



PLANILLAS DEL ESTUDIANTE

2017-2018

**Importante: Se incluyen planillas
que necesitan de su firma**



2017 – 2018

Planillas del Estudiante

Por favor lea todo el paquete, complete y devuelva las planillas necesarias a la escuela de su hijo. El texto completo del Manual para Padres y Estudiantes del año escolar 2017-2018 se encuentra en las páginas electrónicas del sitio Web de CMS: www.cms.k12.nc.us.

TABLA DE CONTENIDO

Estándares de Responsabilidad del Estudiante sobre los Libros de Texto de CMS.....	1
Asignación de los Casilleros para los Estudiantes (Grado 6-12).....	2
Participación en las Clases de Educación Física (Grado K-12).....	2
Planilla para la Autorización de la toma de Fotos y Videos	3
Planilla para Proteger a CMS de la Responsabilidad sobre los Instrumentos Musicales	4
Autorización para Tomar Medicamentos para los Estudiantes de CMS	5, 6
Autorización para la Auto Medicación para los Estudiantes de CMS.....	7
Planilla para Autorización de Dieta.....	8
Negación de los Padres para el Acceso de Internet del Estudiante	9
Título VI Certificación de Elegibilidad para Estudiantes	10

Visión

Las Escuelas de Charlotte-Mecklenburg le proveerá a todos los estudiantes la mejor educación disponible en cualquier lugar, preparando a cada niño a dirigir una vida prospera y productiva.

Misión

La misión de las Escuelas de Charlotte-Mecklenburg es maximizar los logros académicos por cada estudiante en cada escuela.

Conforme a la ley federal, las Escuelas de Charlotte-Mecklenburg administran todos los programas de educación, actividades de empleo y admisiones sin discriminación contra cualquier individuo con base en el género, raza, color, religión, origen nacional, edad o discapacidad. Las preguntas sobre el cumplimiento de las Enmiendas de Educación Título IX, que prohíbe la discriminación en los programas o actividades educativas con base en el género, pueden ser dirigidas al Coordinador de Título IX del Distrito en titleixcoordinator@cms.k12.nc.us o en <http://www.cms.k12.nc.us/titleix>, o a la Oficina de Derechos Civiles, Departamento de Educación de Estados Unidos.

Las Escuelas de Charlotte-Mecklenburg también proveen accesibilidad tal como lo requiere el Acta de Accesibilidad de Americanos con Discapacidades (Americans with Disabilities Act): Si necesita ayuda para las comunicaciones en la participación de servicios o programas de CMS, por favor comuníquese con el coordinador de ADA del distrito, por lo menos con una semana antes del comienzo del programa. Llame al 980-343-6661 o envíe un correo electrónico a: accessibility@cms.k12.nc.us.



RESPONSABILIDADES DEL ESTUDIANTE SOBRE LOS LIBROS DE TEXTO DE CMS

Acuerdo para los estudiantes matriculados en CMS

Los maestros y administradores del sistema escolar de Charlotte-Mecklenburg se comprometen a proveer libros de texto a los estudiantes durante los 10 primeros días de clase. Prometen trabajar en colaboración para promover una enseñanza positiva y una buena experiencia de aprendizaje para cada estudiante. Este contrato es un acuerdo para trabajar en colaboración y asegurar el éxito de nuestros objetivos mutuos.

Como **estudiante**, yo prometo

- usar los libros de texto apropiadamente,
- evitar dañar y perder los libros de texto,
- pagar por los libros de texto que yo dañe o pierda.

Firma del Estudiante _____ Fecha _____

Como **padre/guardián** de _____, yo prometo

- animar al uso apropiado de los libros de texto y vigilar los libros de texto que mi hijo trae de la escuela
- apoyar al personal de la escuela en su esfuerzo de proveer a mi hijo con los libros de texto necesarios para el aprendizaje
- vigilar los libros de texto que mi hijo trae a casa de la escuela
- animar a mi hijo a que sea responsable del uso adecuado de los libros de texto
- regresar los libros de texto al final del año escolar o si mi hijo se traslada a otra escuela dentro o fuera del distrito
- pagar por los libros de texto dañados o perdidos

Firma del Padre/Guardián _____ Fecha _____

Como **maestro**, yo prometo

- explicar mis expectativas y objetivos educativos a los estudiantes y a los padres en la orientación y durante el año
- asignar libros de texto a los estudiantes y evaluar detenidamente los libros antes de entregarlos a los estudiantes
- proveer un ambiente educativo de retos y afectuoso, utilizando los libros de texto como una herramienta de enseñanza para apoyar el *Plan General de Estudios de Carolina del Norte*
- mantener un registro preciso de los libros de texto
- recoger y hacer un recibo para los libros de texto dañados o perdidos

Firma del Maestro _____ Fecha _____

El director, como el líder de instrucción de la escuela, se compromete a proveerle a su hijo los libros de texto que se necesiten para apoyar los *Cursos Estándar de Estudios de Carolina del Norte*. La participación de los padres es esencial mientras trabajamos para dar a su hijo la mejor experiencia educativa posible.

