



*La Junta Escolar del Condado de Brevard,
Florida*

Información sobre la inscripción escolar
Entrada por primera vez

INSTRUCCIONES: Reúna los siguientes documentos para presentarlos a la escuela de su hijo con el fin de inscribir a un estudiante nuevo en las escuelas públicas de Brevard.

**PARA INGRESAR AL JARDÍN DE INFANTES, LOS NIÑOS DEBEN TENER 5 AÑOS DE EDAD EN SEPTIEMBRE O ANTES
PARA INGRESAR AL PRIMER GRADO, LOS NIÑOS DEBEN TENER 6 AÑOS DE EDAD EN O ANTES DEL 1 DE
SEPTIEMBRE.**

Para inscribir a su hijo en la escuela, se necesitan copias de los siguientes documentos:

VERIFICACIÓN DE NOMBRE LEGAL Y EDAD

A. Acta de nacimiento

**O SI NO SE DISPONE DE CERTIFICADO DE NACIMIENTO, UNO DE LOS
SE PUEDE UTILIZAR LO SIGUIENTE COMO ÚLTIMO RECURSO):**

- A. Transcripción del nacimiento del niño (Certificado de Nacimiento)
- B. Póliza
- C. Pasaporte
- D. Expediente escolar
- E. Certificación de bautismo, acompañada de la declaración jurada de los padres
- F. Registro bíblico de buena fe, acompañado de la declaración jurada de los padres
- G. Declaración jurada de edad de los padres, acompañada de la declaración de un médico

VERIFICACIÓN DE VACUNAS Y EXAMEN FÍSICO:

Un. *Comprobante de vacunas en el Formulario 680 del Departamento de Salud,*
UBICACIONES DEL DEPARTAMENTO DE SALUD:

- Clínica Titusville, 611 Singleton Ave, Titusville.
- Clínica Viera 2555 Juez Fran Jamieson Way, Viera;
- Clínica Melbourne, 601 E. University Boulevard, Melbourne.

B. *Comprobante de examen físico realizado por un médico de los EE. UU. en el último año.*

Si no se puede proporcionar documentación, se debe programar un examen físico dentro de los treinta (30) días. *Tenga en cuenta que treinta (30) días no se extienden a los estudiantes de PreK y Kindergarten.

VERIFICACIÓN DE ANTECEDENTES ACADÉMICOS, SI CORRESPONDE

- A. Transcripción
- B. Último boletín de calificaciones
- C. Formulario de desistimiento

VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN DE EDUCACIÓN DE ESTUDIANTES EXCEPCIONALES /504, SI CORRESPONDE

- D. IEP actual
- E. Plan 504 actual

* Proporcione una copia del IEP o del Plan 504 a la escuela al momento de la inscripción.

COMPROBANTE DE RESIDENCIA

Se requiere que todos los estudiantes proporcionen dos (2) formas de verificación de residencia en el registro inicial, si ha habido un cambio de dirección o a discreción del director.

El comprobante de residencia incluirá uno (1) de los siguientes de cada nivel:

NIVEL 1

- Una. Licencia de conducir vigente
(F.S. 322.19(2) requiere que actualice la información de su dirección en su licencia de conducir dentro de los 10 días posteriores a la mudanza)
- B. Estado de cuenta de la hipoteca
- C. Contrato de compra O escritura de garantía
(con fecha de cierre prevista dentro de los 90 días de la escuela)
- D. Contrato de arrendamiento/alquiler
(con su nombre como arrendatario)

NIVEL 2

- Un. Estado de cuenta actual de los servicios públicos (dentro de los últimos 30-40 días)
- B. Tarjeta de Registro de Votante de Florida Actual
- C. Registro o Título Actual del Vehículo de la Florida
- D. Una conexión de servicios públicos o un pedido con fecha de 60 días
- E. Tarjeta médica o sanitaria con dirección indicada
- F. Póliza o factura de seguro de propietario de vivienda actual
- G. Póliza o factura de seguro de automóvil actual

DOCUMENTACIÓN DE TUTELA

(SOLO SE APLICA SI USTED NO ES EL TUTOR LEGAL O EL PADRE CON CUSTODIA RESIDENCIAL DE UN ESTUDIANTE)

Los procedimientos de la Escuela del Condado de Brevard requieren que se proporcione uno de los siguientes documentos para la inscripción.

Un. La documentación de custodia de la corte ~ debe incluir el decreto de divorcio y el plan de crianza firmado por un juez.

- B. Poder notarial educativo ~ * (Se aplican ciertas reglas)
- C. Declaración Jurada de Tutela Educativa ~ * (Se aplican ciertas reglas)
- D. Carta de Colocación del Departamento de Niños y Familias

*** FORMULARIOS DISPONIBLES EN LA ESCUELA A PEDIDO**

PAQUETE DE ACUSE DE RECIBO

Los siguientes formularios también deben completarse y firmarse en el momento de la inscripción. Este paquete contiene información importante sobre las reglas, políticas y procedimientos de BPS.



Junta Escolar del Condado de Brevard, Florida INSCRIPCIÓN DE NUEVOS ESTUDIANTES

INSTRUCCIONES: Todos los estudiantes que ingresan al Distrito de Escuelas Públicas de Brevard deben completar un Formulario de Registro de Estudiantes. Solo se debe completar un (1) formulario por estudiante anualmente, independientemente de la custodia.

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

APELLIDO (LEGAL)	NOMBRE	MEDIO	NOMBRE ANTERIOR (LEGAL)	GRADO	GÉNERO
					<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
RAZA	ETNIA/RAZAS	CONDICIÓN DE RESIDENTE	NACIMIENTO*		
<input type="checkbox"/> Blanco, <input type="checkbox"/> Negro/afroamericano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo de América o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Hawaiano u otro isleño del Pacífico	Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Residente de fuera del condado <input type="checkbox"/> ESE Residente de fuera del condado <input type="checkbox"/> Estudiante de Intercambio Extranjero <input type="checkbox"/> Escuela 9995 solamente <input type="checkbox"/> Residente de fuera del estado Residente del Condado de <input type="checkbox"/> In	LUGAR DE NACIMIENTO		
			Fecha en que ingresó por primera vez a cualquier escuela de EE. UU. (obligatorio)		
			NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (OPCIONAL)		

REGISTRO DEL PADRE/TUTOR LEGAL

SI LOS PADRES NO VIVEN EN EL MISMO HOGAR, SOLO EL PADRE/TUTOR LEGAL QUE SE REGISTRA (ES DECIR, COMPLETA ESTE FORMULARIO) PUEDE RETIRAR AL ESTUDIANTE DE SU ESCUELA ACTUAL A MENOS QUE HAYA DOCUMENTACIÓN DE CIRCUNSTANCIAS ATENUANTES QUE INDIQUEN LO CONTRARIO. A MENOS QUE AL OTRO PADRE SE LE HAYA PROHIBIDO VER LA EXPULSIÓN DE UN ESTUDIANTE DE LA ESCUELA, ÉL/ELLA DEBE SER INCLUIDO EN ESTE FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN. CONSULTE LA SECCIÓN AUTORIDAD LEGAL PARA OBTENER INFORMACIÓN ADICIONAL.

