

Jackson County

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN DEL (DE LA) ALUMNO(A)

LLENAR CON LETRA DE IMPRENTA Debe ser llenada por el padre/madre/tutor legal LLENAR CON LETRA DE IMPRENTA

FECHA: _____ ESCUELA: _____ GRADO: _____

APELLIDO: _____ PRIMER NOMBRE: _____ SEGUNDO NOMBRE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ SEXO - marque con un círculo MASCULINO FEMENINO

TELÉFONO DE CASA: _____

DIRECCIÓN FÍSICA: _____ CIUDAD: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

DIRECCIÓN POSTAL: _____ CIUDAD: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

EL (LA) ALUMNO(A) VIVE CON - marque con un círculo: PADRES MADRE PADRE
TUTOR: RELACIÓN/PARENTESCO _____

*NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (optativo): _____

PADRE/MADRE/TUTOR: (la verificación debe hacerse de acuerdo con las normas del consejo escolar local)

MADRE/TUTOR: _____	Dirección: _____
Dirección de correo electrónico: _____	Teléfono celular: _____
EMPLEADOR: _____	Teléfono del trabajo: _____

PADRE/TUTOR: _____	Dirección: _____
Dirección de correo electrónico: _____	Teléfono celular: _____
EMPLEADOR: _____	Teléfono del trabajo: _____

INFORMACIÓN ESPECIAL SOBRE LA CUSTODIA:

CONTACTOS EN CASO DE EMERGENCIA: (INDIQUE NÚMEROS DE OTRAS PERSONAS)

CONTACTO DE EMERGENCIA #1 _____ CONTACTO DE EMERGENCIA #2 _____
Relación: _____ Teléfono: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

ESTAS PERSONAS TIENEN PERMISO PARA RECOGER A MI HIJO(A) DE LA ESCUELA
(De acuerdo con los procedimientos de salida del sistema escolar)

1. _____	Relación: _____	Teléfono: _____
2. _____	Relación: _____	Teléfono: _____
3. _____	Relación: _____	Teléfono: _____

NOMBRE Y DIRECCIÓN DE LA ÚLTIMA ESCUELA A LA QUE ASISTIÓ: _____

FIRMA DEL PADRE/MADRE/TUTOR: _____

**La divulgación del número de seguro social (Social Security Number (SSN)) de su hijo(a) es optativa. Si opta por no indicar un SSN, se otorgará y utilizará un número de identificación temporal. Se pide el SSN de su hijo(a) para utilizarlo junto con la inscripción en la escuela, según se estipula en el Ala. Admin. Code §290-3-1.02(2)(b)(2). Se utilizará como medio de identificación en el sistema estatal de administración de alumnos.*

Jackson County
Información adicional solicitada

MILITAR

- El (la) alumno(a) está relacionado(a) con una familia en servicio activo de las Fuerzas Armadas
Marque con un círculo: Sí No
- El (la) alumno(a) está relacionado(a) con una familia en la guardia o la fuerza militar de reserva.
Marque con un círculo: Sí No

PREESCOLAR

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Escuela maternal (Head Start)
Marque con un círculo: Sí No• Guardería infantil en un centro
Marque con un círculo: Sí No• Programa de visitas en casa
Marque con un círculo: Sí No• Ningún preescolar
marque si no asistió a preescolar <input type="checkbox"/> | <ul style="list-style-type: none">• Preescolar financiado de primera clase
Marque con un círculo: Sí No• Cuidado infantil en casa
Marque con un círculo: Sí No• Otro preescolar
Marque con un círculo: Sí No• Educación especial financiada
Marque con un círculo: Sí No |
|--|---|

Jackson County
Origen étnico y raza

Nombre del (de la) alumno(a): _____ Grado: _____

Firma del padre/madre/tutor: _____ Fecha: _____

Responda la Pregunta 1 Y la Pregunta 2

Pregunta 1: ¿Este(a) alumno(a) es de origen hispano/latino? ELIJA SOLO UN ORIGEN ÉTNICO:

- ☐ NO, no es de origen hispano/latino
- ☐ SÍ, es de origen hispano/latino (una persona de cultura u origen cubano, mexicano, puertorriqueño, sudamericano o centroamericano u otra cultura u origen español, independientemente de la raza).

