



VIDA CHARTER SCHOOL  
 120 E Broadway  
 Gettysburg, PA 17325  
 717-334-3643

**PAQUETE DE INSCRIPCION / INSTRUCCIONES Y LISTA DE CONTROL**

- \* Por favor complete un paquete de inscripción para cada estudiante y escriba con letra clara en tinta negra o azul.
- \* Escriba el nombre del estudiante al final cada página.
- \* El personal de la escuela verificará la recepción de los siguientes documents.

**Formas:**

- \_\_\_ Forma de Notificación de Inscripción en la Escuela Charter (páginas 2 )
- \_\_\_ Firme en la Forma de Notificación de Matrícula de la Escuela Charter (página 3)
- \_\_\_ Información de Inscripción (p.4)
- \_\_\_ Publicación de Archivos del Estudiante/Aprobación de Matrícula (p.5 y 6)
- \_\_\_ Encuesta del Idioma en el Hogar (p.7)
- \_\_\_ Excursió/ Declaración y Autorización Medica (p.8)
- \_\_\_ Encuesta de Salud/Tarjeta de Emergencia (p.9 y 10)
- \_\_\_ Encuesta de Domicilio Familiar - Acta de Asistencia McKinney-Vento (p.11)
- \_\_\_ Autorización para Recoger Estudiantes (p.12)
- \_\_\_ Declaración Parental de Escuelas Seguras (p.13)
- \_\_\_ Copia de las Vacunas del Estudiante
- \_\_\_ Acta de Nacimiento del Estudiante
- \_\_\_ Prueba de Domicilio (licencia de manejar, contrato de renta de casa o apartamento, cuenta de luz, u otro documento que muestra la dirección de la casa)
- \_\_\_ Forma del Exámen Físico (se puede entregar al principio del año escolar)
- \_\_\_ Forma del Exámen Dental (se puede entregar al principio del año escolar)
- \_\_\_ Otro \_\_\_\_\_
- \_\_\_ Otro \_\_\_\_\_
- \_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_



VIDA CHARTER SCHOOL  
 120 E Broadway  
 Gettysburg, PA 17325  
 717-334-3643

**INSCRIPCION EN LA ESCUELA CHARTER**

**NOTIFICACION**

Para el año escolar 2018 - 2019

Nombre de la Escuela Vida Charter School

Dirección: 120 East Broadway  
Gettysburg, PA 17325

Vida Charter School  
 Persona de Contacto Melissa Turner

Correo electrónico  
 Teléfono: (717) 334-3643 : [melissaturner@vidacharterschool.com](mailto:melissaturner@vidacharterschool.com)

**I. Información del estudiante:**

Apellido(s) \_\_\_\_\_ Primer Nombre \_\_\_\_\_ Segundo Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección de la casa: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Condado: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Dirección de correo Postal (si es diferente de la dirección de la casa) \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

**II. Distrito Escolar de su domicilio e información de la escuela que asistió anteriorente**

Distrito Escolar de Residencia: \_\_\_\_\_

Información de la escuela anterior( Otra diferente al preescolar):

\_\_\_\_\_ Escuela Pública \_\_\_\_\_ Charter School \_\_\_\_\_ Escuela en el hogar \_\_\_\_\_ Escuela privada

\_\_\_\_\_ El/la estudiantes no estaba inscrito en ninguna escuela antes de matricularse en el Charter School porque:  
 \_\_\_\_\_ Entrando al Kínder \_\_\_\_\_ Matriculándose nuevamente después de haberse retirado \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

Dirección de la escuela anterior: \_\_\_\_\_

Grado que asistió: \_\_\_\_\_ Fecha en la que se retiró de la escuela anterior: \_\_\_\_\_

¿Estaba su niño/a recibiendo servicios de educación especial? (IEP) \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No

Si contestó si, ¿tiene los archivos de educación especial del niño/a? (IEP) \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_



VIDA CHARTER SCHOOL  
 120 E Broadway  
 Gettysburg, PA 17325  
 717-334-3643

**III. Información del padre de familia/Guardián Legal:**

El niño/a vive con:  Ambos Padres d  Alterna entre ambos padres de familia  Madre únicamente  Padre únicamente