APELLIDO (LEGAL)	NOMBRE	MEDIO	EMPLEADOR	TELÉFONO DE LA EMPRESA
DIRECCIÓN RESIDENCIAL		TELÉFONO RESIDENCIAL	TELÉFONO CELULAR	DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO PRINCIPAL
PADRE/TUTOR				
<input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> tutor legal* <input type="checkbox"/> otro pariente* <input type="checkbox"/> Tutor Ad Litem* <input type="checkbox"/> Padre Sustituto*		<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> Tutor Legal <input type="checkbox"/> Abuela <input type="checkbox"/> Abuelo <input type="checkbox"/> tía <input type="checkbox"/> tío Otro:		

PADRE/TUTOR LEGAL NO REGISTRADO

APELLIDO (LEGAL)	NOMBRE	MEDIO	EMPLEADOR	TELÉFONO DE LA EMPRESA
DIRECCIÓN RESIDENCIAL		TELÉFONO RESIDENCIAL	TELÉFONO CELULAR	DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO PRINCIPAL
PADRE/TUTOR				
<input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> tutor legal* <input type="checkbox"/> otro pariente*		<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> Tutor Legal		

<input type="checkbox"/> Tutor Ad Litem*	<input type="checkbox"/> Padre Sustituto*	<input type="checkbox"/> Abuela <input type="checkbox"/> Abuelo <input type="checkbox"/> tía	<input type="checkbox"/> tío
Otro:			

AUTORIDAD LEGAL

IMPORTANTE: LOS PADRES QUE SE REGISTRAN <u>DEBEN</u> RESPONDER TODAS LAS PREGUNTAS A CONTINUACIÓN	
A. ¿Hay alguna orden judicial que prohíba a cualquiera de los padres sacar al estudiante de la escuela? <i>En caso afirmativo, proporcione a la escuela una copia de la orden judicial más reciente firmada por un juez.</i>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A
Si está divorciado o separado: B. ¿Tienen los padres derechos y responsabilidades parentales compartidos (o conjuntos)? <i>Si no, proporcione a la escuela una copia de la Orden de la Corte firmada por un juez que limita los derechos o responsabilidades de los padres con respecto al estudiante.</i>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A
C. ¿Alguno de los padres tiene Autoridad final para la toma de decisiones en materia de educación para el estudiante? En caso afirmativo, proporcione a la escuela una copia de la orden judicial firmada por un juez que indique que uno de los padres tiene la autoridad final para tomar decisiones sobre la educación.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A
D. ¿Existe una Orden de Restricción Temporal, una Orden de Restricción Permanente, una Orden de No Contacto u otra Orden Judicial que restringe o afecta el acceso al estudiante por parte de cualquier persona, incluido un padre? <i>En caso afirmativo, proporcione a la escuela una copia de la orden judicial más reciente firmada por un juez.</i>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A

NIÑOS EN EDAD ESCOLAR QUE VIVEN EN CASA

Nombre del niño (nombre y apellido)	Grado	Relación	Escuela	Nombre del niño (nombre y apellido)	Grado	Relación	Escuela

ÚLTIMAS TRES ESCUELAS A LAS QUE ASISTIÓ (Comience con la más reciente: si ingresa al jardín de infantes, enumere Preescolar)

Nombre de la escuela	Condado/Estado	Dirección de la escuela (si no es Brevard)	¿Último grado asistido?	¿Retenido?

AUTORIDAD DE EMERGENCIA

En el caso de una emergencia, es imperativo que la escuela pueda comunicarse con el padre/tutor legal del estudiante como se define en la Sección 1000.21 (5) de los Estatutos de la Florida. Tanto el padre/tutor legal que se registra como el padre/tutor legal que no se registra de un estudiante figurarán en la lista de contactos de emergencia como personas autorizadas para recoger al niño de la escuela, excepto cuando una orden judicial haya revocado los derechos de los padres, y se haya proporcionado una copia firmada de dicha orden judicial a la escuela según la Orden Administrativa del Tribunal de Relaciones Domésticas 15-10-B. Tanto el padre/tutor legal que se registra como el que no se registra designarán en la Lista de Contactos de Emergencia a las personas autorizadas a recoger a su hijo de la escuela en caso de emergencia. Ningún padre eliminará o alterará de ninguna manera los nombres proporcionados por el otro padre/tutor legal en la lista de contactos de emergencia. Es responsabilidad de ambos padres informar a la escuela de cualquier cambio en la información que cada uno ha proporcionado en la lista de contactos de emergencia.

Cualquier persona que figure como "contacto de emergencia" solo será llamada y se le permitirá recoger al estudiante durante una emergencia. El padre/tutor legal, con la autoridad legal para hacerlo, debe comunicarse con la escuela antes de la liberación de un estudiante para "recogidas que no sean de emergencia".

LISTA DE CONTACTOS DE EMERGENCIA

1. Apellido, Nombre	MI	Número(s) de contacto	Relación con el estudiante	2. Apellido, Primero	MI	Número(s) de contacto	Relación con el estudiante
3. Apellido, Nombre	MI	Número(s) de contacto	Relación con el estudiante	4. Apellido, Nombre	MI	Número(s) de contacto	Relación con el estudiante
5. Apellido, Nombre	MI	Número(s) de contacto	Relación con el estudiante	6. Apellido, Nombre	MI	Número(s) de contacto	Relación con el estudiante

--	--	--	--	--	--	--	--

DIVULGACIONES DE LOS ESTUDIANTES

ESCUELA PÚBLICA DE FLORIDA	
¿Alguna vez este estudiante ha estado inscrito en una escuela pública de Florida?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
EDUCACIÓN EXCEPCIONAL PARA ESTUDIANTES	
¿Ha recibido el estudiante alguna vez alguna Educación Estudiantil Excepcional (Educación Especial)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
En caso afirmativo, ¿cuándo? ¿Dónde? (Condado/Estado/País) _____	(Año O Nivel de Grado) _____ ¿Dónde? _____
¿Acepta recibir copias de los registros de Educación Excepcional (Educación Especial) de su estudiante a la dirección de correo electrónico que proporcionó en este registro? <i>Por favor, proporcione a la escuela una copia del IEP al momento de la inscripción.</i>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
PLAN 504	
¿Alguna vez el estudiante ha recibido servicios a través de un Plan 504?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
En caso afirmativo, ¿cuándo? (Año O Nivel de Grado) _____ ¿Dónde? (Condado/Estado/País) _____	(Año O Nivel de Grado) _____ ¿Dónde? _____
¿Da su consentimiento para recibir copias de los registros del Plan 504 de su estudiante a la dirección de correo electrónico que proporcionó en este registro? <i>Por favor, proporcione a la escuela una copia del 504 al momento de la inscripción.</i>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
SALUD CRÓNICA	
¿Tiene el estudiante una condición de salud inusual o crónica? <i>En caso afirmativo, asegúrese de visitar a la enfermera de la escuela y completar un formulario de salud crónica.</i>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
FS 1006.07 Divulgaciones del estudiante requeridas en la inscripción escolar – <i>De acuerdo con los procedimientos establecidos por la Junta Escolar del Distrito, cada estudiante en el momento de la inscripción inicial para la escuela en un distrito escolar deberá anotar las expulsiones escolares anteriores, los arrestos que resulten en un cargo y las acciones de Justicia Juvenil que el estudiante haya tenido.</i>	
Está el estudiante actualmente bajo suspensión/expulsión de otra escuela o sistema escolar.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Es sí, por favor marque aplicable.	<input type="checkbox"/> Suspensión Expulsión <input type="checkbox"/> Fecha _____
Escuela: _____ Por favor, explique la infracción que causa la suspensión y/o expulsión: _____ _____	
¿Alguna vez un estudiante ha sido arrestado y acusado?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
En caso afirmativo, explique: Fecha _____ cargo(s) _____ _____	
¿Está el estudiante actualmente bajo acciones del sistema juvenil?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Está el estudiante en Control Comunitario?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Ha sido referido el estudiante a los servicios de salud mental correspondientes por un distrito escolar para el ¿Divulgaciones anteriores? (Sección 1006.07(1)(b), Estatutos de la Florida)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