**La pregunta anterior es sobre el origen étnico, no sobre la raza. Sin importar la opción que seleccionó anteriormente, responda la Pregunta 2 marcando una o más casillas para indicar la que usted considera que es la raza del (de la) alumno(a).*

Pregunta 2: ¿Cuál es la raza del (de la) alumno(a)? ELIJA UNA O MÁS:

- ☐ INDIA AMERICANA O NATIVA DE ALASKA. Una persona cuyo origen sea en cualquiera de los pueblos nativos de Norteamérica y Sudamérica (incluida Centroamérica), y que mantiene afiliación con esas tribus o conexión con la comunidad.
- ☐ ASIÁTICA. Una persona cuyo origen sea en cualquiera de los pueblos nativos del Lejano Oriente, el Sudeste asiático o el subcontinente indio, que incluye, por ejemplo, Camboya, China, India, Japón, Corea, Malasia, Pakistán, Filipinas, Tailandia y Vietnam.
- ☐ NEGRA O AFROAMERICANA. Una persona cuyo origen sea en cualquiera de los grupos raciales negros de África.
- ☐ NATIVA DE HAWÁI U OTRA ISLA DEL PACÍFICO. Una persona cuyo origen sea en cualquiera de los pueblos nativos de Hawái, Guam, Samoa u otras islas del Pacífico.
- ☐ BLANCA. Una persona cuyo origen sea en cualquiera de los pueblos nativos de Europa, Oriente Medio o Norte de África.

Office use only:

Ethnicity - Choose only one:

____ NOT Hispanic/Latino
____ Hispanic/Latino

Race - Choose one or more:

____ American Indian or Alaska Native
____ Asian
____ Black or African American
____ Native Hawaiian or Other Pacific Islander
____ White

Date:

Staff Signature:

Jackson County Schools
Dutton Elementary School
Home Language Survey

Student Name: _____ Age: _____ Grade: _____

Please check (X) the appropriate answer:

1) What is the first language the student learned to speak?

English _____ Spanish _____ Other _____

2) What language does the student speak most often?

English _____ Spanish _____ Other _____

3) What language is spoken most often in the student's home?

English _____ Spanish _____ Other _____

Student's Signature (Grades 7-12)

Date

Parent's signature (grades K-6)

Date

Sensos Del Idioma Hablado En Casa

Nombre: _____ Edad: _____ Grado: _____

Por favor marcar (X) la mejor respuesta:

1) Cual es el primer idioma que el estudiante aprendio a hablar?

Ingles _____ Espanol _____ Otro _____

2) Cual es el idioma predominante del estudiante?

Ingles _____ Espanol _____ Otro _____

3) Que idioma se habla mas en casa?

Ingles _____ Espanol _____ Otro _____

Firma de estudiante (Grado 7-12)

Fecha

Firma de los padres (Grado K-6)

Fecha

Nombre del Estudiante _____ Grado _____

El McKinney- Vento define sin "niños y jóvenes hogar" como individuos que carecen de fija, una regular y nocturna residencia adecuada. El término incluye -

- Los niños o jóvenes que son:
 - que comparten la vivienda de otras personas debido a la pérdida de vivienda, problemas económicos, o una similar razón veces denominado (a uns *duplicaron-a*); -
 - viven en moteles, hoteles, de parques casas rodantes, o de zonas acampada, debido a la falta de
alternativos adecuados alojamientos; -
 - viviendo en emergencia o de transición refugios de;;o
 - abandonado en hospitales;
- Niños y jóvenes que tienen una residencia nocturna primaria que es un lugar público o privado no diseñado para, u normalmente utilizado como, un alojamiento regular para dormir para seres humanos;
- Los niños y jóvenes que viven en automóviles, parques, espacios públicos, edificios abandonados, calidad viviendas de inferior, autobuses o de estaciones trenes, o lugares similares; y
- migratorios Niños que califican como sin hogar porque viven en las circunstancias descritas anteriormente.