Guardián Legal  Padres de acogida(conocido como *foster parents* en inglés)  Otro adulto

Instrucciones especiales de la corte para la custodia: (Si contesto si, por favor denos una copia de la orden de la corte).  Si  No

Información completa del nombre y dirección del padre de familia/guardián legal, como corresponda

Nombre del padre de familia o guardián legal: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Nombre del padre de familia/ Guardián Legal: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono de la casa: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Si el estudiante no vive con los padres de familia, por favor complete esta sección

Nombre del guardián legal O  Nombre del padre de acogida(*foster parent* en inglés) O  Nombre del otro adulto

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Mi firma en este formulario indica mi decisión de que mi niño/a asista al escuela charter enunciando en la página 1 de este formulario, e indica mi solicitud de que la escuela correspondiente envíe los archivos del distrito escolar a la escuela charter.

**Firma del padre de familia/guardián legal:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**IV. Esta parte sera completada por la escuela charter:**

Verification of Date of Birth:  Birth Certificate  Other \_\_\_\_\_

Proof of Residency  Mortgage Statement  Lease  Utility Bill  Other \_\_\_\_\_

Official Enrollment Date: \_\_\_\_\_ Anticipated Date of Attendance: \_\_\_\_\_

Grade Student Is Entering: \_\_\_\_\_

**Signature of Charter School Representative:** \_\_\_\_\_



VIDA CHARTER SCHOOL  
 120 E Broadway  
 Gettysburg, PA 17325  
 717-334-3643

## INFORMACIÓN DE INSCRIPCIÓN PARA EL AÑO ESCOLAR 2018-2019

Por favor completar toda la información en tinta negra o azul.

### Información Estudiantil:

Nombre del estudiante: (primer) \_\_\_\_\_ (segundo) \_\_\_\_\_

(apellido-s) \_\_\_\_\_

Nombre Preferido: \_\_\_\_\_

Genero:  Masculino  Femenino Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Etnicidad:  Indio Americano/Nativo de Alaska  Asiático  Negro, no Hispano  Hispano  
 Blanco, no Hispano  Nativo de Hawaiana o de las Islas Pacíficas  Otro  Multirracial

Grado para que está aplicando:  K  1  2  3  4  5  6

### Información sobre Hermanos:

Hermanos inscritos en Vida Charter School:	Fecha de Nacimiento	Parentezco con el estudiante
1		
2		
3		

Otros niños viviendo en la casa:	Fecha de nacimiento	Relación con el estudiante
1		
2		
3		

### Programas Especiales

¿Alguna vez le han hecho una evaluación para participar en uno de los siguientes servicios especiales?

Superdotado  Title 1/Chapter 1 Program  Educación Especial (IEP, por sus siglas en inglés)  
 Inglés como segundo idioma (ESL, por sus siglas en inglés)  Otro: \_\_\_\_\_

Si usted marcó Educación Especial (IEP, por sus siglas en ingles),

¿Tiene los archivos de educación especial del estudiante?  Si  No

### Directorio Estudiantil

¿Tenemos su permiso para publicar el nombre, dirección, correo electrónico y teléfono del padre/guardián legal y del estudiante en el directorio estudiantil?

Si  No

### Permiso para Fotografía/Video

*Estimado Padre/Guardián Legal:* A lo largo del año habrá ocasiones en que Vida Charter School querrá tomar fotos/videos de su niño/a participando en actividades. Es posible que usemos estas fotos/videos en publicaciones en publicaciones de Vida Charter School, periódicos locales, páginas de Internet y/o homerooms, publicidad o en anuncios en el Vida Charter School. Le agradecemos de antemano su apoyo y entendimiento.

Doy mi permiso a Vida Charter School para que use fotografía/video de mi niño/a.

No doy mi permiso a Vida Charter School para que use fotografía/video de mi niño/a.