**ENCUESTA / NOTIFICACIÓN DEL IDIOMA DEL HOGAR
EL COMPROMISO DE FLORIDA CON TODOS LOS ESTUDIANTES DEL IDIOMA INGLÉS**

Nombre del estudiante:		Grado:	Escuela:		
			Sí	No	
1. ¿Se usa un idioma que no sea el inglés en el hogar?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
En caso afirmativo, ¿en qué idioma? (HM)					
2. ¿Tenía el estudiante un primer idioma que no fuera el inglés?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
En caso afirmativo, ¿en qué idioma? (PL)					
3. ¿El estudiante habla con mayor frecuencia un idioma que no sea inglés?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
En caso afirmativo, ¿en qué idioma? (SL)					

Estimados Padres/Tutores,

La(s) respuesta(s) afirmativa(s) en la Encuesta sobre el **idioma del hogar** que completó para su hijo/a requiere(n) una evaluación de su dominio del inglés para que los maestros puedan servirle mejor. El Distrito Escolar de Brevard utiliza la Prueba de Competencia del Lenguaje Oral/Auditivo de IDEA en todos los grados para determinar la competencia auditiva y oral. En los grados 3-12, también se evalúa el dominio de la lectura y la escritura en inglés.

- Si respondió "sí" a la pregunta uno **solamente** (¿Se usa un idioma que no sea el inglés en el hogar?), entonces su hijo/a **no** recibirá los servicios de ESOL antes de la prueba.
- Si respondió "sí" a la pregunta dos o tres o a ambas (¿Tenía el estudiante un primer idioma que no fuera el inglés? y/o el estudiante habla con mayor frecuencia un idioma que no sea el inglés), entonces su hijo/a **recibirá** servicios de ESOL antes del examen.
- Si su hijo/a está en los grados 3-12, tiene fluidez en la Prueba de Competencia del Lenguaje Auditivo/Oral y no tiene puntajes recientes en pruebas estandarizadas de lectura y escritura, se le dará una prueba de lectura y escritura.
- Si la prueba no se puede administrar dentro de los 20 días posteriores a la Encuesta sobre el **idioma del hogar**, recibirá una explicación de la escuela.

La escuela le hará las pruebas y se le notificará sobre la elegibilidad de su hijo/a para los servicios de ESOL. El Programa ESOL brinda servicios a los estudiantes con dominio limitado del inglés al colocar a los estudiantes con maestros de aula que han recibido capacitación en estrategias para hacer que el inglés y el contenido de las materias sean comprensibles para ellos.

DECLARACIÓN DE RESIDENCIA ESTUDIANTIL

Las respuestas a este cuestionario de vivienda ayudan a determinar la elegibilidad de los servicios que se pueden proporcionar a través de la Ley federal McKinney-Vento, 42 U.S.C 11435. Para obtener más información, comuníquese con la oficina de BPS SIT al 321-633-1000 ext. 11557.

¿Dónde se alojan usted y su familia actualmente por la noche? (Solo marque una casilla):

- Quedarse en algún lugar temporalmente o vivir con otra persona.
(Si marcó esta casilla, complete el resto de este cuestionario).
- Alquilar o ser dueño de mi propia casa, condominio, apartamento u otra residencia permanente.
(Si marcó esta casilla, NO es necesario que complete el resto de este cuestionario).

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE: SE DEBEN COMPLETAR TODAS LAS SECCIONES

Nombre de los padres/tutor legal o joven no acompañado Nombre: _____ Relación con el estudiante: _____
 Dirección actual: Ciudad _____ / Código Postal: _____
 Duración de la estancia en esta dirección: _____
 Dirección anterior: _____
 Dirección postal: _____
 Teléfono: _____ casa, celular, trabajo _____ hogar, celular, trabajo

POR FAVOR, HAGA UNA LISTA DE TODOS LOS ESTUDIANTES DE LA FAMILIA QUE SE INSCRIBEN EN LAS ESCUELAS PÚBLICAS DE BREVARD.

NOMBRE DEL ESTUDIANTE	CARNÉ DE ESTUDIANTE #	Lunes a viernes	DOB	GRADO	ESCUELA

Coloque una "X" en la casilla correspondiente para responder "Sí" o "No".

RESIDENCIA NOCTURNA	SÍ	NO	CÓDIGO
1. Mi familia vive en un refugio de emergencia o de transición (por ejemplo, el remolque de FEMA).			Un
2. Mi familia comparte la vivienda de otras personas debido a la pérdida de la vivienda, dificultades económicas o una razón similar; duplicado.			B
3. Mi familia vive en un automóvil, un parque, un parque temporal de remolques o un campamento debido a la falta de alojamiento alternativo adecuado, espacio público, edificio abandonado, vivienda precaria, estación de autobús o tren, lugar público o privado que no está diseñado o que se usa normalmente como un alojamiento regular para dormir para seres humanos o entornos similares.			D
4. Mi familia vive en un hotel o motel debido a la falta de un alojamiento alternativo adecuado.			E
5. Un niño/joven en mi hogar es menor de 16 años y no está acompañado (no está bajo la custodia física de un padre o tutor) o yo soy un joven no acompañado menor de 16 años.			
6. Un niño/joven en mi hogar tiene 16 años de edad o más y un joven no acompañado (joven que no está bajo la custodia física de un padre o tutor) o yo soy un joven no acompañado de 16 años de edad o más.			

Si marcó "Sí" a alguna de las preguntas anteriores, indique la causa colocando una "X" en la casilla correspondiente.

