

SUMNER COUNTY SCHOOLS

A student cannot be enrolled in the Sumner County School System without the proper verification of legal residence in this school zone. By filling out and signing this form, you are truthfully stating this child resides in this school zone (unless the proper out of zone form has been signed and approved).

NAME OF STUDENT: _____
(First) (Middle) (Last) (Called by)

SEX: (M)ale (F)emale Race: Asian ___ Black ___ Hispanic ___ White ___

BIRTHDATE ___/___/___ AGE ___ GRADE ___

GUARDIAN NAME(S) _____

CUSTODY: BOTH ___ MOTHER ___ FATHER ___ JOINT ___ OTHER ___

MOTHER _____ FATHER _____

ADDRESS _____

HOME PHONE _____

CELL PHONE _____ CELL PHONE _____

WORK PHONE _____ WORK PHONE _____

911 ADDRESS _____

(NO P.O. BOX#)

CITY _____ STATE _____ ZIP _____

EMERGENCY CONTACT _____ PHONE _____

EMERGENCY CONTACT _____ PHONE _____

EMERGENCY CONTACT _____ PHONE _____

EMAIL ADDRESS _____

BABYSITTER/DAYCARE _____ PHONE _____

WHAT LANGUAGE IS MOST FREQUENTLY SPOKEN AT HOME? _____

LAST SCHOOL ATTENDED _____

CITY _____ STATE _____ PHONE _____

SIBLINGS Name _____ AGE _____ Name _____ AGE _____
Name _____ AGE _____ Name _____ AGE _____

BUS NUMBER : _____ A.M. BUS _____ P.M. BUS _____ CAR RIDER _____ WALKER _____

LIST ANY MEDICAL CONDITIONS YOUR CHILD HAS THAT WE NEED TO BE AWARE OF:

HEALTH PROBLEMS _____

ALLERGIES _____

MEDICATIONS (DOSAGE AND FREQUENCY) _____

Where does your child stay at night? (Please check one)

_____ **Home/apartment owned or rented by the parent (s)/ guardian (s)**

_____ **With a relative or friend (family does not have a residence)**

_____ **In a Shelter**

_____ **In a Motel**

_____ **In an Automobile**

_____ **A Campsite**

_____ **Other**

Other housing (please explain)

Parent Signature _____

SUMNER COUNTY SCHOOLS STUDENT HEALTH INFORMATION FORM

School Year 2019-20

Dear Parents/Guardians: Please complete the following information, **FRONT & BACK**, and return it as soon as possible. This information will only be shared with the necessary school personnel to maintain and promote the student's health/wellbeing.

Student Name: _____ Sex: Male / Female Date of Birth: _____

School: _____ Grade: _____ Homeroom or 1st Period Teacher: _____

School attended last year: _____

Student is a: Bus rider _____ (Bus number-AM _____ PM _____) Car rider _____ Drives _____ Other _____

Parents/guardians are responsible for providing ALL medications, including over-the-counter (OTC) medicines, for their children. All medications must be delivered to the school in person by the parent, guardian, or parent/guardian's adult designee.

Check and explain in space below if your child, CURRENTLY or IN THE LAST 2 YEARS ONLY, has had any of the following conditions:

Disease/Condition	Yes	No	Please explain/elaborate here:
Diabetes			If yes, Type I or Type II? (please circle) Any medications?
Heart Problems			
Kidney or Urinary Problems			
Asthma (in last 2 years)			Is a rescue inhaler used? Y / N Other medications?
Psychological Concerns			If yes, please list current medications:
Stomach/Intestinal Problems			
Seizure Disorder			Type: _____ Date of last seizure: _____ Medications: _____
			Is Diastat prescribed? Y / N Has it ever been given? Y / N Date last given: _____
Life-Threatening Allergies			To what?
			Is an EpiPen® prescribed? Y / N Has it ever been used? Y / N Date last used: _____
			Is Benadryl given with the EpiPen®? Y / N
List All Other Known Allergies (i.e. Meds, Foods, Nuts, Bee Stings, etc.):			
Other Health Concerns:			

Does your child have a physical or mental impairment that significantly limits one or more major life activities? Y / N If Yes, please explain: _____

Does your child take medication regularly, not listed above? Y / N If Yes, what? _____

Student's primary doctor: _____ Phone: _____

Student's dentist/orthodontist (if applicable): _____ Phone: _____

Your signature is an informed consent to share health history information with school staff on a need-to-know basis for emergency plans & health plans. Student health information, within the school setting, is limited to the information necessary to serve the student's education and health interests. Your signature gives the school nurse permission to communicate with your student's health care provider(s) regarding health concerns.