Firma Del Padre de familia/Guardián legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_



VIDA CHARTER SCHOOL  
 120 E Broadway  
 Gettysburg, PA 17325  
 717-334-3643

**PUBLICACION DE ARCHIVOS DEL ESTUDIANTE**

**Autorización para Publicar e Intercambiar Información y Records Confidenciales del Estudiante**

Instrucciones: Padres de Familia o Tutores Legales, por favor complete la siguiente sección:  
 Regrese esta forma a la atención de Melissa Turner de Vida Charter School.

Dirigida a: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Referente a: (Nombre del Estudiante) \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_ doy autorización y consentimiento  
 (nombre del padre/tutor)  
 para compartir, intercambiar y recibir registros, información, y comunicaciones relacionados a la planificación educativa de mi  
 hijo(a) por parte de y entre **Vida Charter School** y: \_\_\_\_\_

Nombre de la escuela/agencia: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Número del teléfono: \_\_\_\_\_

Divulgaciones más allá de las divulgaciones mencionadas para la entidad nombrada en la sección de arriba serán limitadas  
 en cumplimiento de Los Derechos de Educación de la Familia y Acta de Privacidad (FERPA) y la ley aplicable.

Los siguientes registros también pueden ser específicamente compartidos y obtenidos por parte de la agencia/escuela:

- \_\_\_ registro académico
- \_\_\_ registro de salud
- \_\_\_ registro de asistencia
- \_\_\_ registros de disciplina
- \_\_\_ reportes psicológicos (también incluyendo reportes relacionados con terapias y notas de consejería)
- \_\_\_ comunicaciones verbales
- \_\_\_ reportes de la sala de emergencia ER/RR
- \_\_\_ registros del programa de Asistencia Estudiantil
- \_\_\_ documentos de Educación Especial /IEP y documentos de apoyo relacionados (monitoreo de progreso, FBAs, servicio relacionado, notas de terapia)
- \_\_\_ Reportes psiquiátricos , recomendaciones y cartas (también incluyendo notas relacionadas a la supervisión de medicamentos y reportes)

Este consentimiento deberá permanecer en efecto para el año escolar actual y puede ser revocado en cualquier momento con una solicitud escrita por el padre/tutor o el mismo estudiante mayor de 18 años.

\_\_\_\_\_  
 Firma del padre/tutor (estudiante mayor de 18 años) Fecha

\_\_\_\_\_  
 Firma de un Oficial de la Escuela Posición Fecha

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_



VIDA CHARTER SCHOOL  
 120 E Broadway  
 Gettysburg, PA 17325  
 717-334-3643

**Nombre de la Escuela Anterior:**

**A:Nombre:** \_\_\_\_\_  
**Dirección:** Calle y # \_\_\_\_\_  
 Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
 Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Fax de la escuela: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**Información del estudiante:**

**De:** (Nombre del padre de familia/Guardián Legal) \_\_\_\_\_  
**Nombre completo del estudiante:**  
 (apellido-s) \_\_\_\_\_ (Primer) \_\_\_\_\_ (Segundo) \_\_\_\_\_  
**Domicilio del estudiante:**  
 (Nota: No ponga correo postal, conocidos en inglés como P.O. Boxes)  
 Calle y # \_\_\_\_\_ Apt #: \_\_\_\_\_  
 Ciudad: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
 Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Other: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Vida Charter School ha inscrito a: \_\_\_\_\_  
 (nombre del estudiante) para el año académico de 2018-2019.  
 Por favor acepte este documento como aprobación formal para la publicación de todos los  
 archivos escolares oficiales (incluyendo los archivos de calificaciones, información de  
 evaluaciones, educación especial, archivos médicos y de vacunas).

**Aprobación de Inscripción**

**Declaración de Igualdad Educativa:**

Vida Charter School está comprometida a una política de igualdad educativa. De acuerdo a esto, el programa recibe  
 estudiantes y lleva a cabo todos los programas educativos, actividades, y prácticas de empleo sin importar la raza, color,  
 religión, género, preferencia, nacionalidad, estado marital, ancestros, discapacidad, o cualquier otra clasificación legal  
 protegida. Cualquier persona que tenga preguntas con respecto al cumplimiento de las estipulaciones del Título VI del la ley de  
 Derechos Civil de 1964, título IX de la enmienda Educativa de 1972, Sección 504 de la Ley de Rehabilitación, La Ley  
 Estadounidense de Discapacidades, o la Ley de Individuos con discapacidades Educativas será dirigida a contactarse con el  
 director de la escuela a la junta directiva de la escuela.