Por favor marque la IATE respuesta correspond:

¿Alguno de los anteriores se aplican a su situación de vida actual? _____ Si _____ No

¿Hay otros hermanos en el HOME que se no SCHool envejecen? _____ Si _____ No

**POR FAVOR COMPLETE LA SECCIÓN ABAJO Y
DEVUELVE ESTE FORMULARIO A LA ESCUELA DE SU
HIJO INMEDIATAMENTE.**

nombre impreso de los padres _____ firma

Dirección

Número de teléfono de la casa o número donde se le pueda contactar

Gracias por su cooperación. |

SECRETARIA DE EDUCACION DEL ESTADO DE ALABAMA

ENCUESTA DE EMPLEO

SISTEMA ESCOLAR: Jackson County AÑO ESCOLAR: _____

ESCUELA: _____ GRADO: _____

Estimado Padre o Guardián,

Por favor de completar la siguiente encuesta. Los resultados de ésta encuesta serán usados para determinar si son posiblemente elegibles para el Programa de Educación para Migrantes.

Nombre del niño: _____

Nombre del padre o guardián: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Celular: _____

1. ¿Se ha **mudado** usted en los últimos tres años **para trabajar o buscar trabajo** aunque haya sido por un tiempo corto? **SI** _____ **NO** _____

Si marcó Sí. ¿Que tipo de trabajo hace usted o su esposa(o) ahora?

2. Si marcó **Sí** en la pregunta número 1. ¿De que ciudad, estado o país vinieron?

3. ¿Usted o su esposa(o) **trabajan o han trabajado** en una actividad directamente relacionada a algunas de las siguientes? Por favor de marcar (✓) todos los aplicables:

- ☐ La producción o proceso de cosechas, productos de lechería, aves, polleras o ganado.
- ☐ Huertas de frutas.
- ☐ La cultivación o corte de árboles.
- ☐ Trabajo en Invernaderos o granjas de Césped
- ☐ Granjas de pescados o camarones
- ☐ Granjas de gusanos
- ☐ La pesca o proceso de mariscos (camarones, ostiones, cangrejos, pescados, etc...)

**DISTRITO ESCOLAR DEL CONDADO DE
JACKSON
ACUERDO DE RECURSOS DE TECNOLOGÍA ESTUDIANTEL
2021-2022**

Nosotros, (yo), _____
Nombre de los padres/tutores
legales _____

padre(s)/tutor(es) legal(es) de _____
Nombre del
estudiante _____

Inscrita en grado de _____
Nombre de la
escuela _____

por la presente reconocemos por nuestra (mi) firma que (yo) hemos recibido y leído, o nos
había leído (yo) la guía de información de estudiante/padre anterior.

Firmado _____

Firma del padre/tutor legal _____

Firmado _____

Firma del padre/tutor legal _____

Firmado _____

Firma del estudiante _____

Fecha: _____

NOTA: Cuando un estudiante reside con ambos padres, ambos padres deben firmar esta declaración.
Si el estudiante reside con un solo padre/tutor legal, el padre con custodia debe firmar la declaración.

POR FAVOR SEPARE ESTA PÁGINA DESPUÉS DE FIRMAR Y PIDA AL ESTUDIANTE
DEVUÉLVELO A SU MAESTRO DE AULA. ESTE FORMULARIO DEBE SER
ARCHIVADO EN LA CARPETA ACUMULATIVA DEL ALUMNO.

