundo Apellido)

Fecha De Nacimiento Del Estudiante _____ Grado _____

La Ley de Virginia requiere que, antes de la admisión a cualquier escuela pública en el estado, una junta escolar requiere que el padre, tutor u otra persona con un niño en edad escolar proporcione, al momento del registro, una declaración jurada o afirmación que indique si el estudiante ha sido expulsado de la asistencia escolar en una escuela privada o en una división de escuelas públicas del estado o en otro estado por una infracción en violación de las políticas de la junta escolar relacionadas con armas, alcohol o drogas, o por infligir deliberadamente lesiones a otra persona . Cualquier persona que haga una declaración o afirmación falsa será culpable tras la condena de un delito menor de Clase 3. El documento de registro se mantendrá como parte del registro escolar del estudiante. (Código de Virginia 22.1-3.2)

POR FAVOR COMPLETE Y FIRME UNO DE LOS ESTADOS DE ABAJO

Yo, _____, afirmó que _____ **no ha** sido expulsado de la asistencia escolar en alguna escuela privada o pública en Virginia o otro estado por cualquier ofensa en violación a las pólizas de la junta escolar relacionado a armas, alcohol, o drogas, o por infligir deliberadamente lesiones a otra person.

_____ _____
Firma del padre/guardián Fecha

Yo, _____, afirmó que _____ **si ha** sido expulsado de la asistencia escolar en alguna escuela privada o pública en Virginia o otro estado por cualquier ofensa en violación a las pólizas de la junta escolar relacionado a armas, alcohol, o drogas, o por infligir deliberadamente lesiones a otra person.

_____ _____
Firma del padre/guardián Fecha