Por favor acepte este documento firmado y completo para matricular a  
 \_\_\_\_\_ (nombre del estudiante) en Vida Charter School para el año  
 académico de 2017-18. Entiendo que el completar este formulario de matrícula no garantiza la admisión a la escuela. Vida  
 Charter School le enviará una notificación al haber recibido el formulario de matrícula.

\_\_\_\_\_  
 Firma Del Padre de Familia/Tutor

\_\_\_\_\_  
 Fecha



VIDA CHARTER SCHOOL  
 120 E Broadway  
 Gettysburg, PA 17325  
 717-334-3643

**ENCUESTA SOBRE EL IDIOMA EN EL HOGAR**

1. ¿Cuál es/fue el idioma natal del estudiante?  
 \_\_\_\_\_

2. ¿Habla el estudiante otro idioma además de inglés? \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No  
 (no incluya los idiomas aprendidos en la escuela?)

Si contesto si, especifique que idioma

3. ¿Cuál(es) idiomas se hablan en su casa?  
 \_\_\_\_\_

4. ¿Ha asistido el estudiante a una escuela en los Estados Unidos en cualquier periodo de tres años en su vida?  
 \_\_\_ Si \_\_\_ No

Si ha asistido, favor de proveer el nombre la escuela, en cual Estado de los Estados Unidos y fechas de asistencia:

\_\_\_\_\_

**Si usted contesto SI en la pregunta 2 e indicó un idioma diferente al inglés a las preguntas 1 y 3, complete y firme el la forma en la parte de abajo de esta página. Si contestó NO a la pregunta 2 y contesto INGLES en la pregunta 1, no tiene que lcompletar el resto de esta encuesta, sólo firmela abajo.**

5. ¿Qué idiomas leen los padres/guardianes en casa? \_\_\_\_\_

6. Indique el origen (herencia cultural o ascendencia) de su niño(a):

- |                                      |   |   |                                 |                                   |
|--------------------------------------|---|---|---------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Puerto Rico | <input type="checkbox"/> Cuba                     | <input type="checkbox"/> Republica Dominicana | <input type="checkbox"/> México | <input type="checkbox"/> Cambodia |
| <input type="checkbox"/> China       | <input type="checkbox"/> Alemán                   | <input type="checkbox"/> Grecia               | <input type="checkbox"/> India  | <input type="checkbox"/> Israel   |
| <input type="checkbox"/> Italia      | <input type="checkbox"/> Otro (Especifique) _____ |   |                                 |                                   |

7. Lugar de nacimiento del estudiante: \_\_\_\_\_ País de origen del estudiante: \_\_\_\_\_

¿Cuándo entro su hijo/a en los Estados Unidos por primera vez? \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

¿Cual es la fecha mas reciente que su hijo/a entró en los Estados Unidos? \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

8. ¿Por cuánto tiempo ha vivido su hijo/a en los Estados Unidos? \_\_\_\_\_

9. ¿En qué idioma habla usted a su hijo (a) con mayor frecuencia" \_\_\_\_\_

10. ¿Qué idioma habla su hijo (a) con mayor frecuencia en casa? \_\_\_\_\_

11. ¿Qué idioma puede leer bien su hijo (a)? \_\_\_\_\_

12. ¿Fue su hijo (a) inscrito en el programa de Inglés Como Segundo Idioma (ESL) o en Programa Bilingüe en su escuela previa?  
 \_\_\_ Si \_\_\_ No

13. ¿Recibió su niño (a) ayuda especial en lectura en una escuela anterior? \_\_\_ Si \_\_\_ No



VIDA CHARTER SCHOOL  
 120 E Broadway  
 Gettysburg, PA 17325  
 717-334-3643

**EXCURSION ESCOLAR / AUTORIZACION Y DECLARACION MEDICA**

El estudiante: \_\_\_\_\_ tiene mi permiso para participar en la siguiente actividad voluntaria.