(POR FAVOR)

ACUERDO DE RECURSOS DE TECNOLOGÍA ESTUDIANTEL DEL DISTRITO
ESCOLAR DEL CONDADO DE JACKSON

2021-2022

Estudiante

Reconozco que he leído, entiendo y acepto todos los términos como se describe en la Política de Uso de Tecnología Estudiantil del Distrito Escolar del Condado de Jackson. Entiendo que como usuario de computadoras en la red del Distrito Escolar del Condado de Jackson, soy responsable de mis acciones y de comportarse apropiadamente al usar recursos tecnológicos. Entiendo que cualquiera o todas las siguientes sanciones podrían imponerse si violo cualquier política y/o procedimiento con respecto al uso de cualquier recurso tecnológico del Distrito Escolar del Condado de Jackson. Versión electrónica disponible en: <https://www.jacksonk12.org/handbook>

- Pérdida de acceso a los recursos tecnológicos
- Acción disciplinaria adicional de acuerdo con el Distrito Escolar del Condado de Jackson
- Código de conducta sobre lenguaje o comportamiento inapropiado
- Acción legal, cuando corresponda

Nombre del estudiante (por favor imprima): _____

Firma del estudiante: _____

Escuela: _____

Fecha: _____

Padre/Guardián

Reconozco que he leído, entiendo y acepto todos los términos como se describe en la Política de Uso de Tecnología Estudiantil del Distrito Escolar del Condado de Jackson. También entiendo que este acuerdo será vinculante durante toda la carrera de mi hijo en su escuela actual.

También entiendo que a menos que notifique a la escuela de mi hijo por escrito antes del 31 de agosto de 2021, mi hijo puede usar Internet mientras está en la escuela de acuerdo con las reglas descritas en la política, que una foto de mi hijo involucrado en actividades escolares puede ser colocada en Internet, y que el nombre y apellido de mi hijo puede ser utilizado en Internet con una imagen o artículo perteneciente a una actividad u honor escolar.

Nombre del padre/tutor (por favor imprima): _____

Firma del padre/tutor: _____

Fecha: _____

Dutton School
El Pacto de Padres
Grades K – 4

Dutton School y los padres de los estudiantes que participan en actividades, servicios, y programas financiados por Título I, Parte A de la Ley de Sucesos de Todos los Estudiantes de 2015 (niños participantes), acuerdan que este acuerdo describe cómo los padres, El personal de la escuela y los estudiantes compartirán la responsabilidad de mejorar el rendimiento académico de los estudiantes y los medios por los cuales la escuela y los padres construirán y desarrollarán una asociación que ayudará a los niños a alcanzar a los altos estándares del Estado.

Se han realizado actualizaciones para el año escolar 2021-22.

Responsabilidades de la Escuela

- 1. Proveen un currículo de calidad alto e instrucción en un ambiente de aprendizaje propicio y eficaz que permita a los participantes cumplir con las normas estatales de desempeño académico de los estudiantes de la siguiente manera:**
 - Asegurar instrucción por empleos con calificaciones altos.
 - Proporcionar un plan de estudios basado en el curso de estudios de Alabama y objetivos incluidos en la prueba estandarizada.
 - Proporcionar apoyo educativo a los estudiantes identificados como en riesgo.
 - Proporcionar actividades a los estudiantes para reforzar las lecciones diarias.
 - Dar la oportunidad de hablar con empleados de la escuela según temas que afectan a los estudiantes.
 - Asegurar un ambiente de aprendizaje seguro.
 - Alentamos a todos los estudiantes.
- 2. Tener conferencias de padre y maestros durante el cual se llevarán a cabo discusiones acerca de como el Pacto de Padres relacione con el logro individual del estudiante.**
 - Reuniremos los padres y maestros durante el mes de abril para discutir el Pacto de Padres para el año siguiente.
 - La escuela llevará a cabo dos reuniones informativas de los padres para ayudar a los padres a ayudar a su hijo con la instrucción relacionada con la escuela.
- 3. Proveen padres con informes frecuentes sobre el progreso de sus hijos.**
 - Proveen padres con calificaciones al final de cada sesión de nueve semanas.
 - Proveen padres con informes a la mitad de las nueve semanas.
 - Proveen un informe a la pedida del padre durante en periodo de calificaciones.
 - Proporcione una carta de actualización mensual para los estudiantes en riesgo.
 - Proporcionar acceso de los padres a "PowerSchool" a permitir la supervisión diaria de las calificaciones and asistencia.
- 4. Proporcionar a los padres acceso razonable a los empleados.**
 - Aumentar comunicación positive entre padres y maestros y estudiantes.
 - Proveen tiempo a padres para conferencias con maestros para discutir el logro estudiantil individual.