FOR SCHOOL USE ONLY (Para Uso Exclusivo de la Escuela)

Issued Textbooks for the _____ - _____ School Year

Subject	Course #	Title	Book #	Condition	Cost	Teacher #
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						
8.						



ASIGNACIÓN DE LOS CASILLEROS PARA LOS ESTUDIANTES (GRADO 6-12)

Los casilleros son propiedad del distrito. Ellos solamente deben de contener los materiales necesarios para la escuela y están sujetos a inspecciones autorizadas en cualquier momento, incluyendo inspecciones de olfato por perros especialmente entrenados tal como lo permite la Política de la Junta Directiva JIHD de CMS.

Firma del estudiante _____

Firma del padre/ guardián _____

Escuela _____ No. de casillero asignado _____

Fecha de asignación _____ Fecha _____

Asignado por _____ Combinación del casillero _____



PARTICIPACIÓN EN LAS CLASES DE EDUCACIÓN FÍSICA (GRADO K-12)

Todos los estudiantes deben participar en la clase de educación física. No se le permitirá que ningún estudiante renuncie o la substituya por otras clases exceptuando: La educación física adaptada incluida como parte del programa de Educación Individualizada del Estudiante con problemas médicos crónicos, otras discapacidades u otras necesidades especiales que impiden seguir con la sección de Educación Física de los Estándares Esenciales: <http://goo.gl/mHNOR>. (IDEA: <http://goo.gl/1Tuike>)

Nombre del estudiante _____

Maestro _____ Grado _____

Escuela _____

Por favor, marque una opción:

- Mi hijo puede participar totalmente en la clase de educación física
- Me gustaría que el maestro de educación física supiera las siguientes condiciones médicas que requieren modificaciones o un programa de educación física especialmente diseñado (ejemplo: diabetes, alergias, asma y condiciones cardíacas).

Firma del padre/guardián _____ Fecha _____

PLANILLA PARA LA AUTORIZACIÓN DE LA TOMA DE FOTOS Y VÍDEOS

Yo autorizo a las escuelas de Charlotte-Mecklenburg el derecho ilimitado a usar y/o reproducir fotografías*, semejanzas o la voz de mi hijo de cualquier forma legal para el uso promocional interno o externo y para actividades informativas de las escuelas de Charlotte-Mecklenburg. También estoy de acuerdo en permitir que se entreviste a mi hijo y/o sea fotografiado* por los representantes de los medios de comunicación externos, el personal de la escuela y los Servicios de Comunicaciones de CMS en relación a cualquiera y toda la cobertura de las escuelas de Charlotte-Mecklenburg en las que el/ella este participando. También estoy de acuerdo en permitir que el trabajo y/o fotografía de mi hijo (a) sea publicado en cualquier comunicación de CMS, incluyendo sitios web e intranet, canales de medios de difusión y publicaciones impresas y electrónicas, así como el sitio web e intranet de las escuelas de Charlotte Mecklenburg y en las publicaciones de CMS. También entiendo que al firmar esta autorización, renuncio a cualquier compensación por los presentes o futuros derechos para el uso de los material(s) arriba mencionados incluyendo los medios impresos, electrónicos y en línea.

Nombre de la escuela _____

Nombre de la estudiante _____ Nombre del maestro _____

Firma del padre/guardián _____ Fecha _____

Nombre del padre/guardián (escriba en imprenta) _____

Dirección del padre/guardián _____

** Cuando se refiere a "fotografía", en ésta planilla, únicamente se refiere a las fotografías y los videos de su hijo sólo. Las fotografías de grupo y los videos (dos o más niños), sin información de identificación adicional, se consideran como Información del Directorio. Por favor, consulte la hoja de información de la "Ley Federal de los Derechos de Educación y Privacidad de la Familia (FERPA) en el Manual de Padres-Estudiantes.*

This information to be completed by school officials only.

(Esta información debe ser completada solo por personal de la escuela)

Your Name: _____ Date: _____

Type of Material

- Photograph
- Slide
- Videotape
- Other (please specify) _____

Use of Material

(Please provide additional information such as name of news outlet, brochure, purpose of presentation, etc.)

- News outlet _____
- CMS Web site/Intranet site _____
- Brochure _____
- CMS TV _____
- PowerPoint presentation _____

Áreas para Almacenar los Instrumentos

Cada escuela puede proporcionar áreas de almacenamiento donde se pueden guardar los instrumentos musicales por la noche, **si fuera necesario**.