Grupo: Vida Charter School  
 Destino: Comunidad de la Escuela  
 Transportación: Caminando

Fecha del Viaje: Durante el año escolar 2018-2019

**DECLARACION MÉDICA**

En caso de enfermedad o accidente, doy mi consentimiento que se realicen cualquier radiografía, anestesia, diagnóstico médico, cirugía, diagnóstico dental o tratamiento y cuidado en un hospital que sean considerados necesarios en el juicio del doctor que lo examina, cirujano, o dentista y que se efectúen por bajo la supervisión de un miembro del personal médico del hospital o de las instalaciones que proveen cuidado médico o servicios de dentista.

Compañía de Seguro Medico para la Familia: \_\_\_\_\_ # de Póliza \_\_\_\_\_

**Medicamentos que se requieren para el viaje:** Todo medicamento (por receta médica o los que se compran en la tienda) debe tener una autorización del doctor y del padre o tutor proveída por escrito junto con la medicina. Todo medicamento debe ser guardado y distribuido por los miembros del personal, a excepción de los que indique la autorización médica que debe ser llevado por el estudiante para uso de emergencia. Las autorizaciones deben ser entregadas con los medicamentos al personal de escuela antes de salir. Los medicamentos deben ser entregados en su envase original. Los medicamentos sometidos sin la autorización apropiada serán confiscados y no serán otorgados al estudiante

Indique todos los medicamentos requeridos aquí: \_\_\_\_\_

Si su hijo tiene algún problema médico especial, por favor menciónelo y describa el problema atrás de esta página y que es lo que el personal de escuela necesita saber si ocurre un problema:

\_\_\_\_\_

Yo comprendo que el Vida Charter School, sus oficiales, agentes y empleados están exentos de culpa de cualquier y todas las demandas de responsabilidad, que pueden presentarse en conexión con la participación de mi niño en esta actividad.

\_\_\_\_\_  
 Firma del Padre / Tutor

\_\_\_\_\_  
 Fecha

\_\_\_\_\_  
 Número de Teléfono de la Casa

\_\_\_\_\_  
 Teléfono del Trabajo/Otro

\_\_\_\_\_  
 Teléfono Celular

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_





VIDA CHARTER SCHOOL  
 120 E Broadway  
 Gettysburg, PA 17325  
 717-334-3643

**HEALTH SURVEY/ EMERGENCY CARD**

**ENCUESTA DE SALUD/TARJETA DE EMERGENCIA**

\_\_\_\_\_  
 Name of Student/ Nombre del Estudiante DOB/ Fecha de nacimiento

\_\_\_\_\_  
 Grade/ Grado Teacher/Maestro Home language/ Idioma de casa

Mother's Name / Nombre de la madre	Home Phone / Teléfono de casa	Work Phone / Teléfono del trabajo	Cell Phone / Celular
Father's Name / Nombre del padre	Home Phone / Teléfono de casa	Work Phone / Teléfono del trabajo	Cell Phone / Celular
Guardian's Name (if not parent) / Costodio (si no es padre)	Home Phone / Teléfono de casa	Work Phone / Teléfono del trabajo	Cell Phone / Celular
Doctor's Name / Nombre del Médico	Telephone / Teléfono		

If we are unable to pick up our child, we designate the following three people to pick up our child.  
*Si no podemos recoger a nuestro hijo, designamos las siguientes personas para recoger a nuestro hijo.*

Name / Nombre y Parentezco	Home Phone / Teléfono de casa	Cell Phone / Celular
Name / Nombre y Parentezco	Home Phone / Teléfono de casa	Cell Phone / Celular
Name / Nombre y Parentezco	Home Phone / Teléfono de casa	Cell Phone / Celular