- Desastre provocado por el hombre (Mayor) (D) Terremoto (E) Inundaciones (F)
 Huracán (H) Ejecución hipotecaria (M) Otras causas de la falta de vivienda (N)
 Tormenta Tropical (S) Tornado (T) Desconocido (U)
 Fuego salvaje (W)

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN A AGENCIAS COMUNITARIAS Y DE SERVICIOS SOCIALES:	ACTUALMENTE, ¿CUÁLES SON LAS MAYORES NECESIDADES DE SU HIJO?
<p>Es posible que haya derechos y servicios de protección adicionales disponibles para las familias calificadas. Estos derechos incluyen la inscripción inmediata en la escuela, comidas gratuitas, estabilidad escolar y transporte a la escuela de origen. Por favor, marque "sí" si permite que esta información se divulgue a los servicios sociales y/o agencias comunitarias para una posible ayuda. La divulgación de información expira al final del año escolar.</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	<p><input type="checkbox"/> Tarjetas de regalo <input type="checkbox"/> útiles escolares <input type="checkbox"/> consejería <input type="checkbox"/> Ayuda para la mejora académica / Tutoría. <input type="checkbox"/> Ropa (disponible solo a través de donación) <input type="checkbox"/> Transporte / Pases de autobús SCAT <input type="checkbox"/> Zapatos <input type="checkbox"/> Teléfono celular <input type="checkbox"/> Punto de acceso para internet <input type="checkbox"/> computadora portátil</p>

Si respondió "Sí" a algunas o todas las preguntas anteriores, un representante educativo puede comunicarse con usted para averiguar si su hijo o usted, como joven no acompañado, es elegible para servicios educativos adicionales.

CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES PARA AGREGAR UN APODO AL FORMULARIO DE SOLICITUD DE LA PANTALLA DEMOGRÁFICA DE FOCUS

El Estatuto de la Florida 1000.071 proporciona la autoridad para que la Junta Estatal de Educación adopte reglas para implementar los estatutos. En junio de 2023, la Junta de Educación del Estado de Florida aprobó cambios a la Regla 6A1.0955 que establecen que los distritos escolares adoptarán políticas y procedimientos para abordar "disposiciones para que los padres especifiquen el uso de cualquier desviación del nombre legal de su hijo en la escuela. Los distritos escolares desarrollarán un formulario para obtener el consentimiento de los padres junto con cualquier documentación requerida, según corresponda".

Al enviar este formulario, estoy solicitando que se agregue un nombre de pila alternativo a mi pantalla demográfica de Focus en el campo Apodo y que el personal de la escuela lo use para referirse a mi hijo.

- SÍ, ME GUSTARÍA AGREGAR UN APODO A LA PÁGINA DEMOGRÁFICA DE ENFOQUE DE MI HIJO**
- NO, NO QUIERO AGREGAR UN APODO A LA PÁGINA DE FOCUS DEMOGRAPHIC DE MI HIJO**

EN CASO AFIRMATIVO, COMPLETE LA SECCIÓN A CONTINUACIÓN.

NOMBRE LEGAL DEL ESTUDIANTE: _____ **SOLICITADO APODO:** _____

Entiendo que agregar un apodo a la cuenta de FOCUS de mi hijo NO se reflejará en ningún documento legal, como boletas de calificaciones o transcripciones.

DECLARACIÓN ANUAL DEL ESTUDIANTE

INSTRUCCIONES: Este formulario debe usarse cada año para cumplir con los requisitos estatales de presentación de informes. La información contenida en esta declaración es necesaria para fines de presentación de informes estatales y federales. Este formulario se completará anualmente al comienzo del año escolar.

Estudiante de familia militar - Esta información se utilizará para identificar a los estudiantes de familia militar. Esto ayudará a las escuelas a proporcionar respuestas oportunas a la colocación de los estudiantes y varias consideraciones en todos los aspectos de la inscripción, los estudios académicos y la asistencia de un estudiante.

¿Es el estudiante hijo de:

Un miembro en servicio activo de los servicios uniformados, incluidos los miembros de la Guardia Nacional y Reserva en las órdenes de servicio activo.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Un miembro o veterano de los servicios uniformados que esté gravemente herido, dado de baja por razones médicas o jubilado por un período de 1 año.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Un miembro de los servicios uniformados que murió en/o como resultado de lesiones sufridas en servicio activo por un período de 1 año después de la muerte?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Afectados por huracanes/ terremotos – Esta información ayudará a las escuelas a inscribir rápidamente a los estudiantes afectados por desastres naturales. **Sírvase indicar sí o no a lo siguiente:**

¿El estudiante se mudó a este distrito escolar este año escolar debido a un huracán? (Y)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿El estudiante cambió de escuela dentro de este distrito este año escolar debido a un huracán? (W)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿El estudiante se mudó a este distrito este año escolar debido a un terremoto? (E)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿El estudiante cambió de escuela dentro de este distrito este año escolar debido a un terremoto? (Pregunta)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Inmigrante : esta información se utilizará para proporcionar servicios e instrucción especializada a los estudiantes identificados como inmigrantes.

Nota: Los hijos de personal militar de los EE. UU. nacidos en el extranjero deben incluirse en cualquier conteo de niños o jóvenes inmigrantes.

Sírvase indicar cuál de las siguientes afirmaciones es verdadera. El término niños y jóvenes inmigrantes se refiere a las personas que:

El estudiante tiene entre 3 y 21 años; y	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
El estudiante no nació en ningún estado, el Distrito de Columbia o Puerto Rico; y	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
El estudiante no ha estado asistiendo a una o más escuelas en uno o más estados durante más de 3 años académicos completos.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Migrante : esta información se utilizará para proporcionar servicios e instrucción especial a aquellos que se identifican como migrantes.

** Solo para uso escolar: Para cualquier familia que marque "sí" para migrante, copie y envíe este formulario a la Oficina de Título I en ESF.*

¿El padre/tutor del estudiante se ha mudado a Brevard en busca de trabajo en la industria agrícola, láctea o pesquera?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿El estudiante se ha mudado a Brevard en busca de trabajo en la industria agrícola, láctea o pesquera?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿El estudiante y la familia se han mudado en los últimos tres años de un distrito escolar a otro en busca de trabajo temporal o estacional en la industria agrícola, lechera o pesquera?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Cuidado de crianza y cuidado fuera del hogar : esta información ayudará a las escuelas a proporcionar respuestas oportunas a la ubicación de los estudiantes y varias consideraciones en todos los aspectos de la inscripción, los estudios académicos y la asistencia de un estudiante.

¿Está este estudiante en cuidado de crianza con licencia? (F)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Está este estudiante bajo cuidado familiar o no familiar ordenado por la corte? (resguardado) (O)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

INFORMACIÓN DE ACCESO A LA TECNOLOGÍA DE LOS ESTUDIANTES

Las Escuelas Públicas de Brevard se esfuerzan por fomentar una cultura de colaboración y una atmósfera de compromiso mientras preparamos a los estudiantes para prosperar en un mundo digital. Si bien seguimos comprometidos con los altos estándares del plan de estudios de Florida, también creemos que los distritos escolares están obligados a proporcionar a los estudiantes habilidades en alfabetización digital dentro del contexto de esos estándares. Por esta razón, el Distrito proporciona a los estudiantes acceso a Internet, correo electrónico, herramientas digitales de comunicación y colaboración, y recursos educativos en línea. Estos recursos se administran a un nivel apropiado para el grado, como se describe a continuación.

