



Formulario de inscripción

*Por favor, descargue y complete a mano o electrónicamente un formulario por niño. Junto con este formulario, asegúrese de enviar también: (los documentos con * tiene una fecha límite)*

- * Copia del certificado de nacimiento original o certificado de nacimiento o pasaporte válido del estudiante.
- * Copia de la identificación con foto del padre o tutor legal (Licencia de conducir válida, identificación militar, pasaporte)
- * Documentos de custodia (***si aplica***)
- * Prueba de residencia en forma de factura actual de electricidad, agua o gas que muestre el nombre y la dirección del padre/tutor, o el contrato de arrendamiento/hipoteca actual.
- * Copia de la orden militar oficial que transfiere al padre o tutor legal a una instalación o reserva militar situada en NC (***sólo si aplica***)
- * Aviso de inscripción de inmunización firmado y salud física O los registros de inmunización (que se deben entregar dentro de los 30 días de la fecha de inicio)
- * Formulario firmado de liberación de registros 2X (entreguenos **uno** y dé una copia a la escuela anterior, si aplica)
- * Plan actual de IEP o plan 504 (se debe entregar tan pronto como sea posible; ***sólo si aplica***)
- * [Formulario de suscripción anual](#)
- * Formulario de información sobre el desarrollo (SÓLO para kindergarten)
- * Por favor complete la información en el siguiente link: [Evaluación de salud](#) (debe completarse dentro de los 30 días de la fecha de inicio) (SÓLO en kindergarten)
- Opcional: [Formulario de autorización de medicamentos para la escuela](#)
- Opcional: [solicitud de patrulla de seguridad](#) de 4º, 5º, 6º, 7º y 8º grado.

Información del estudiante

Apellidos	Primer nombre	Segundo nombre	Nombre preferido

Fecha de nacimiento	Grado	Género

Dirección de residencia	Dirección de correspondencia si es diferente a la dirección de residencia	Condado de residencia del estudiante

Teléfono	Teléfono celular # 1 del padre / madre/ guardián legal	Teléfono celular # 2 del padre / madre/ guardián legal
	Nombre: Número telefónico:	Nombre: Número telefónico:

Etnia (de cumplimiento con el requerimiento federal de registro de información étnica)
Marque todos los que apliquen con un círculo: Afroamericano, Indígena americano, indígena de alaska, asiático, hawaiano/habitante de las islas del pacífico, hispano, blanco/caucásico,

Información del padre / madre / guardián legal

Custodia legal del estudiante (marque en un círculo): ambos padres, madre, padre, guardián (nota: una copia de la custodia DEBE ser presentada a la escuela)
Nombre de los padres o guardián legal con los que vive el estudiante:
Es el estudiante un niño adoptivo? Sí No En caso afirmativo, indique los ingresos mensuales para uso personal del niño. \$_____
Su hogar se encuentra sin hogar o sus hijos son considerados inmigrantes fugitivos o de crianza? Sí No NO SEGURO, por favor contactame

Información del padre/ guardián legal #1:

Apellido del padre / guardián	Primer nombre del padre / guardián	Relación con el estudiante
Teléfono del hogar:	Teléfono celular:	Teléfono del trabajo:
Correo electrónico:	Dirección de residencia alternativa:	

Información de la madre/ guardián legal #2:

Apellido de la madre/ guardián	Primer nombre de la madre / guardián	Relación con el estudiante
Teléfono del hogar:	Teléfono celular:	Teléfono del trabajo:
Correo electrónico:	Dirección de residencia alternativa:	

Contactos de emergencia /Otros proveedores de servicios de salud

Nombre del estudiante: _____

Apellido del contacto de emergencia /proveedor de salud #1	Nombre del contacto de emergencia /proveedor de salud #1	Relación con el estudiante:
Teléfono del hogar:	Teléfono celular:	Teléfono del trabajo:
Correo electrónico:		¿Permite que recoja al estudiante? (Encierre en un círculo) Si NO