**Primary Physician Information/Información sobre el Médico Familiar:**

Doctor Name/Nombre del Doctor: \_\_\_\_\_ Doctor Phone/Teléfono: \_\_\_\_\_

Dentist Name/Nombre del Dentista: \_\_\_\_\_ Dentist Phone/Teléfono: \_\_\_\_\_

Type of Health Insurance/Tipo del Seguro Médico:  HMO  Medicaid (Please provide Medicaid Number/Por favor apunte el Número de Medicaid) \_\_\_\_\_  No health insurance/No tiene seguro medico  Other/Otro \_\_\_\_\_

**EMERGENCY RELEASE/PERMISO EN CASO DE EMERGENCIA**

Vida Charter School will attempt to reach the parent/legal guardian or one of the people listed as an emergency contact, but if none of these people can be reached, Vida Charter School personnel have my permission to use discretion in securing medical aid in an emergency. IT IS UNDERSTOOD THAT NEITHER VIDA CHARTER SCHOOL NOR THE PERSON RESPONSIBLE FOR OBTAINING THIS MEDICAL AID WILL BE RESPONSIBLE FOR THE EXPENSE INCURRED.

Vida Charter School intentará comunicarse con los padres/guardians de las personas indicadas en caso de emergencia, pero si no se puede comunicar con ningunas de estas personas, doy permiso al personal de Vida Charter School para hacer una decisión y procurar la ayuda médica necesaria en caso de emergencia. SE ENTIENDE QUE LOS GASTOS DE ESTOS SERVICIOS MEDICOS NO SON LA RESPONSABILIDAD DE VIDA CHARTER SCHOOL NI DE LA PERSONA QUE OBTENGA ESTA AYUDA MEDICA.

Parent/Guardian Signature/Firma del Padre/Tutor: \_\_\_\_\_ Date/Fecha: \_\_\_\_\_



VIDA CHARTER SCHOOL  
 120 E Broadway  
 Gettysburg, PA 17325  
 717-334-3643

**HEALTH SURVEY/ EMERGENCY CARD (continued)**

**ENCUESTA DE SALUD/TARJETA DE EMERGENICA (continuación)**

Please cross out any medications that may NOT be given to your child by the School Nurse.  
*Por favor tache cualquier medicina que NO debe ser administrado a su niño por la Enfermera de la Escuela.*

Tylenol, Ibuprofen, Midol	Tums/ Roloids	Wound Antiseptic, Skin Cleanser/ <i>Antiséptico de heridas Limpiador de piel</i>	Throat Lozanges/ Cepacal, Sucrets Chloraseptic Spray/ <i>Pastillas para la garganta/ Cepacal, Sucrets Atomizador cloraseptico</i>
Blistex/Vaselina	Oral Anesthetic/ Orabase, Anbesol/ <i>Anestésico oral/ Orabase, Anbesol</i>	Eye wash/ contact Solution/ <i>Enjuague para ojos/lentes de contacto</i>	Antibiotic Ointment/ <i>Antibiótico en crema</i>
Topical Analgesics: Sting/Pain/Itch Reliever ( Aloe, Hydrocortisone 1%, Sting Kill, Calamine ), Sunscreen Analgesicos tópicos: Calmante de picaduras/dolor/comezón ( Aloe, Hydrocortisone 1%, Sting Kill, Calamine ), Bloqueador solar			

**Does your child have any of the following conditions?**

***Su hijo/a tiene algún de las siguientes condiciones?***

Serious accidents/injuries/operations <i>Accidentes/heridas/operaciones serias</i>	Yes/Si	No
Head injury/ concussion <i>Herida en la cabeza/contusión</i>	Yes/Si	No
Allergies / <i>Alergias</i>	Yes/Si	No
Asthma / <i>Asma</i>	Yes/Si	No
Hearing issues / <i>Problemas de audición</i>	Yes/Si	No
Vision issues / <i>Problemas de visión</i>	Yes/Si	No
Heart/ lung problems / <i>Problemas del Corazón o pulmones</i>	Yes/Si	No
Epilepsy/Seizure Disorder / <i>Epilepsia</i>	Yes/Si	No
Attention Deficit Disorder/Hyperactivity / <i>Trastorno por Déficit de la Atención</i>	Yes/Si	No
Medication / <i>Medicamentos</i>	Yes/Si	No
Physical Limitations / <i>Limitaciones físicas</i>	Yes/Si	No
Other / <i>Otro</i>	Yes/Si	No