Las cuentas y aplicaciones estándar que se crean para los estudiantes incluyen:

- Cuenta de estudiante - Proporciona a cada estudiante un nombre de usuario y una contraseña únicos que se utilizan para acceder a las computadoras y aplicaciones del distrito.
- Google for Education: las cuentas de Google brindan a los estudiantes acceso a programas basados en la web y herramientas de colaboración.
 - A los estudiantes en los grados PK-6 se les proporciona acceso limitado para comunicarse y compartir con el personal del distrito y otros estudiantes inscritos en las Escuelas Públicas de Brevard.
 - A los estudiantes de 7º a 12º grado se les proporciona acceso abierto y auténtico para comunicarse con otros a través del correo electrónico y la publicación en la web.
- Office365: los estudiantes tendrán acceso a las aplicaciones de Microsoft Office en la escuela y en casa. Los estudiantes también tendrán una cuenta de correo electrónico y espacio de almacenamiento en la nube provisto para ellos.
- Classlink Launchpad: Launchpad proporciona a los estudiantes acceso de inicio de sesión único a una variedad de recursos educativos y libros de texto digitales utilizados para respaldar la instrucción basada en estándares.

Se espera que los estudiantes cumplan con los términos de la Política de Uso Aceptable de las Escuelas Públicas de Brevard mientras acceden a los recursos tecnológicos del Distrito. Por favor, revise la Política de Uso Aceptable que se encuentra en el manual del estudiante con su hijo. Los recursos tecnológicos del distrito deben utilizarse únicamente con fines educativos. Si los estudiantes no cumplen con esta política, se pueden tomar medidas disciplinarias.

Las aplicaciones basadas en la nube de Brevard tendrán varias capas de seguridad diseñadas para proteger a los estudiantes y hacer cumplir nuestra Política de uso aceptable para estudiantes (7540.03). Si bien la intención de Brevard es proporcionar un entorno informático completamente seguro y estéril, es imposible garantizarlo con absoluta fidelidad. Los administradores de sistemas de Brevard tendrán plena autoridad y capacidad para monitorear el contenido e investigar inquietudes. Los administradores del distrito pueden deshabilitar el acceso si se descubre que un estudiante está usando los sistemas de manera inapropiada, violando la política de uso aceptable o a discreción del director de la escuela o funcionario del distrito. Todo el tráfico web de los estudiantes se filtrará en o más allá del cumplimiento de CIPA.

Los padres tienen derecho a cancelar el acceso de sus hijos a las herramientas y recursos tecnológicos. Si decide restringir el acceso de su hijo a la tecnología, solicite que su escuela le proporcione el formulario de exclusión tecnológica 7540.03f1 para su firma. Tenga en cuenta que su decisión de eliminar el acceso de su hijo a estas herramientas puede afectar significativamente la capacidad de su hijo para trabajar en colaboración con sus compañeros y puede inhibir el desarrollo de habilidades digitales.

¿El estudiante tiene acceso a Internet fuera de la escuela?
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
¿El estudiante tiene acceso a dispositivos informáticos fuera de la escuela?
<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

MANUAL DEL CÓDIGO DE CONDUCTA ESTUDIANTIL

Cada padre/tutor de un estudiante inscrito en las Escuelas Públicas del Condado de Brevard debe reconocer que ha accedido a la versión en línea u obtenido una copia del Código de Conducta Estudiantil. Se puede acceder al Código de Conducta Estudiantil en el sitio web del distrito escolar en la pestaña Estudiantes y Familias o en su portal FOCUS.

Nota: El hecho de no acusar recibo de este formulario no excusará el incumplimiento. El Estudiante y el Padre/Tutor seguirán siendo responsables del conocimiento del contenido del Código de Conducta del Estudiante.

Acuso recibo de la notificación con respecto al acceso a la versión en línea u obtención de una copia del Código de Conducta Estudiantil a través del Portal para Padres o a través de la dirección web de Internet y que he leído y discutido el Código de Conducta Estudiantil con mi hijo.

TARJETA SANITARIA

CONDICIONES DE SALUD/NECESIDADES ESPECIALES – POR FAVOR VERIFIQUE			
<input type="checkbox"/> ADD/ADHA	<input type="checkbox"/> FIBROSIS QUÍSTICA	<input type="checkbox"/> ENFERMEDAD DE CÉLULAS FALCIFORMES	<input type="checkbox"/>
OTRO: _____			
<input type="checkbox"/> ASMA	<input type="checkbox"/> DIABETES	<input type="checkbox"/> RETARDO	<input type="checkbox"/> OTRO: _____
<input type="checkbox"/> TRASTORNO HEMORRÁGICO	<input type="checkbox"/> EPILEPSIA / CONVULSIONES	<input type="checkbox"/> CIRUGÍA	<input type="checkbox"/>
OTRO: _____			
<input type="checkbox"/> CÁNCER	<input type="checkbox"/> TRASTORNOS RENALES	<input type="checkbox"/> CONDICIONES PSIQUIÁTRICAS	<input type="checkbox"/> AFECCIONES CARDÍACAS
¿Se requerirán medicamentos o tratamientos en la escuela? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			

Los padres/tutores deben traer las órdenes del médico, los medicamentos en su envase original y completar la documentación correspondiente antes de la distribución de los medicamentos en la escuela.

MEDICAMENTOS DIARIOS:	INICIO 1. _____ ESCUELA 1 _____
	2. _____ 2. _____

DIABETES:	<input type="checkbox"/> TIPO I <input type="checkbox"/> TIPO II
MEDICACIÓN DE EMERGENCIA	_____
MEDICACIÓN DE EMERGENCIA	EPINEFRINA (EPIPEN) <input type="checkbox"/> EDUCACIÓN <input type="checkbox"/> EN EL HOGAR <input type="checkbox"/> AMBOS

ALERGIAS	<input type="checkbox"/> ALERGIAS ESPECÍFICAS A LAS PICADURAS DE INSECTOS:
	<input type="checkbox"/> ALIMENTOS _____ <input type="checkbox"/> MEDICINAS _____
	<input type="checkbox"/> OTRO _____

EQUIPAMIENTO ESPECIAL:	<input type="checkbox"/> Gafas/lentes de contacto <input type="checkbox"/> Aparatos ortopédicos para brazos/piernas <input type="checkbox"/> Desviar
	<input type="checkbox"/> Desfibrilador interno
	<input type="checkbox"/> Audición del aire <input type="checkbox"/> Sonda gástrica <input type="checkbox"/> Catéter <input type="checkbox"/> Otros equipos
	<input type="checkbox"/> Silla de ruedas <input type="checkbox"/> Traqueostomía <input type="checkbox"/> Estimulador vagal

CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES PARA DIVULGAR INFORMACIÓN PERSONAL DEL ESTUDIANTE PARA EL REEMBOLSO DE MEDICAID

El reembolso de Medicaid ayuda al distrito escolar a financiar los costos de proporcionar educación especial, servicios relacionados y cualquier otro servicios permitidos por Medicaid. Nuestro distrito escolar desea solicitar el reembolso de ciertos servicios prestados a su hijo accediendo a Medicaid. Debemos obtener su consentimiento informado por escrito con el fin de divulgar cierta información relacionados con la solicitud de reembolso de Medicaid.

