

Por favor, complete este formulario para cada estudiante inscrito en las Escuelas Públicas del condado de Clayton:

*Campos requeridos

1. Correo electrónico*

Información del estudiante

2. Apellido(s) del estudiante*

3. Primer nombre del estudiante*

4. Nivel de grado*

Marque solo una opción

- Preescolar (Pre-K)
- Kindergarten
- 1.º grado
- 2.º grado
- 3.º grado
- 4.º grado
- 5.º grado

5. Maestro del salón principal* (*homeroom*)

Instrucciones para la firma electrónica
(eSignature)

Para cada declaración, escriba su nombre para firmar. Haga clic en NEXT para continuar.

Autorización para permitir que el estudiante participe en los medios de comunicación o entrevistas* (Refiérase a la página 7 del Manual del Estudiante)

6. Autorización para permitir que el estudiante participe en los medios de comunicación

Al firmar abajo, YO NO LE OTORGO mi permiso al Distrito y a cualquier persona debidamente autorizada por el Distrito para entrevistar, fotografiar y grabar en audio y video a mi estudiante durante el horario regular escolar, en los terrenos de la escuela y en las actividades para estos fines. ****Si usted sí ESTÁ DE ACUERDO en otorgar permiso al Distrito para entrevistar, fotografiar y grabar en audio y video a su estudiante, por favor NO firme en la línea abajo. ****

Uso aceptable de los recursos digitales de las Escuelas Públicas del condado de Clayton* (refiérase a las páginas 8-11 en el Manual del Estudiante)

7. Al firmar abajo, entiendo y afirmo que mi estudiante y yo cumpliremos con los términos y las condiciones para el uso de recursos digitales en las Escuelas Públicas del condado de Clayton. También, mi estudiante y yo, entendemos que cualquier incumplimiento a los términos de estas reglas es contrario a la ética y puede resultar en una acción disciplinaria en mi contra, incluyendo la revocación de los recursos digitales y privilegios de CCPS, y podría incluso constituir un delito criminal.

La Ley de Derechos Educativos y Privacidad Familiar (FERPA, por sus siglas en inglés) (refiérase a la página 12 del Manual del Estudiante)

8. Acuse de recibo de la información sobre FERPA*

Al firmar abajo, afirmo que he leído y entiendo los derechos que tengo como padre bajo FERPA.

Acuse de recibo del Manual para padres y estudiantes

9. Acuse de recibo del Manual*

Este Manual para padres y estudiantes contiene información muy útil para usted y su hijo, para asegurar su éxito en un ambiente educativo. El éxito depende del mutuo respeto y entendimiento preciso de los derechos y las responsabilidades. Acepto haber recibido acceso a una copia del manual del estudiante, en el cual se encuentra información sobre la Política de asistencia y el Código de Conducta del Estudiante, el Uso aceptable de los recursos digitales de las CCPS, la Ley de Derechos Educativos y Privacidad Familiar (FERPA), el Código de vestimenta del uniforme completo y vigente, la Enmienda de Protección de Derechos Estudiantiles (PPRA, por sus siglas en inglés), y el Procedimiento de quejas y reclamos.

Renuncia a los servicios del Programa de salud escolar de las Escuelas Públicas del condado de Clayton (CCPS, por sus siglas en inglés)

El Programa de salud escolar brinda los servicios que se enumeran a continuación:

- Evaluación de una enfermedad repentina en la escuela
- Primeros auxilios básicos
- Administración de medicamentos (se requiere el formulario de Autorización para medicamentos)
- Educación sobre salud y nutrición
- Recomendación para ver a un médico cuando en la escuela no sea posible tratar la dolencia o lesión
- Tratamiento de asma (se requiere el Plan de salud para asma y la Autorización para medicamentos)
- Manejo de diabetes y control de glucosa (se requiere el Plan de salud para diabetes y la Autorización para medicamentos)
- Tratamiento de convulsiones (se requiere el Plan de salud para convulsiones y la Autorización para medicamentos)
- Control de reacciones alérgicas (se requiere el Plan de salud para reacciones alérgicas y la Autorización para medicamentos)

10. Si **NO DESEA** que su hijo participe en este programa, por favor, firme abajo. Por favor, tenga en cuenta que si surge una situación en la que su hijo requiera tratamiento de urgencia, haremos todo lo posible para comunicarnos con usted de inmediato. No obstante, en caso de una situación que ponga en peligro la vida, se llamarán a los servicios de emergencia para que su hijo sea transportado a un centro médico independientemente de que haya firmado o no el formulario de renuncia. Su firma abajo nos autoriza a buscar tratamiento médico de emergencia. **Al firmar este formulario, usted está optando por no permitir que su hijo reciba servicios por parte del Programa de salud escolar, a menos que surja una emergencia médica que ponga en peligro la vida de su hijo y se requiera tratamiento de emergencia.**

YO, EL ABAJO FIRMANTE, POR LA PRESENTE, ELIJO NO PERMITIR QUE MI HIJO RECIBA LOS SERVICIOS MENCIONADOS ARRIBA PROVISTOS POR EL PROGRAMA DE SALUD ESCOLAR. POR LO TANTO, EL TÉCNICO DE SALUD O LA PERSONA DESIGNADA NO TIENE MI PERMISO PARA COMUNICARSE CON EL MÉDICO DE MI HIJO Y SOLICITAR INFORMACIÓN MÉDICA. YO RECONOZCO QUE PUEDO REVOCAR ESTA RENUNCIA EN CUALQUIER MOMENTO NOTIFICANDO A LA ESCUELA POR ESCRITO.

***Si usted SÍ ESTÁ de acuerdo con que su hijo participe en el Programa de salud escolar, por favor, NO firme abajo. ***