If you marked yes, please explain.  
*Si marcó sí, explique por favor.*

---



---



---



---

Date/ Fecha: \_\_\_\_\_ Signature/ Firma: \_\_\_\_\_

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_



VIDA CHARTER SCHOOL  
 120 E Broadway  
 Gettysburg, PA 17325  
 717-334-3643

## ENCUESTA ACERCA DE LA VIVIENDA FAMILIAR

McKinney-Vento Assistance Act

**MARQUE AQUÍ Y LLENE LA PARTE DE ABAJO DE ESTA PAGINA SI LO SIGUIENTE**

**(1) ES UNA INDICACIÓN DE LA SITUACION ACTUAL EN QUE VIVE SU HIJO/A**

- vive con familiares u otros debido a una falta de hogar     en un motel/hotel, campamento, u otra situación parecida debido a una falta de hogar adecuado
- en un asilo     en una estación del tren o autobús, parque, o en un carro
- en un edificio o apartamento abandonado     temporalmente se queda en un asilo esperando una asignación permanente por el Departamento de Servicios Sociales     joven que no vive con padres o guardianes

**(2) SU SITUACIÓN DE VIVIENDA SI ERES UN JOVEN QUE NO VIVE CON PADRES NI GUARDIANES.**  
 (Su respuesta ayuda al personal de la escuela con la inscripción y puede ayudar a proveer otros servicios adicionales para el estudiante.)

**NINGUNAS DE ESTAS SITUACIONES DEL HOGAR PERTENECE A MI HIJO/A.**

**(Si escoge esta opción, no es necesario completar esta forma).**

Fecha/Date \_\_\_\_\_ Escuela/School Vida Charter School Contacto de la Escuela/School Contact Melissa Turner

Nombre del Estudiantes/Student Name: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento/D.O.B. \_\_\_\_\_

Grado/Grade \_\_\_\_\_ Gender/Sexo \_\_\_\_\_ Etnicidad del Estudiantes/Student Ethnicity \_\_\_\_\_

Dirección/Address \_\_\_\_\_

Recibe el estudiante servicios de educación especial? /Does this student receive special education services?    Sí/ Yes \_\_\_\_\_    No \_\_\_\_\_

Vive el estudiante en el zono de esta escuela? / Is this student residing in this school zone?    Sí / Yes \_\_\_\_\_    No \_\_\_\_\_

Cuál es la escuela de origen del estudiante? / What is the student's school of origin? \_\_\_\_\_

Se requieren servicios alternativos de transporte? / Are alternative transportation services needed?    Sí / Yes \_\_\_\_\_    No \_\_\_\_\_

Hermano/a/Sibling \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento/D.O.B. \_\_\_\_\_ Escuela/School \_\_\_\_\_

Hermano/a/Sibling \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento/D.O.B. \_\_\_\_\_ Escuela/School \_\_\_\_\_

Hermano/a/Sibling \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento/D.O.B. \_\_\_\_\_ Escuela/School \_\_\_\_\_

INFORMACIÓN DE LOS PADRES/GUARDIANES - PARENT/GUARDIAN INFORMATION

Nombre/Name \_\_\_\_\_ Número del teléfono/Telephone Number (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Dirección/Address \_\_\_\_\_

Otro Número del teléfono/Other Phone Number (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA/EMERGENCY CONTACT:

Nombre/Name \_\_\_\_\_ Número del Teléfono/Telephone Number (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Dirección/Address \_\_\_\_\_

Relación al Estudiante/Relationship to Student \_\_\_\_\_

Persona que hizo la referencia, y relación al estudiante/ Referring Source and Relationship to Student \_\_\_\_\_

Número del Teléfono/Telephone Number \_\_\_\_\_ Other contact information: \_\_\_\_\_