Estas zonas de almacenaje no son casilleros individuales, si no áreas de anaqueles. Como los estudiantes tienen acceso a estas áreas antes y después de clase, la Junta Directiva de Educación de Charlotte-Mecklenburg no asume ninguna responsabilidad por la pérdida o daños de cualquiera de los instrumentos musicales almacenados en estos lugares.

Instrumentos que son Propiedad de la Escuela – Cambios de Instrumentos

Los estudiantes que usarán los instrumentos musicales que son propiedad de la escuela tales como Tuba, Saxofón Barítono, Saxofón Tenor, Oboe, Bajo, Clarinete, Trompa Francesa, Chelo o Bajo de Cuerdas necesitarán completar una planilla de responsabilidad de las escuelas de Charlotte-Mecklenburg antes de que el estudiante pueda usar el instrumento. Estas planillas pueden ser obtenidas del maestro de instrumentos musicales.

Todos los cambios de instrumentos están a discreción del director musical.

Reparación de Instrumentos

Si el instrumento musical de un estudiante (propiedad del estudiante) necesita repararse, debe llevarse a una tienda de reparaciones de instrumentos musicales tan pronto como sea posible. Por favor, entregue una nota por escrito con el nombre de la tienda de reparaciones, la fecha que se llevó el instrumento, y cuándo se espera que esté arreglado para que las notas del estudiante no se vean afectadas.

Nombre de la escuela _____
(escriba en letra imprenta)

Nombre del estudiante _____
(escriba en letra imprenta)

Firma del padre/guardián _____ Fecha _____



AUTORIZACIÓN PARA TOMAR MEDICAMENTOS PARA LOS ESTUDIANTES DE CMS

Nombre de la Escuela	Número de Teléfono de la Escuela	For School Use Only
		Date Received/Receiver's Signature:
Para ser enviado por Fax: 704-432-2079 (School Health)		Medication Received? <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no
Nombre del Estudiante (Por favor escriba en letra imprenta)	Fecha de Nacimiento del Estudiante	Date Approved/Nurse's Signature
		Entered in EHR? <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no

Se requiere el consentimiento por escrito del padre/guardián y una autorización de un proveedor de atención médica, con licencia en Carolina del Norte, para administrar medicamentos con y sin prescripción médica en la escuela (Política JLCD y Regulación JLCD-R de CMS). Si se ha mudado de otro estado y tiene órdenes de un proveedor médico fuera del estado, comuníquese con la enfermera de la escuela para obtener ayuda. Algunos medicamentos puede que no sean adecuados en el ámbito escolar. Además se podría requerir documentación adicional para algunos medicamentos (ejemplos: medicamentos para el uso de investigación, medicamentos con potencial de efectos secundarios graves e inmediatos). Comuníquese con la enfermera de la escuela si tiene preguntas.

SECTION 1: LICENSED HEALTHCARE PROVIDER AUTHORIZATION	
<ul style="list-style-type: none"> When possible, medications should be taken before or after school. Administration of non-prescription medications at school is discouraged. CMS action plans for asthma, diabetes, seizure disorders and severe allergies may be used instead of this form. See CMS Coordinated School Health webpage. When using this form, complete a separate form for each medication; write legibly; use lay terms. Complete Section 3 for students who will self-carry and/or self-medicate. 	
Medication: (Generic/Brand)	Controlled Substance? <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no
Dose/Dosing Instructions:	Route:
Administration Time: Relationship to meals: <input type="checkbox"/> Not applicable <input type="checkbox"/> With meals <input type="checkbox"/> With snacks <input type="checkbox"/> Other:	<input type="checkbox"/> PRN (specify time interval):
Purpose:	Check here if this medication is to be used for emergencies only. <input type="checkbox"/>
Side Effects/Adverse Reactions:	
Anticipated length of treatment: <input type="checkbox"/> School Year <input type="checkbox"/> _____ Months <input type="checkbox"/> _____ Weeks <input type="checkbox"/> _____ Days	Other Instructions (including emergency situations):

In my professional opinion, it is medically necessary for this student to receive this medication during school hours.