Servicios del Plan Educativo Individual (IEP, por sus siglas en inglés)

La Ley de Educación para Personas con Discapacidades de 2004 (IDEA, por sus siglas en inglés) permite a los distritos escolares solicitar el reembolso de Medicaid por servicios prestados en la escuela (Título 34, sección 300.154(d)(2)(iv)(A)-(B), Código de Regulaciones Federales [CFR]).

Servicios que no son del IEP

Los distritos escolares también pueden solicitar el reembolso de Medicaid por los servicios prestados en virtud de la Ley Administrativa de la Florida.

Regla del Código de Medicaid para servicios basados en la escuela (Regla 59G-4.035).

Consentimiento otorgado o denegado: Indique su consentimiento o denegación marcando una de las casillas a continuación,

- Entiendo y doy mi consentimiento** al distrito escolar para compartir información sobre mi hijo con el Medicaid estatal (Agencia para la Administración del Cuidado de la Salud del Estado de Florida), su agente fiscal y el Medicaid del distrito escolar agente de facturación o facilitador de facturación para el distrito escolar para verificar la elegibilidad de Medicaid, solicitar el reembolso de Medicaid, y satisfacer las solicitudes de auditoría y revisión relacionadas con los servicios prestados a mi hijo. Entiendo que puedo retirar esto consentimiento para divulgar información para el reembolso de Medicaid en cualquier momento. Entiendo que si me niego a dar mi

consentimiento o retirar este consentimiento, el distrito escolar continuará proporcionando todos los servicios requeridos necesarios para recibir

una educación apropiada sin costo para mi hijo de acuerdo con 34 CFR § 300.154 (d) (2) (v) (D) u otros servicios fuera del IEP. Si se retira el consentimiento, éste entrará en vigor en la fecha de retirada y no

La información se dará a conocer después de esa fecha.

La información compartida puede incluir el nombre, la fecha de nacimiento, la dirección, la discapacidad de educación especial primaria de mi hijo (si

número de identificación de Medicaid de Florida, y el tipo y la cantidad de servicios de salud prestados, incluidos los

Las horas y fechas en que se prestaron los servicios. Los servicios pueden incluir servicios de comunicación de asistencia, fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla, terapia auditiva y del lenguaje, servicios conductuales que incluyen asesoramiento y trabajo social, servicios de transporte y servicios de enfermería.

Los registros que se divulgarán o intercambiarán pueden incluir IEP, registros de evaluación y elegibilidad, terapia de servicios relacionados

registros, bitácoras de transporte, notas de progreso e informes o registros de enfermería.



Entiendo y NO doy mi consentimiento al distrito escolar para que comparta información sobre mi hijo con el fin de que el para verificar la elegibilidad de Medicaid, solicitar el reembolso de Medicaid y satisfacer las solicitudes de auditoría y revisión relacionados con los servicios prestados a mi hijo.

PERMISO DE LOS PADRES PARA SERVICIOS DE SALUD Y EXÁMENES DE DETECCIÓN

El Estatuto de la Florida 381.0056 ordena que el Departamento de Salud de la Florida, en cooperación con el Departamento de Educación, proporcione servicios de salud y exámenes de detección para los estudiantes para la posible identificación de enfermedades o defectos desconocidos o no reconocidos. Las evaluaciones se llevarán a cabo en los grados K, 1, 3 y 6. Los exámenes dentales se realizarán a ^{los estudiantes de 2º} grado en escuelas seleccionadas y recibirán un formulario de consentimiento antes de la evaluación. Se notificará a los padres por escrito si alguna de las pruebas de detección genera inquietudes.

Marque **SÍ** o **NO** para participar en las siguientes proyecciones; Si la escuela no recibe una respuesta, su hijo será evaluado.

	SI	NO
Primeros auxilios básicos de rutina (p. ej., curitas, compresas de hielo, ungüento para abrasiones)		
Visión : ingreso a la escuela y grados K, 1, 3, 4 y 6		
Audición : ingreso a la escuela y grados K, 1 y 6		
Escoliosis (curvatura de la columna vertebral) grado 6		
(IMC) - (Altura, Peso y Masa Corporal) grados 1, 3 y 6		

ECG (EXAMEN DEL CORAZÓN)

Esta sección debe completarse SOLO si su hijo está ingresando al 6º grado.

1). Acerca de la prueba de detección de ECG:

Una prueba de detección de ECG (también conocida comúnmente como ECG) es una prueba que mide la actividad eléctrica del corazón para ayudar a identificar el riesgo de muerte cardíaca súbita de una persona. Los exámenes de ECG realizados por Who We Play For ("WWPF") incluyen (i) un examen de ECG y (ii) un formulario de historial médico.

2. Consentimiento para participar y agradecimientos Para recibir un examen de ECG, cada Participante debe leer y firmar este **Formulario de consentimiento para la evaluación del electrocardiograma y Liberación de responsabilidad ("Consentimiento y liberación")**. Si el Participante es menor de edad, el padre o tutor legal del Participante debe leer y firmar este **Consentimiento y Liberación**. La persona que reciba el examen de ECG se denominará en el presente documento como el "Participante". Al **firmar este Consentimiento y Liberación, usted reconoce y da fe de lo siguiente:**

- Leí detenidamente este Consentimiento y Liberación, entiendo este Consentimiento y Liberación, y he tenido la oportunidad de hacer cualquier pregunta.
- Doy mi consentimiento voluntario y elijo que los representantes y voluntarios realicen un examen de ECG al Participante.
- Entiendo y asumo voluntariamente todos los riesgos asociados con la participación del Participante en este programa de detección de ECG. Entiendo que el examen de ECG solo detectará anomalías en el corazón del Participante y no constituye un examen o diagnóstico médico completo. Entiendo que los resultados anormales de las pruebas no representan ni implican oficialmente que el Participante tenga o no una afección cardíaca. Entiendo que no se me ha dado ninguna garantía en cuanto a los resultados de la evaluación. Entiendo que esta prueba de detección no diagnostica todas las causas de muerte cardíaca súbita. Reconozco que la información que recibo de la prueba de ECG refleja la condición del corazón del Participante el día de la evaluación de ECG. Este examen de ECG no constituye un diagnóstico concluyente de la salud cardíaca o la condición física del Participante y no pretende servir como

- reemplazo del tratamiento y los chequeos con el médico de atención primaria u otro proveedor del Participante. Reconozco las limitaciones de un ECG y que la muerte cardíaca súbita u otros eventos cardíacos aún pueden ocurrir, a pesar de este examen. Entiendo que esta prueba de ECG no establece una relación de tratamiento o proveedor entre (i) el Participante y (ii) WWPF o cualquier persona que administre, interprete o comunique la evaluación de ECG o los resultados de la prueba de detección de ECG. Reconozco y reconozco que soy el único responsable de tomar cualquier acción de seguimiento apropiada relacionada con los resultados de la evaluación de ECG del Participante. Entiendo que la atención y el tratamiento de seguimiento no forman parte de este programa de detección de ECG; y
- Tengo la autoridad para firmar este Consentimiento y Liberación porque (i) soy el Participante o (ii) soy el padre o tutor legal del Participante.