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_



VIDA CHARTER SCHOOL  
 120 E Broadway  
 Gettysburg, PA 17325  
 717-334-3643

**AUTHORIZATION TO PICK UP - FORM**  
**FORMA DE AUTORIZACION PARA RECOGER ESTUDIANTES**

**2018-2019**

Name of Child / *Nombre del estudiante*: \_\_\_\_\_

Grade / *Grado*: \_\_\_\_\_

Name of Parent(s)/Guardian(s)/ *Nombre de los padres*: \_\_\_\_\_

Home Phone Number / *Número de teléfono de la casa*: \_\_\_\_\_

Cell Phone Number / *Número de celular*: \_\_\_\_\_

Work Phone Number / *Número de teléfono del trabajo*: \_\_\_\_\_

\*To allow adults other than parents/guardians to pick-up children, we must have their names on record in the office.

If we are unfamiliar with a person picking up your child we may ask for identification.

*\*Para permitir adultos que no son padres o custodios a recoger los estudiantes de la escuela, necesitamos sus nombres registrados en la oficina.*

*Si no conocemos a un individuo que va a recoger a su hijo/a podemos pedir identificación.*

Information for Individuals Authorized to Pick-Up Child

*Información de adultos autorizados a recoger su hijo/a*

<i>Name/ Nombre</i>	<i>Relationship/ Parentezco</i>	<i>Cell phone # / Celular</i>	<i>Phone # / Teléfono</i>

Parent Signature/ Firma del Padre/Tutor

\_\_\_\_\_

Date/ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_



VIDA CHARTER SCHOOL  
 120 E Broadway  
 Gettysburg, PA 17325  
 717-334-3643

**DECLARACION PARENTAL – ESCUELAS SEGURAS**

Nombre del Estudiante \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Nombre del Padre/Tutor \_\_\_\_\_ # Teléfono \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

En cumplimiento con lo establecido en el Código Escolar de Pensilvania secciones 13-1304-A todos los padres, tutores u otro adulto responsable por o en cargo de un estudiante tienen que presentar antes de la inscripción, una declaración jurada afirmando si el estudiante ha sido o está en el momento suspendido o expulsado de alguna escuela pública o privada en el estado o en cualquier otro lugar, y que la suspensión o expulsión ha sido causada por un acto que envolvió armas, alcohol o drogas o con un acto en el que intencionalmente se hirió a otra persona, o cualquier acto violento cometido en la propiedad escolar.

Favor de completar lo siguiente (marque todas las situaciones que sean verdad)

Por medio del presente documento, yo juro y afirmo que my hijo(a)

<input type="checkbox"/> Fué Suspendido Previamente	<input type="checkbox"/> Fué Expulsado Previamente
<input type="checkbox"/> No Fué Suspendido Previamente	<input type="checkbox"/> No Fué Expulsado Previamente
<input type="checkbox"/> Está Suspendido Actualmente	<input type="checkbox"/> Está Expulsado Actualmente
<input type="checkbox"/> No Está Suspendido Actualmente	<input type="checkbox"/> No Está Expulsado Actualmente

De ninguna escuela escuela privada o pública de este Estado o cualquier otro por ofensas relacionadas con el involucramiento de armas, alcohol, drogas, o por haber herido o causado daño físico a otra persona, o por cualquier acto de violencia cometido en la propiedad de la escuela. Yo ofrezco esta declaración sujeta a las penalidades establecidas en las secciones 24 P.S. 13-1304-A(b) y 18 Pa.C.S.A 4904, relacionadas con la falsa declaración jurada presentada ante las autoridades y declaro que los hechos contenidos aquí son correctos y manifiestan lo mejor de mi conocimiento, información y creencia.

**Si el estudiante ha sido o está actualmente suspendido o expulsado de cualquier escuela, favor de completar lo siguiente:**

Nombre de la escuela que lo suspendió o expulsó \_\_\_\_\_

Fecha de suspensión o expulsión \_\_\_\_\_

(Favor de proveer información adicional acerca de la escuela y fechas al reverso de esta hoja)

Razón de la suspensión o expulsión: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Firma del Padre / Tutor**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_