Signature of Healthcare Provider: _____ **Date:** _____

Stamp, Print or Type Healthcare Provider's Name & Address	Office Phone
	Office Fax

SECCIÓN 2: CONSENTIMIENTO DE / PADRE / GUARDIAN LEGAL		
<p>• Yo Entiendo: que no se administrará ningún medicamento en la escuela hasta que esta autorización haya sido aprobada por una enfermera de la escuela. Se requieren nuevas planillas de autorización al comienzo de cada año escolar, cuando la dosis o las instrucciones cambian, y cuando se prescribe un nuevo medicamento. Es mi responsabilidad suministrar el medicamento. Cada medicamento debe estar en el envase original etiquetado por la farmacia o el proveedor del cuidado de la salud. Algunas farmacias proveerán un contenedor adicional para uso escolar. La información acerca este medicamento y la salud de mi hijo puede ser compartida con el personal de la escuela o agentes de la escuela para ayudar a asegurar el cuidado y el éxito de mi hijo en la escuela. La enfermera de la escuela puede comunicarse con el proveedor de atención médica que le prescribió el medicamento y la farmacia donde se llenó la prescripción para discutir esto medicamentos y la salud de mi hijo. Los medicamentos son administrados por una enfermera o personal capacitado de CMS.</p> <p>• Yo doy permiso para que mi hijo reciba el medicamento descrito arriba durante las horas escolares. Doy permiso para que el Proveedor del cuidado de la salud, farmaceuta y su personal proporcione información a la enfermera de la escuela acerca de este medicamento y la salud de mi hijo.</p> <p>• En nombre de mi hijo, dejo libre de toda responsabilidad civil a la Junta de Educación de Charlotte-Mecklenburg, sus agentes y empleados de lo que pueda suceder como resultado de que mi hijo tome este medicamento en la escuela.</p>		
Firma del Padre/ Guardián Legal:	Fecha:	Números de Teléfono (Celular, Trabajo, Casa):

AUTORIZACIÓN PARA QUE ESTUDIANTES DE CMS SE AUTO-MEDIQUEN

SECCION 3: AUTORIZACION PARA QUE ESTUDIANTES DE CMS SE AUTO-MEDIQUEN

Nombre del Estudiante	Fecha de Nacimiento del Estudiante
Nombre del Medicamento	Propósito del Medicamento

REQUISITOS DE ELEGIBILIDAD DE CMS PARA AUTOMEDICARSE

Los estudiantes con afecciones crónicas como asma, diabetes, alergias severas y aquellos que requieren dosis frecuentes de productos sin prescripción, pueden ser elegibles para auto-medificarse. La auto-administración de una sustancia controlada se considerará en algunos casos en que puedan ocurrir episodios médicos potencialmente dañinos. Para la auto-medificación, los estudiantes: 1) tienen que estar mental, emocional y físicamente capaz de auto-administrar el medicamento, 2) tienen que haber sido enseñados en el uso apropiado y el cuidado seguro de sus medicamentos, 3) tienen que demostrar un comportamiento maduro y responsable usando su medicamento 4) tienen que mantener su medicamento para sí mismo seguro, o de otra manera que haya sido acordado con la enfermera y la administración de la escuela, y 5) no pueden compartir o mostrar el medicamento a otros estudiantes. El privilegio de ser autorizado a auto-medificarse puede ser quitado si hay alguna causa justa. El incumplimiento de las políticas y regulaciones de CMS puede resultar en acciones disciplinarias como se indica en el Código de Conducta Del Estudiante. La Junta de Educación de CMS, sus designados y agentes, no asumen la responsabilidad de la auto-medicación por parte de los estudiantes. Los detalles adicionales se encuentran en la Política de CMS JLCD / Regulación JLCD-R.

HEALTHCARE PROVIDER

The student named above meets the CMS eligibility requirements for self-medication. This student is capable of, has been instructed on the procedures for and has demonstrated the skill to self-administer this medication as directed in Section 1 of this form. This student will not require adult supervision while taking this medication.

Is this medication a controlled substance? yes no

Check applicable items below:

- Please allow this student to self-administer this medication while at school during school hours.
- This student should carry this medication with him/her at all times during the school day, while at school-sponsored events, or while in transit to or from school or school-sponsored activities.

Healthcare Provider Signature:	Date:
Healthcare Provider (Print Name):	

PADRE/ GUARDIAN LEGAL

Mi hijo es capaz de auto-medificarse y cumple con los requisitos de elegibilidad de CMS. Doy mi consentimiento a las Escuelas de Charlotte-Mecklenburg y permito que mi hijo se auto-administre este medicamento en la escuela. Entiendo que mi hijo y yo asumimos la responsabilidad del uso adecuado y el cuidado de este medicamento. Si este medicamento es para una emergencia que pone en peligro la vida como lo es la anafilaxia para el asma, estoy de acuerdo en proporcionar un suministro de reserva del medicamento el cual se mantendrá en la escuela en un lugar en el cual mi hijo tenga acceso inmediato para asegurar que el medicamento esté disponible si se necesita. Dejo libre de toda responsabilidad civil a la Junta de Educación de Charlotte-Mecklenburg, sus agentes y empleados de lo que pueda suceder como resultado de que mi hijo tome este medicamento en la escuela. Entiendo que la información sobre este medicamento y la salud de mi hijo puede ser compartida con el personal escolar y los agentes de la escuela para ayudar a asegurar el cuidado y el éxito de mi hijo en la escuela. La enfermera de la escuela puede comunicarse con el proveedor de atención médica que le prescribió el medicamento y la farmacia donde se llenó la receta para discutir este medicamento y la salud de mi hijo.