- Mantenga *Open House*, una vez al año escolar para permitir que los padres vean el salón de clases de sus hijos y se reúnan con el maestro.

5. Proporcionar a las padres oportunidades para ser voluntario y participar en la clase de su hijo, y observar las actividades del aula.

- Proporcionar a padres con un momento, a petición, para que los padres observan el aula de su hijo.
- Organizar jornadas de padres voluntarios durante el año dando padres la oportunidad de ayudar durante el año escolar.

Padre/Guardián Responsabilidades

Como padre/guardiana Soy responsable a apoyar la educación de mi hijo por las maneras siguientes: (marca los que aplican)

- ☐ Leer los informes de calificaciones y discutir el progreso con mi hijo.
- ☐ Asegúrese de que mi hijo asista a la escuela regularmente y llegue a tiempo.
- ☐ Procurar ambiente bueno para estudiar.
- ☐ Mirar al sobre del trabajo cada día.
- ☐ Apoyar el sistema disciplinario de la escuela.
- ☐ Proporcionar el descanso adecuado a mi hijo cada noche.
- ☐ Establecer una rutina de la tarde y la hora de acostarse que ayudará a los estudiantes a sugirió 8-10 horas de sueño por noche.
- ☐ Comunicar con la escuela con regularidad.
- ☐ Participar, según corresponda, en las decisiones relativas a la educación a mi hijo.
- ☐ Ofrecerse, cuando posible, in la aula de mi hijo.
- ☐ Otro _____

Responsabilidades del Estudiante

Yo, como estudiante, compartiré la responsabilidad de mejorar su perfil académico y lograr un alto nivel del Estado en las siguientes formas: (marca los que aplican)

- ☐ Estar listo para clase y tener lo necesario para aprender.
- ☐ Escuchar en clase, seguir instrucciones, y participar en todas las actividades.
- ☐ Lee todos los días fuera de clase.
- ☐ Preguntar si no entiendo.
- ☐ Seguir las reglas de portarse de la escuela.
- ☐ Enorgullezca mi campus escolar.
- ☐ Tener respeto y trabajar con los alumnos y los adultos.
- ☐ Estudiar para los exámenes y completar toda la tarea.
- ☐ Demostrar a mis padres el sobre del trabajo cada día.
- ☐ Otro _____

Whitney B. Smith 9/5/21
Principal/Fecha

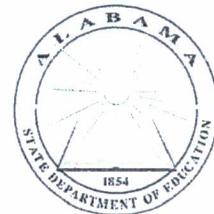
Padre/Tutor/Fecha

Estudiante/Fecha



ALABAMA STATE DEPARTMENT OF EDUCATION

HEALTH ASSESSMENT RECORD



School Year: 2021-2022

Padres o tutores: el propósito de este formulario es proporcionar la enfermera de la escuela con información adicional sobre las necesidades de salud de su hijo. La enfermera puede contactar para más información. La información solicitada es indispensable para la enfermera de la escuela satisfacer las necesidades de salud de su hijo.

Esta información se mantendrá confidencial.