Apellido del contacto de emergencia /proveedor de salud #2	Nombre del contacto de emergencia /proveedor de salud #2	Relación con el estudiante:
Teléfono del hogar:	Teléfono celular:	Teléfono del trabajo:
Correo electrónico:		¿Permite que recoja al estudiante? (Encierre en un círculo) Si NO

Plan a seguir en caso de emergencia

En caso de emergencia ¿en qué orden la escuela debería contactar a los padres, guardián legal o proveedor de salud?: (Ejemplo, madre, proveedor de salud #1, padre, etc.)	En el caso en que el estudiante sea enviado a casa más temprano por causa de nieve o hielo ¿quién va a recoger al estudiante? (Ejemplo, madre, proveedor de salud #1, padre, etc.)

Información médica

Nombre del doctor	Teléfono	¿Puede la enfermera o el personal de la escuela suministrar los primeros auxilios?
		SI NO

Suministre cualquier información médica que considere pertinente para la correcta atención del estudiante:
--

Información de la escuela a la que asistió el estudiante

Nombre de la escuela	Ciudad y estado	Teléfono

Información de necesidades especiales

¿Recibió un tratamiento especializado en la escuela anterior?	Si aplica marque con un círculo el tratamiento especializado que recibió:
(Marque con un círculo) SI No	IEP: (Indique áreas: _____) 504 Plan: (para: _____) AIG: (áreas: _____) Terapia ocupacional Terapia física Terapia del lenguaje Terapia del comportamiento Otra (describa abajo)

¿Tiene el estudiante necesidades especiales que usted quiera comunicar al director?	Si No

Encuesta del lenguaje

¿Cuál es el idioma principal que se usa en el hogar, independientemente del idioma que hable el estudiante? ¿Qué porcentaje de tiempo el estudiante habla esta lengua? ¿Qué porcentaje de tiempo los padres hablan esta lengua?	Estudiante _____ % Padres _____ %
¿Cuál es el idioma que más habla el estudiante?	
¿Cuál es el idioma que el estudiante aprendió a hablar por primera vez?	
¿Su estudiante alguna vez asistió a una escuela en los Estados Unidos? En caso afirmativo, ¿cuántos años y en qué estado?	
Si su estudiante ha asistido a otra escuela de Carolina del Norte, indique qué distrito escolar	

Cualquier respuesta anterior es un idioma diferente de inglés, esto implica que al estudiante se le haga un examen de suficiencia en inglés a los 30 días de haber sido admitido.

Si alguna de las respuestas anteriores NO es inglés y su estudiante va a los grados 1-8, complete la siguiente:

En su opinión qué tan bien el estudiante (encierre en un círculo): ¿Habla inglés? Muy bien, entendible, muy poco, nada. ¿Lee inglés? Muy bien, entendible, muy poco, nada.
--

Estatus disciplinario del estudiante

Marque si aplica

- ☐ El estudiante no está suspendido o expulsado de ninguna escuela o no tiene suspensiones o expulsiones pendientes.
- ☐ El estudiante ha sido sujeto de suspensión larga (más de 10 días) o una expulsión de la cuál está esperando noticia. (Explique el incidente en la parte de atrás y adjunte el reporte disciplinario)
- ☐ El estudiante ha sido sujeto de suspensión larga (más de 10 días) o una expulsión y actualmente está suspendido o expulsado. (Explique el incidente en la parte de atrás y adjunte el reporte disciplinario)
- ☐ El estudiante no ha ido preso por un crimen en este u otro estado..
- ☐ El estudiante ha ido preso por un crimen.

Sección de verificación

Por favor lea las siguientes sentencias. Marque cada una si confirma que ha leído y entiende la información de cada una de ellas.

- ☐ Yo declaro bajo la penalidad de perjurio a las leyes del Estado de Carolina del Norte que la información que declaro arriba es verdadera y acertada, y que no contiene falsedad implícita o declarada.
- ☐ Yo reconozco que proporcionar información falsa en esta aplicación, no limitada a la información sobre el estatus del estudiante en cuanto residencia, edad, grado, suspensión o expulsión estatus, resultaría en una amenaza a la admisión de este a la *Escuela de la Expedición*.
- ☐ Yo he recibido y revisado una copia del reglamento estudiantil.