Firma del Padre/ Guardián Legal:	Fecha:
Nombre del Padre/ Guardián Legal (Por favor escriba en letra imprenta):	

ESTUDIANTE

Soy capaz de tomar este medicamento por mi cuenta. Acepto tomar este medicamento según lo ordenado. Lo mantendré seguro y fuera de la vista de los demás cuando no lo esté usando. No dejaré que otros tengan o usen mi medicamento o suministros médicos. Yo entiendo que seré disciplinado bajo el Código de Conducta del Estudiante de CMS si abuso del privilegio de ser autorizado a auto-medificarme mientras estoy en la escuela o actividades patrocinadas por la escuela. Entiendo que puedo perder el privilegio de auto-administrar mi medicamento si no sigo estas reglas.

Firma del Estudiante:	Fecha:
Estudiante (letra imprenta):	

SCHOOL NURSE

I have reviewed this request and acknowledge that this student has demonstrated the skill level to self-administer this medication. I have informed this student that he or she must tell an appropriate staff member whenever he or she has used the medication at school.

Nurse Signature:	Date:
Nurse (Print Name):	

PRINCIPAL / DESIGNEE

I have reviewed this request and approve this student for self-administering this medication.

Principal/Designee Signature:	Date:



AUTORIZACIÓN PARA LA AUTO MEDICACIÓN PARA LOS ESTUDIANTES DE CMS

Nombre del estudiante _____ Fecha de nacimiento _____

Medicamento _____ Para _____

Elegibilidad: De acuerdo con la norma JLCD de CMS, La Administración de Medicamentos para Estudiantes y las regulaciones que la acompañan, JLCD-R solo para los estudiantes que cumplan con las siguientes descripciones pueden poseer y auto medicarse medicamentos: (1) estudiantes con necesidades médicas especiales como asma y/o alergias graves, o aquellos que estén sujetos a reacciones anafilácticas y puedan requerir medicamentos de urgencia (por ejemplo: inhalador de asma o epinephrine auto-injector [Epi-pen”]); (2) y estudiantes que requieran de una frecuente administración de medicamentos sin prescripción o medicamentos con prescripción que no sean sustancias controladas.

Healthcare provider: (Para Uso Exclusivo del Médico) The student named above has (1) asthma or an allergy that could result in an anaphylactic reaction and may require emergency medications; or (2) a condition that requires frequent administration of a prescription or non-prescription medication. The medication is not a controlled substance. This student is capable of, has been instructed on the procedures for, and has demonstrated the skill to self-administer this medication as directed on 5 of this booklet. Please allow him/her to self-administer the medication during school hours and as otherwise indicated on 5 of this booklet.

This student will not require adult supervision while taking this medication

Physician signature: _____ Date: _____

Padre/Guardián: Autorizo a las escuelas de Charlotte-Mecklenburg permitirle a mi hijo que se auto administre el medicamento en la escuela. Comprendo que mi hijo y yo asumimos la responsabilidad del uso apropiado y el mantenimiento de una forma segura de este medicamento. Si el medicamento prescrito para mi hijo es para el tratamiento de asma o para reacciones anafilácticas, estoy de acuerdo en proporcionar suministros adicionales del medicamento, el cual se mantendrá en la escuela en un lugar en el cual mi hijo tenga acceso inmediato. Yo eximo a la Junta Directiva de Educación de Charlotte-Mecklenburg, a sus agentes y empleados de cualquier tipo de responsabilidad que pudiera resultar porque mi hijo posea y tome este medicamento en la escuela. Autorizo que la información incluida acerca de mi hijo en las páginas 5 y 6 de esta planilla sea compartida con el personal apropiado de la escuela para que sea necesaria la seguridad de mi hijo.

Firma del padre/guardián _____ Fecha _____

Estudiante: Tengo la habilidad de tomar este medicamento tal como se recomienda y acepto la responsabilidad. Lo mantendré en un lugar seguro todo el tiempo y no lo compartiré con otros. Yo entiendo que estaré sujeto a la disciplina que contiene el *Código de Conducta del Estudiante* si abuso del privilegio que se me ha otorgado de auto suministrarme el medicamento prescrito en la escuela o en eventos patrocinados por la escuela. A menos que el medicamento es uno prescrito para el tratamiento del asma o para reacciones anafilácticas, entiendo que perderé el privilegio de auto suministrarme mi medicamento si no sigo estas reglas.