Por favor, complete ambos lados de esta forma (Regresar a la enfermera de la escuela)

Nombre del estudiante (último, primero medio)	Fecha de nacimiento	Sexo masculino	Escuela
---	---------------------	----------------	---------

Dirección (calle)

Número de teléfono :	número celular:	Numero adicional :	Grado	maestro(a)
----------------------	-----------------	--------------------	-------	------------

Nombre del padre o tutor (último, primero medio)	Numero de trabajo:
--	--------------------

Transporte

☐ Número de Autobús: escuela ☐ Caro ☐ Autobús especial ☐ Después de la

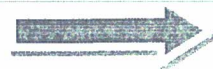
Part I – Health Information

<p>Lugar su hijo recibe atención médica:</p> <p>Nombre de medico: _____</p> <p>Dirección: _____</p> <p>Teléfono: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Atención sanitaria de la comunidad</p> <p><input type="checkbox"/> Departamento de salud</p> <p><input type="checkbox"/> Clínica del hospital</p> <p><input type="checkbox"/> ningún Lugar regular</p> <p><input type="checkbox"/> Medico privado /HMO</p> <p>Hospital preferido: _____</p>	<p>Información sobre el seguro de su hijo:</p> <p><input type="checkbox"/> ALL KIDS</p> <p><input type="checkbox"/> Medicaid</p> <p><input type="checkbox"/> No seguro</p> <p><input type="checkbox"/> Otro _____</p> <p><input type="checkbox"/> Seguro privado</p>	<p>Lugar su hijo recibe atención dental:</p> <p>Nombre de dentista: _____</p> <p>Dirección: _____</p> <p>Teléfono: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Atención sanitaria de la comunidad</p> <p><input type="checkbox"/> Departamento de salud</p> <p><input type="checkbox"/> Clínica del hospital</p> <p><input type="checkbox"/> Ningún Lugar regular</p> <p><input type="checkbox"/> Dentista privado /HMO</p>
--	--	---

Parte II – historia clínica /Procederes de equipo médico requerido en la escuela

- | | | | |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Catéter | <input type="checkbox"/> Tubo gástrico | <input type="checkbox"/> Tratamientos del nebulizador | <input type="checkbox"/> Suplemento del oxígeno |
| <input type="checkbox"/> Traqueotomía | | | |
| <input type="checkbox"/> Estimulador va gal del nervio (VNS) | <input type="checkbox"/> Ventilador | <input type="checkbox"/> Silla de ruedas | <input type="checkbox"/> Andador |
| <input type="checkbox"/> Otro por favor explique : | | | |

Medicamentos y procedimientos en la escuela requieren un formulario de autorización padres/prescriptor (uno para cada medicamento o procedimiento) ver la enfermera de su escuela.

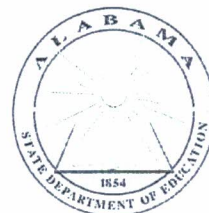


Por favor, Complete la parte posterior del formulario (firma)