3. Resultados, comunicación y confidencialidad de las pruebas de detección de ECG

El cardiólogo certificado por la junta que lee e interpreta la evaluación de ECG del Participante colocará al Participante en una de tres categorías: (i) bajo riesgo; (ii) seguimiento requerido; o (iii) mayor riesgo. Reconozco que es posible que se requiera que cualquier examen de ECG del Participante que se designe como de "mayor riesgo" se someta a pruebas adicionales (por ejemplo, un ecocardiograma o un ultrasonido) antes de que se le permita reanudar el atletismo. En ciertos condados, los participantes designados como "seguimiento requerido" pueden someterse a más pruebas antes de que se les permita reanudar el atletismo. Reconozco, entiendo y acepto lo siguiente:

- Si el cardiólogo certificado por la junta coloca al Participante en una categoría que requiere más pruebas o consultas médicas, WWPF puede informar a las personas que supervisan la participación del Participante en el atletismo sobre los resultados y el estado de la evaluación de ECG del Participante.
- Como parte de esta evaluación de ECG, acepto permitir que (i) los profesionales médicos y (ii) el personal, los contratistas y los voluntarios de WWPF (el "Equipo de WWPF") tengan acceso a los registros médicos creados durante esta evaluación de ECG. Acepto permitir que el equipo de WWPF se comunique conmigo con respecto a la participación del participante en esta evaluación de ECG y los resultados. Estoy de acuerdo y doy mi consentimiento para que WWPF comparta la siguiente información con la Junta Escolar del Condado de Brevard: nombre y apellido, altura, peso, origen étnico y estado de consentimiento del participante para la prueba de ECG y el nombre, correo electrónico y número de teléfono de los padres. Autorizo a WWPF a utilizar toda la información proporcionada, incluido el examen de ECG, para fines diagnósticos y estadísticos agregados, evaluaciones e investigaciones. La información recopilada de cualquier evento de detección de ECG puede publicarse en revistas científicas o presentarse en reuniones científicas, pero no se identificará personalmente a ningún Participante. Esta autorización puede ser revocada mediante la presentación de una notificación por escrito a WWPF en info@howeplayfor.org.

Según corresponda, el equipo de WWPF cumplirá con todas las leyes y regulaciones estatales y federales relevantes, incluidas las secciones aplicables de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA) y la Ley de Derechos y Privacidad de la Familia y la Educación (FERPA).

4. Renuncia y Liberación de Reclamos y Responsabilidad

Al firmar este Consentimiento y Liberación, por la presente acepto renunciar a todos y cada uno de los reclamos contra (i) WWPF y (ii) la Junta Escolar del Condado de Brevard y los empleados, directores, funcionarios, representantes, patrocinadores, fideicomisarios, socios, consultores, voluntarios y contratistas de ambos grupos (colectivamente, las "Partes indemnizadas"). Además, acepto indemnizar, liberar y eximir de responsabilidad a las Partes indemnizadas de todas y cada una de las reclamaciones, responsabilidades, costos y gastos que surjan o estén relacionados con la realización, interpretación y/o comunicación de los resultados de esta prueba de detección de ECG.

5. Reconocimiento y preguntas preliminares sobre el historial médico

Certifico que he leído este formulario o que me lo han leído y que entiendo completamente este Consentimiento y Liberación. En consideración a los servicios de ECG proporcionados por WWPF al Participante, doy mi consentimiento (i) a este Consentimiento y Autorización y (ii) a la participación del Participante en el programa de detección de ECG.

Gracias a las generosas donaciones de Health First, Simply Healthcare y Parrish Medical Center, este examen de ECG es gratuito.

DOY mi consentimiento para que mi hijo participe en la prueba de ECG. SÍ NO

En caso afirmativo, debe completar la siguiente información. Si la respuesta es NO, puede omitir esta sección.

¿El Participante toma alguno de los medicamentos relacionados con lo siguiente?	<input type="checkbox"/> TDA/TDAH <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> betabloqueantes <input type="checkbox"/> cardíacos OTRO:
¿Problemas cardíacos previos del participante, si los hubiera?	
¿Problemas cardíacos familiares, si los hubiera?	

VACUNAS

Florida requiere que se administren ciertas vacunas antes de que los niños puedan inscribirse y asistir a la guardería y la escuela. Si ha habido adiciones al registro de vacunación de su hijo en los últimos 12 meses, proporcione la última Certificación de Vacunación a la escuela en el momento de la inscripción. (Solo se puede aceptar el FORMULARIO DH3040).

Revise los registros de vacunas OBLIGATORIOS, específicamente los grados K y 7, en las tablas proporcionadas.

Información adicional está disponible a continuación y en el sitio web del Departamento de Salud de Florida en <https://www.floridahealth.gov/programs-and-services/immunization> .

Mission:
To protect, promote & improve the health of all people in Florida through integrated state, county & community efforts.



Florida HEALTH

Ron DeSantis
Governor

Joseph A. Ladapo, MD, PhD
State Surgeon General

Vision: To be the Healthiest State in the Nation

Brevard County School Immunization Requirements

GRADE Level	SHOTS Required
Pre K	4 DTaP 3 Polio* 1 MMR 1-4 HIB (age appropriate) 3 Hep B 1 Varicella (or certification of disease)
Kindergarten	4-5 DTaP** 3-5 Polio (last dose must be after age 4) 2 MMR 3 Hep B 2 Varicella (or certification of disease)
1 – 6	4-5 DTaP** 3-4 Polio* 2 MMR 3 Hep B 2 Varicella (or certification of disease)
7 – 12	4-5 DTaP** 1 Tdap 3-4 Polio* 2 MMR 3 Hep B 2 Varicella (or certification of disease)

- Notes of Exception:
- A child who commenced vaccination after 7 years of age would have only 3 Tdap/TD doses.
 - DTP is acceptable for DTaP.
 - * 3 Polio doses are accepted only if the last dose is given after 4 years of age and 6 months after the 2nd dose
 - ** 4 DTaP doses are accepted only if the last dose is given after 4 years of age and 6 months after the 3rd dose

Florida Department of Health
in Brevard County • School Health Program
 2865 Judge Fran Jamieson Way, Viera, FL 32940
 PHONE: 321-454-7134 • FAX: 321-454-7135



COMUNICADO DE PRENSA

Como padre/tutor de un estudiante en el Distrito Escolar del Condado de Brevard, por la presente otorgo a la Junta Escolar de las Escuelas Públicas del Condado de Brevard y a sus funcionarios, empleados y representantes de los medios de comunicación autorizados permiso para fotografiar y / o grabar a mi estudiante mientras participa en todas y cada una de las actividades escolares.