Firma del estudiante _____ Fecha _____

School nurse: (Para Uso Exclusivo de la Enfermera de la escuela) I have reviewed this request and acknowledge that this student has demonstrated the skill level to self-administer this medication. I have informed this student that he/she must tell an appropriate staff member whenever he/she has used the medication at school.

Nurse signature: _____ Date: _____

Pasos para Completar la Planilla de Autorización de Dieta

1. Padre/Guardián, complete la parte A. Firme y escriba la fecha en la planilla (requeridas para procesar la planilla)
2. Autorización Médica, complete la Parte B. Escriba el nombre, firme y escriba la fecha en la planilla; estampillar la planilla con el sello de la oficina del médico (se requiere para ser procesada).
3. Enviar la planilla por correo:
 - CMS Child Nutrition Services
 - PO Box 668847
 - Charlotte, NC 28266
 - Teléfono (980) 343-6041 | Fax (980) 343-6045
 - specialdiets@cms.k12.nc.us
4. Child Nutrition Services enviará la planilla procesada a la cafetería de la escuela del estudiante.
5. La planilla que este incompleta será devuelta al padre/guardián.

- El menú mensual, con la información sobre los gramos de carbohidratos y sobre los principales alérgenos de los alimentos, se encuentran en <http://www.cms.k12.nc.us/cmsdepartments/cns>. No es necesario completar una Planilla para la Orden de Dieta si la información mencionada antes es suficiente para que los padres/guardianes supervisen la dieta del estudiante en la escuela.
- Esta planilla tiene que ser completada al comienzo de cada año escolar y cada vez que ocurra un cambio de tratamiento o diagnóstico durante el año escolar. El completar anualmente esta planilla por la autoridad médica del estudiante, asegura que las actuales necesidades nutricionales están siendo cumplidas por la escuela.

PARTE A. Para ser completado por el Padre/ Guardián			
INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE			
Número de ID del Estudiante	Apellido, Primer Nombre, Inicial Segundo Nombre	Fecha de Nacimiento	Escuela Actual Grado
INFORMACIÓN DEL PADRE/GUARDIÁN			
Primer Nombre, Apellido	Teléfono	Dirección, Ciudad, Estado, Código Postal	
Correo Electrónico (lo usaremos para enviar confirmaciones y detalles sobre el plan del menú de su hijo. Escribir claramente)			
AUTORIZACIÓN DE DIETA PARA EL AÑO ESCOLAR 20____ - 20____ <input type="checkbox"/> Primera Orden de Dieta <input type="checkbox"/> Revisión de Orden de Dieta	¿Qué comidas provistas por la Cafetería de la Escuela comerá el estudiante? <input type="checkbox"/> Desayuno <input type="checkbox"/> Almuerzo <input type="checkbox"/> Merienda	¿Tiene el estudiante una discapacidad identificada (IEP o un Plan 504)? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Mi hijo tiene una dieta especial y NO comerá de la cafetería de CMS.
Al firmar doy permiso a Child Nutrition Services para hablar con el Médico o Autoridad Médica Reconocida(MD) que firman la planilla de Autorización de Dieta para discutir las necesidades alimenticias del estudiante descritas en la Parte B de esta planilla.			
Firma del Padre/Guardián (Se requiere para ser procesada)		Fecha	
X			

dietary needs described in part B of this form.

PART B. To be completed by Licensed Physician	
STUDENT DIAGNOSIS OR CONDITION	
<input type="checkbox"/> Food Intolerance <input type="checkbox"/> Food Allergy <input type="checkbox"/> *Life Threatening Food Allergy - Check appropriate box: <input type="checkbox"/> Ingestion <input type="checkbox"/> Contact <input type="checkbox"/> Inhalation <input type="checkbox"/> Disability (Specify) _____ Describe major life activities affected _____ <input type="checkbox"/> Other (Specify) _____	
FOOD TEXTURE MODIFICATION	
If needed check ONE: <input type="checkbox"/> Pureed <input type="checkbox"/> Ground <input type="checkbox"/> Chopped	
FOOD(S) THAT SHOULD BE AVOIDED (Check all that apply)	
DAIRY <input type="checkbox"/> Fluid Milk. Substitute with <input type="checkbox"/> lactose-free milk <input type="checkbox"/> juice <input type="checkbox"/> water <input type="checkbox"/> Cheese and recipes with cheese listed as an ingredient <input type="checkbox"/> Ice Cream <input type="checkbox"/> Yogurt <input type="checkbox"/> Recipes with any dairy listed as an ingredient EGG <input type="checkbox"/> Whole eggs such as scrambled eggs or hard cooked eggs <input type="checkbox"/> Recipes with any egg listed as an ingredient WHEAT / GLUTEN <input type="checkbox"/> Recipes with any wheat listed as an ingredient FISH OR SHELLFISH <input type="checkbox"/> Fish <input type="checkbox"/> Shellfish (CMS cafeterias do not serve shellfish)	TREE NUTS (CMS cafeterias do not serve tree nuts) <input type="checkbox"/> Food products identified as manufactured in a plant that also handles tree nuts PEANUTS (CMS cafeterias do not serve peanuts or products processed in a peanut facility) <input type="checkbox"/> Peanuts - Diet order form is not required for peanut only allergy. CORN <input type="checkbox"/> Whole corn such as corn kernels, tortilla chips, corn muffin <input type="checkbox"/> Recipes with corn / corn products listed as an ingredient SOY <input type="checkbox"/> Soy Lecithin <input type="checkbox"/> Soy Protein (concentrate, hydrolyzed, isolate) <input type="checkbox"/> Recipes with any soy listed as an ingredient OTHER <input type="checkbox"/> Other, specify if it is a cooked ingredient or when consumed fresh _____ _____