Padre / Madre /Guardián Firma: _____ **Fecha:** _____

CONSENT FOR RELEASE OF EDUCATION RECORDS AND AUTHORIZATION FOR USE AND/OR DISCLOSURE AND EXCHANGE OF EDUCATION RECORDS

The Family Educational Rights and Privacy Act (FERPA) is a federal law that protects the privacy of student education records created or maintained by a school that receives federal funds. Completion of this document authorizes the disclosure and use of education records as described below. Completion also authorizes you to discuss this information with representatives of the organization named below entitled to receive said information.

STUDENT INFORMATION:

Student Name: _____ Date of Birth: _____ Grade: _____

Current School: _____ School Fax Number: _____

Parent/Legal Guardian Name: _____ Relationship to Student: _____

USE AND DISCLOSURE INFORMATION:

I, the undersigned, do hereby authorize _____ (*name of agency or educational institution maintaining records*) to disclose and deliver the complete education records maintained under the above student's name including but not limited to the following:

* Grades and transcripts * Psychological & Educational testing * Verbal Information * School health records * Special education records * Discipline Records * Vision, Hearing, Motor Screenings

***Below, please list any records you do not wish to be disclosed:*

The education records described above shall be delivered to:

Name: **The Expedition School, Attn. Admissions**

Address: **437 Dimmocks Mill Rd, Suite #33, Hillsborough, NC 27278**

Telephone Number: 919-245-8342 FAX: 919-245-8460

PURPOSE: This information is to be disclosed and used for the purpose of:

___ Admissions ___ Special Education Evaluation & Planning ___ 504 Evaluation & Planning Provision of Special Education Services ___ Information for School Nursing ,

Other _____ (please provide explanation).

AUTHORIZATION FOR REDISCLOSURE:

Under federal law, the requestor (School) may not redisclose the information identified above to any other party without your prior consent. If you wish to authorize the School to redisclose the information identified above please mark the box below:

- ☐ I authorize the School District to redisclose the education information described above and I understand that if the information is redisclosed it may not be protected by federal privileges, privacy laws or regulations.

APPROVAL: My authorization for the use, disclosure and/or redisclosure of the information identified above is voluntary. I understand that the information to be disclosed or redisclosed may include individually identifiable health information. I understand that, upon my request, I am entitled to a signed copy of this authorization form and the records to be disclosed. Unless sooner terminated in writing, this release shall remain effective for 1 year from the date signed below. A copy of this release shall be as sufficient to authorize release of information identified above as the original signed by me.

Date: _____ Signature of Student's Parent/Legal Guardian _____

Relationship: _____

CONSENT FOR RELEASE OF EDUCATION RECORDS AND AUTHORIZATION FOR USE AND/OR DISCLOSURE AND EXCHANGE OF EDUCATION RECORDS

The Family Educational Rights and Privacy Act (FERPA) is a federal law that protects the privacy of student education records created or maintained by a school that receives federal funds. Completion of this document authorizes the disclosure and use of education records as described below. Completion also authorizes you to discuss this information with representatives of the organization named below entitled to receive said information.

STUDENT INFORMATION:

Student Name: _____ Date of Birth: _____ Grade: _____

Current School: _____ School Fax Number: _____

Parent/Legal Guardian Name: _____ Relationship to Student: _____

USE AND DISCLOSURE INFORMATION:

I, the undersigned, do hereby authorize _____ (*name of agency or educational institution maintaining records*) to disclose and deliver the complete education records maintained under the above student's name including but not limited to the following:

* Grades and transcripts * Psychological & Educational testing * Verbal Information * School health records * Special education records * Discipline Records * Vision, Hearing, Motor Screenings

***Below, please list any records you do not wish to be disclosed:*

The education records described above shall be delivered to:

Name: **The Expedition School, Attn. Admissions**

Address: **437 Dimmocks Mill Rd, Suite #33, Hillsborough, NC 27278**

Telephone Number: 919-245-8342 FAX: 919-245-8460

PURPOSE: This information is to be disclosed and used for the purpose of:

____ Admissions _____ Special Education Evaluation & Planning _____ 504 Evaluation & Planning _____ Provision of Special Education Services _____ Information for School Nursing ,

Other _____ (please provide explanation).