ALABAMA STATE DEPARTMENT OF EDUCATION

HEALTH ASSESSMENT RECORD



School Year: 2021-2022

Parte III – historia clínica

<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Conoce los problemas de salud si NO, ir directamente a la parte inferior de la página y proporcionar firma del padre/tutor si sí y diagnosticada por un médico, responder a cada pregunta a continuación.
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Trastorno por déficit de atención (ADD) trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) requiere medicación <input type="checkbox"/> en escuela <input type="checkbox"/> en casa
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Allergies: <input type="checkbox"/> Comida _____ <input type="checkbox"/> Insecto _____ <input type="checkbox"/> Medioambiente _____ <input type="checkbox"/> Medicaciones _____ <input type="checkbox"/> Hives/rash <input type="checkbox"/> Medicamento <input type="checkbox"/> Respiración con dificultades <input type="checkbox"/> Epi-pen <input type="checkbox"/> Other: _____
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Asthma <input type="checkbox"/> Utiliza un inhalador en la escuela <input type="checkbox"/> Utiliza un inhalador en casa
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Problemas de sangre, hemorragia: <input type="checkbox"/> Hemophilia, <input type="checkbox"/> Von Willebrand's, <input type="checkbox"/> Otro requiere medicación por favor explicar
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Frecuentes hemorragias nasales: Por favor explique
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Cáncer/Leucemia: Por favor explique
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Parálisis cerebral: Por favor explique
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Fibrosis Quística: Por favor explique
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Problemas dentales: Por favor explique:
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> de Diabetes tipo 1 diabetes <input type="checkbox"/> monitores de azúcar en la sangre en el Colegio <input type="checkbox"/> requiere de insulina en la Diabetes tipo 2 escuela <input type="checkbox"/> y bomba de insulina <input type="checkbox"/> glucagón orden <input type="checkbox"/> manejada con medicación Oral de dieta <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Conductual/emocional/psicológico: Por favor explique:
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Problemas gastrointestinales, estómago: Por favor explique:
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Genetic / Rare Disorders: Please explain:
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Dolores de cabeza: Por favor explique
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Problemas de audición: <input type="checkbox"/> oreja derecha <input type="checkbox"/> de lado izquierdo ambos oídos <input type="checkbox"/> audición pérdida <input type="checkbox"/> audiencia ayuda <input type="checkbox"/> tubos <input type="checkbox"/> implante coclear
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Condición del corazón: restricciones <input type="checkbox"/> actividad: <input type="checkbox"/> medicamentos tomados en casa: por favor explique:
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Hipertensión (presión sanguínea alta): Por favor explique:
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Menores problemas de artritis, óseo-articular: Por favor explique:
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Riñón / vejiga / problemas urinarios: por favor explique:
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Escoliosis: <input type="checkbox"/> No tratamiento <input type="checkbox"/> usa rodillera <input type="checkbox"/> cirugía <input type="checkbox"/> historia familiar
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Convulsiones/convulsiones: Tipo de convulsión: _____ medicamentos: <input type="checkbox"/> Dinasta <input type="checkbox"/> Klonopin versados <input type="checkbox"/> medicamento tomado en casa <input type="checkbox"/> otros _____ por favor explicar:
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Células falciformes: rasgo <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Desviación: desviación <input type="checkbox"/> VP por favor explique:
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Bífidio espinal:
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Dieta especial: Por favor explique:
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Visión problemas: gafas <input type="checkbox"/> usa lentes <input type="checkbox"/> Usa Contactos <input type="checkbox"/> Otro
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Otras condiciones médicas: Por favor incluya cualquier medicamento tomado en casa sólo.

Firmas Requeridas

Firma del padre o tutor: _____ Fecha: _____

Firma de la enfermera de la escuela:

Fecha: _____

Jackson County School District Student Chromebook Responsibility/Insurance Guide

The optional Insurance fee will be \$20 per year per student.

- Funds will be used to provide for the general maintenance of the device.
- Payment of Insurance fee will cover the first damage incident, with each subsequent incident there is a \$50 cost for device repair if the device has to be shipped back to the company.
- All repairs or device issues must be completed through JCS technicians.
- Willful, deliberate, or habitual damages to the computers will cause Jackson County Schools to charge the student/parent the full cost of the replacement or repairs of the computer. Such cases may be turned over to local law enforcement.
- **Each device will be equipped with tracking capabilities in the event a device is lost or stolen.**
- **Devices are configured in a way that makes them inoperable once deemed lost/stolen.**
- **Device can only be used with a Jackson County Schools account.**
- **Each device shall be filtered and monitored for internet usage at all times.**
- All computers reported stolen must be reported, as soon as possible, to school administration. A police report is required within 48 hours, if not the student will be responsible for payment of replacement.
- ALL damage incidents will be investigated by school administration.
- Devices must come to school fully charged.
- Insurance does not cover power adapter/charger. Chargers are available for purchase at the school at current market value.
- The Insurance Fee will NOT cover repairs from issues resulting from:
 - o Damage caused by operating the product outside the permitted or intended uses.
 - o Damage to a device that has been modified to alter functionality or capability without the written permission of Jackson County Schools.
- Do NOT let anyone else borrow or use your device. **You** are responsible for any damage that may occur to your device, no matter the circumstances.
- All Jackson County School Policies and Technology Usage Agreement must be followed.

I would like to purchase insurance _____ I decline the insurance _____

I have read and understand that I am responsible for the device assigned.

Parent/Guardian Printed Name: _____

Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____

Student Printed Name: _____

Student Signature: _____ Date: _____