LICENSED PHYSICIAN'S INFORMATION <i>Diet Order Form will be returned to parent / guardian and NO accommodations will be made if this section is not complete.</i>			
Medical Office Stamp (Required for processing)	Office Phone Number if not in the stamp	Medical Authority Signature	Date
		X	
	Fax Number	Medical Authority Printed Name	

Conforme a la Ley Federal y la política del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos, se le prohíbe a esta institución discriminar con motivos de raza, color, origen nacional, sexo (masculino o femenino), edad o discapacidad. Para presentar una queja de discriminación, escriba a <i>USDA, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410</i> o llame gratis al (866) 632-9992 (Voz). Las personas con discapacidades auditivas o discapacidades del lenguaje pueden comunicarse con USDA a través del <i>Federal Relay Service</i> al (800) 877-8339 o al (800) 845-6136 (español). USDA es un proveedor y empleador que ofrece igualdad de oportunidades. Revisado por Child Nutrition Services 1/1/2017	DO NOT WRITE IN THIS AREA 5890326508
--	--

NEGACIÓN DE LOS PADRES PARA EL ACCESO DE INTERNET DEL ESTUDIANTE

Para los padres que no quieran que sus hijos tengan acceso a la Red de CMS o el uso de Internet en la escuela, deben completar esta planilla y regresarla a la escuela de sus hijos.

Yo no quiero que a mi hijo, _____, se le permita el uso de los computadores de Charlotte-Mecklenburg Schools para acceder a la Red de CMS o de Internet. Con mi firma, además entiendo que sin el acceso a Internet y a la Red de CMS mi hijo no podrá realizar todas o algunas de las siguientes actividades que usa la red de CMS o el Internet cuando se encuentre en la escuela:

- ✗ Usar cualquier computador de la Red de CMS (esto se debe a que todos los computadores conectados en Red automáticamente tienen acceso al Internet y a la red de CMS y para ser aceptado se requiere que el estudiante acepte el Acuerdo del Uso de Internet del Estudiante antes de poder usar el computador para cualquier propósito)
- ✗ Acceso al catálogo de libros de la biblioteca de la escuela
- ✗ Usar herramientas de aprendizaje en Internet
- ✗ Hacer investigaciones usando el Internet
- ✗ Trabajar con otro estudiante que este usando un computador de la red

Las cuentas de google de los estudiantes de CMS no se filtran a través de la red de CMS cuando se accede desde una red fuera de CMS en un dispositivo personal

Nombre completo del estudiante (letra imprenta)

Apellido _____ Nombre _____ Segundo Nombre _____

Fecha de nacimiento _____ No. de ID del estudiante _____ Grado _____

Escuela _____ Nombre del Maestro _____

Dirección _____ Teléfono de la casa _____

Nombre del padre/guardián (letra imprenta) _____

Dirección (si es diferente a la del estudiante) _____

Números de Teléfono: Casa _____ Trabajo _____

Firma del padre/guardián _____ Fecha _____



TÍTULO VI ED CERTIFICADO DE ELEGIBILIDAD DEL ESTUDIANTE INDIO AMERICANO

OFICINA DEL DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN DE EE.UU PARA LA EDUCACIÓN DEL INDIO AMERICANO

Padres: Por favor devuelva esta planilla completa a la escuela de su hijo. Para poder solicitar la fórmula de subsidios bajo el Programa de Educación del Indio Americano, la escuela de su hijo tiene que determinar el número de niños Indio Americanos registrados. Cualquier niño que cumpla con la siguiente definición puede ser contado para este propósito. No se requiere que usted complete o envíe esta planilla a la escuela. Sin embargo, si usted decide no enviar esta planilla, la escuela no podrá contar a su hijo para recibir fondos bajo este programa. **Esta planilla hará parte de los archivos escolares de su hijo y no necesitará completarse cada año.** Esta planilla se mantendrá en la escuela y la información que está contiene no se divulgará sin una aprobación escrita por usted o el previo consentimiento por escrito de un estudiante elegible (de edad de 18 o mayor) o si de otra manera fuera autorizado por la ley y si al hacerlo sería permitido bajo la Ley de Derechos Educativos y de Privacidad de la Familia, 20 U.S.C. § 1232g, y de acuerdo a cualquier requisito de confidencialidad estatal o local que aplique.