Entiendo que la fotografía, el nombre (tanto verbal como impreso), la cara, la imagen, la voz y la apariencia de mi estudiante contenidos en dichas producciones de medios pueden usarse para fines que incluyen, entre otros, anuncios de servicio público, desarrollo profesional, publicidad escolar y otros programas que se muestran a la comunidad escolar y al público en general, y pueden aparecer en periódicos. en la televisión, en los sitios web públicos y del distrito, en las publicaciones y producciones del distrito y en otras herramientas de comunicación dentro y fuera del distrito.

La información adicional que se puede divulgar incluirá:

- Lugar de nacimiento
- Campo de estudio principal e institución postsecundaria
- Fechas de asistencia
- Nivel de grado
- Participación en actividades y deportes oficialmente reconocidos
- Peso y altura de los miembros de los equipos deportivos
- Títulos, honores y premios recibidos

Indique su preferencia marcando la casilla a continuación:

- Y- Uso sin restricciones: PERMITIR que la información de mi estudiante sea divulgada para todos los propósitos explicados anteriormente.
- L- Uso limitado: SOLO permitir que la información de mi estudiante se divulgue en el material que se produce o publicado por el distrito.
- N- Sin uso: NO permitiré que la información de mi estudiante sea divulgada para los fines explicados anteriormente.

INFORMACIÓN DEL DIRECTORIO

De acuerdo con la Política 8330 de la Junta, el Distrito pondrá a disposición de terceros, previa solicitud, la siguiente información del estudiante, conocida como información de directorio, sin permisos previos de los padres o del estudiante elegible, que generalmente no se consideraría dañina o una invasión de la privacidad si se divulgara. La información que se daría a conocer sería el nombre del estudiante, el nivel de grado, la dirección, el teléfono, la fecha de nacimiento y el lugar.

El propósito principal de este comunicado es permitir que la escuela incluya el nombre y el grado de su hijo en ciertas publicaciones escolares. Los ejemplos incluyen, pero no se limitan a:

- Un cartel de teatro, que muestra el papel de su estudiante en una producción dramática.
- El anuario anual.
- Cuadro de Honor u otras listas de reconocimiento.
- Programas de graduación; y
- Hojas de actividades deportivas, como las de lucha libre, que muestren el peso y la altura de los miembros del equipo.

Si no **desea que** el Distrito divulgue esta información, elija NO DIVULGAR INFORMACIÓN DEL DIRECTORIO a continuación:

Elegir "NO DIVULGAR INFORMACIÓN DE DIRECTORIO" evitará que su estudiante aparezca en cualquier publicación.

- SÍ, información del directorio de versiones** **NO, no divulgue información de directorio**

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MILITAR Y DE EDUCACIÓN SUPERIOR

(Esta sección SOLO debe completarse para los estudiantes que ingresan al 8º al 12º grado)

De acuerdo con la ley federal, los distritos escolares deben proporcionar a las instituciones de educación superior (para estudiantes de 8º grado en adelante) reclutadores militares (para estudiantes de 17 años o más), previa solicitud, información de los estudiantes de edad apropiada, a menos que los padres/tutores legales hayan informado al distrito escolar que no desean que se divulgue la información de su estudiante sin su consentimiento previo por escrito.

Para que cada escuela secundaria retenga la divulgación de la información de su estudiante mencionada anteriormente, debe optar por no divulgar a las fuerzas armadas, a las escuelas superiores o a ambas al momento de la inscripción de su estudiante en la escuela al comienzo de cada año escolar.

Para obtener más información, consulte la sección FERPA en la pestaña Padres y estudiantes disponible en el sitio web de BPS.

DIVULGACIÓN MILITAR:

SÍ NO

DIVULGACIÓN DE LA EDUCACIÓN SUPERIOR

SÍ NO

FORMULARIO DE SOLICITUD DE SERVICIOS DE ALIMENTOS Y NUTRICIÓN

Solo complete esta sección si su hijo tiene necesidades dietéticas especiales.

Solicitud de los padres:
_____ Intolerancia a la lactosa: mi hijo no puede beber/comer: ___milk ___cheese ___yogurt ___ice crema
_____ Preferencias religiosas -mi hijo no puede comer: _____
_____ Condición médica/alergia (EL MÉDICO DEBE COMPLETAR LA PARTE B) *Por favor, póngase en contacto con la escuela para obtener este formulario.

SOLICITUD DE ALMUERZO GRATIS/REDUCIDO

¡La Solicitud de Almuerzo Gratis y Reducido para el año escolar 2024-2025 ya está disponible! Para su comodidad, la solicitud de almuerzo gratis y a precio reducido se puede completar en línea desde una computadora, tableta o dispositivo móvil. Una vez que se complete su registro, puede acceder a la solicitud de almuerzo gratis y reducido en su portal FOCUS.

Los estudiantes que asistieron a una escuela del condado de Brevard y participaron en el programa de almuerzo gratuito o reducido el año pasado pueden comer en el estado gratuito o reducido del año pasado durante los primeros 30 días del año escolar o hasta que se procese una nueva solicitud de almuerzo, lo que ocurra primero. Los estudiantes nuevos que tienen un hermano que participó en el Programa de Almuerzo Gratis o Reducido el año escolar pasado también pueden comer en el estado del año anterior de su hermano durante los primeros 30 días del año escolar o hasta que se procese una nueva solicitud de almuerzo. Comuníquese con la Oficina de Servicios de Alimentos y Nutrición al (321) 633-1000 x11655 para confirmar el estado de los hermanos.

Nos complace ofrecer desayuno gratis a todos los estudiantes de las Escuelas Públicas de Brevard (BPS) nuevamente este año, independientemente de su estatus.

FORMULARIOS DE RECONOCIMIENTO DE LOS PADRES



Su firma en este documento indica que ha leído y entendido todas las políticas que rigen nuestra escuela y las ha discutido con su hijo.

REGISTRO DEL NOMBRE DE LOS PADRES

FIRMA DE LOS PADRES

FECHA

Esto es para certificar que toda la información en este formulario de registro es verdadera a mi leal saber y entender. Entiendo que la información inadecuada puede resultar en un retraso en la entrada. 837.06 Declaraciones oficiales falsas - Quienquiera que a sabiendas haga una declaración falsa por escrito con la intención de engañar a un servidor público en el desempeño de su deber oficial será culpable de un delito menor de segundo grado, punible según lo dispuesto en s. 775.082 o s. 775.083.

En nombre de las Escuelas Públicas de Brevard, gracias por completar los formularios de inscripción requeridos.

¡Esperamos poder brindarle a su hijo excelencia como estándar!