AUTHORIZATION FOR REDISCLOSURE:

Under federal law, the requestor (School) may not redisclose the information identified above to any other party without your prior consent. If you wish to authorize the School to redisclose the information identified above please mark the box below:

- ☐ I authorize the School District to redisclose the education information described above and I understand that if the information is redisclosed it may not be protected by federal privileges, privacy laws or regulations.

APPROVAL: My authorization for the use, disclosure and/or redisclosure of the information identified above is voluntary. I understand that the information to be disclosed or redisclosed may include individually identifiable health information. I understand that, upon my request, I am entitled to a signed copy of this authorization form and the records to be disclosed. Unless sooner terminated in writing, this release shall remain effective for 1 year from the date signed below. A copy of this release shall be as sufficient to authorize release of information identified above as the original signed by me.

Date: _____ Signature of Student's Parent/Legal Guardian _____

Relationship: _____



IMMUNIZATION AND PHYSICAL HEALTH ASSESSMENT ENROLLMENT NOTICE K THROUGH 12

Student: _____

North Carolina Immunization Law (GS 130A-155) requires that all students have a Certificate of Immunization on file with the school within 30 calendar days of entry. After 30 calendar days, the principal shall not permit the child to attend school until the required immunizations have been received. [Records from previous schools are often inadequate or arrive after 30 calendar days] It is the parent's responsibility to provide this record.

All kindergarten students must have a physical health assessment (G.S. 130A-440) on file with the school within 30 calendar days of entry. After 30 calendar days, the principal shall not permit the student to attend school until the required health assessment has been received. It must be completed within one year prior to the date of school entry AND documented on a Kindergarten Health Assessment Report form. It is the parent's responsibility to provide this record.

Effective July 1, 2015 the administrative rule, 10A NCAC 41A. 0401, has been changed, adding revised and new requirements at kindergarten and seventh grade entry.

For all students entering kindergarten through grade 12, the immunization requirements are:

- ☐ Five (5) DTP/DTaP One dose must be on/after 4th birthday. If 4th dose is on/ after 4th birthday, 5th dose is not required.
- ☐ Four (4) Polio (4th) dose is required on or after the 4th birthday and before entering school for the first time.
- ☐ One (1) – Four (4) Hib Series complete if at least 1 dose given on/after 15 months. Not required after age 5.
- ☐ Two (2) MMR One dose must be on/after 1st birthday.
- ☐ Three (3) Hep B Last dose must be on/after 24 weeks of age.

Kindergarteners (on or after July 2015) also must have:

- ☐ Two (2) Varicella administered at least 28 days apart. Second dose before entering school for the first time. OR bring documentation of history of varicella, verified by a physician. Documentation must include the name, date or age of infection and signature of health care provider.

Seventh Graders or by age 12 (on or after July 2015) must also have these immunization requirements:

- ☐ Booster dose of Tetanus, diphtheria and pertussis DTP/DTaP (whooping cough) - if booster has not yet been received
- ☐ Meningococcal conjugate vaccine (MCV)- One dose

Permanent enrollment in The Expedition School is contingent upon completion of the requirements as stated in this document. Students without a Certificate of Immunization will be suspended on the 31st calendar day after school entry.

Note: A Certificate of Immunization according to G.S. 130A-154, must include:

1. child's legal name	4. name and address of child's parent/guardian	6. name and address of physician's office/clinic giving the immunizations
2. child's date of birth	5. number and date of vaccine doses	
3. child's sex		

If you have a question, please contact the school nurse or the director.

nurses@theexpeditionschool.com

919-245-8432 x 100