Definición: Un Indio Americano es un individuo que es (1) un miembro (como lo define una tribu o grupo indio americano) de una tribu o grupo, incluyendo cualquier tribu o grupo desaparecida desde 1940 y cualquier tribu o grupo reconocido por el Estado en el cual la tribu o grupo reside; o (2) un descendiente en primer o segundo grado (padres o abuelos) como esta descrito en el párrafo (1); o (3) considerado por la Secretaria del Interior ser Indio Americano para cualquier propósito; o (4) un Esquimal, Aleutiano u otros Nativos de Alaska; o (5) un miembro de un grupo indígena establecido que recibe un subsidio bajo la Ley Federal de Educación del Indio Americano de 1988, la cual se hizo efectiva el 19 de octubre de 1994.

Nombre del Niño _____ Fecha de Nacimiento _____
 (Como esta en los registros de inscripción de la escuela) Por favor tome en cuenta que se necesita una planilla separada para cada niño Indio Americano que se registre.
 Nombre de la Escuela _____ Grado _____

INSCRIPCIÓN DE LA TRIBU

Nombre del Individuo con membresía de la tribu: _____
 (El individuo nombrado tiene que ser un descendiente de la primera o segunda generación)
 El individuo nombrado es: (marque uno) ___ Niño ___ Padre del Niño ___ Abuelo del Niño ___ Guardián del Niño
 Nombre del individuo con membresía de la tribu: _____

Nombre de la Tribu, Grupo (marque uno):

Reconocido Federalmente Reconocido por el Estado Tribu Desaparecida (se requiere mostrar documentación. Tiene que estar adjunta a la planilla)
 Miembro de un grupo Indio Americano organizado que recibió subsidio según la Ley de Educación del Indio Americano de 1988 como fue efectiva el 19 de octubre de 1994. (Se requiere mostrar documentación. Tiene que estar adjunta a la planilla)

Prueba de la membresía de una tribu o grupo así como lo define una tribu o grupo indígena:

A. Membresía o número de inscripción (si está disponible) _____ OR
 B. Otro evidencia de Membresía en una tribu mencionada anteriormente (describa y adjunte) _____

Nombre y dirección de la tribu o grupo que mantiene los datos de registro de los individuos mencionados arriba:

Nombre _____ Dirección _____
 Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

DECLARACIÓN CERTIFICADA Yo confirmo que la información provista arriba es correcta:

Firma del Padre/Guardián _____ Signature _____

Dirección Postal _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Dirección del correo electrónico del Padre: _____ Fecha _____

Notificación: aviso del reporte público de exceso de trámites, al reverso de ésta hoja.
 Se provee la información para comunicarse con el Programa de Educación del Indio Americano Título VI

OMB Number: 1810-0021

Expiration Date: 02/29/2020

Por favor complete esta planilla y regrésela a la escuela de su estudiante.

DECLARACIÓN SOBRE EL EXCESO DE TRÁMITES

De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona está en la obligación de responder a una recolección de datos que no tenga un número de control vigente de OMB. El número de control vigente de OMB para esta recolección de datos es 1810-0021. El tiempo estimado para completar esta parte de la recolección de datos de acuerdo al tipo de persona encuestada es de un promedio de: 15 minutos por planilla de certificación de un estudiante Indio Americano (ED506), incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, la búsqueda de los recursos existentes de datos, la reunión de datos necesarios y el tiempo para completar y revisar la recolección de la información. **Si usted tiene algún comentario acerca de la exactitud del tiempo estimado o sugerencias para mejorar esta planilla, por favor escriba a:** U.S. Department of Education, Washington, D.C. 20202-4651. **Si usted tiene comentarios o preocupaciones acerca del estado de la entrega de su planilla, escriba directamente a:** Office of Indian Education, U.S. Department of Education, 400 Maryland Avenue, S.W., LBJ/Room 3W203, Washington, D.C. 20202-6335.

Escuelas de Charlotte-Mecklenburg

Por favor entregue una copia completa de esta planilla de Título VI ED
Certificado De Elegibilidad Del Estudiante Indio Americano a:

Chiquitha Lloyd

Director of Diversity & Inclusion
Title VI Indian Education Program Director

Office of the Superintendent

4421 Stuart Andrew Blvd., Suite 100
Charlotte, NC 28217
980-343-8637 - Office
980-343-7135 - Fax
Courier #835-A