Parent/Guardian Name: _____ Signature: _____ Date: _____

Home Phone: _____ Cell: _____ Work/Ext: _____

Parent e-mail address(es): _____

STUDENT'S NAME: _____

**SUMNER COUNTY SCHOOLS
MEDICATION ADMINISTRATION PROTOCOL**

NEVER SEND MEDICINE OF ANY TYPE TO SCHOOL WITH YOUR CHILD. Only medications required to maintain student's attendance will be given. All students must have prescription and non-prescription forms completed before the school can administer medication to the student. **Over the counter/non-prescription medications will be given according to package directions only**, unless accompanied by a physician's order with alternate directions. All prescription medications require physician and parent signature. The pharmacy label **MUST** match the physician's written order. Non-prescription medications require a parent's signature only and must be sent in a sealed, unopened bottle. **No Ziploc baggies, unlabeled bottles, or expired medications will be accepted.**

Please note; alternative medicines and/or treatments such as herbal supplements, homeopathic medicines, vitamins, salves, nutritional supplements, essential oils and any other products that are not generally considered part of conventional medicine, regulated by the FDA, will not be administered at school. The actions and potential side effects of these products are not readily available to health care providers and cannot be safely administered by school staff.

- ◆ Morning & "1-time a day" medications should be given at home. This includes over-the-counter medications, such as Advil & Tylenol.
- ◆ Antibiotics ordered **less than 4 times** a day will not be given during school hours.
- ◆ Narcotics will not routinely be given during school hours.
- ◆ A new medication form must be completed each school year. This includes insulin and emergency medication orders.
- ◆ Medication guidelines for Sumner County Schools does not allow aspirin or products containing aspirin to be given without a doctor's order (BC Powder, Pamprin, Excedrin Migraine, Bayer Aspirin, Midol, Goody's Powder, Pepto-Bismol, etc.). If you are not certain if a product contains aspirin, please check the list of active ingredients for "*salicylate*" or "*salicylic acid*" or consult your pharmacist.
- ◆ Any changes in medication must be accompanied by a new form, with the changes noted, and signed by the physician. This includes discontinuing a daily medication.
- ◆ All unused medication will only be returned to the parent/guardian/parent's adult designee. If medication is not picked up within two weeks of the request being made, or the medication being discontinued **the medication will be discarded**. No medication will be stored over the summer; **medications left at the end of the school year will be discarded after dismissal on the last full day of instruction.**
- ◆ **No student should ever transport or possess medications on school property, aside from emergency medications permitted by state law & physician order (i.e. EpiPen, rescue inhaler, Glucagon, CF enzymes).**

I have read and understand the above information and I am aware that my child will not receive medications at school unless my designee or I bring it in. I understand that I will be notified to come to school to sign for any medication that is not brought in correctly.

Parent / Guardian Signature

Date

PARENT/GUARDIAN PLEASE COMPLETE BOTH SIDES OF THIS FORM

Nurse/Staff Notes Only: _____

Dado a los padres: IHP _____ (IHP Disminuido _____) forma médica _____ Carta 504 _____

Fecha: _____

El estudiante tiene un: 504 _____ IEP _____

Añadido a iNow _____

FORMULARIO DE INFORMACIÓN DE SALUD DEL ESTUDIANTE DE SUMNER COUNTY SCHOOLS Año escolar 2019-20

Estimados padres/guardianes: por favor complete la siguiente información, PARTE DELANTERA Y TRASERA y devuelva tan pronto como sea posible. Esta información sólo se compartirá con el personal escolar necesario para mantener y promover la salud/bienestar del estudiante.

Nombre del estudiante: _____ Sexo: macho/hembra Fecha de nacimiento: _____

Escuela: _____ Grado: _____ Salón hogar o maestro de 1er periodo: _____

La escuela donde asistió el año pasado: _____

Modo de transporte estudiantil: Autobús _____ (número de autobús -AM _____ PM _____) Carro _____ Conduce _____

Otra manera _____

Los padres/guardián son responsables de proporcionar todos los medicamentos, incluyendo medicamentos de venta libre (OTC), para sus hijos. Todos los medicamentos deben ser entregados a la escuela en persona por el padre, guardián, o el designado adulto del padre/guardián.

Compruebe y explique en el espacio siguiente si su hijo, ACTUALMENTE o en los ULTIMOS 2 AÑOS, ha tenido alguna de las siguientes condiciones:

Enfermedad/afección	Sí	No	Por favor explique/elaboren aquí
Diabetes			En caso afirmativo, ¿tipo I o tipo II? (circule por favor) ¿Algún medicamento?
Problemas cardíacos			
Problemas renales o urinarios			
Asma (en los últimos 2 años)			¿Se utiliza un inhalador de rescate? Sí/No ¿Otros medicamentos?
Preocupaciones psicológicas			Si es así, por favor enumere los medicamentos actuales:
Problemas estomacales/intestinales			
Trastorno convulsivo			Tipo: _____ Fecha de la última convulsión: _____ Medicamentos: _____ ¿Se prescribe Diastat? Sí/No ¿Se ha dado alguna vez? Sí/No última fecha dada: _____
Alergias potencialmente mortales			¿A qué? ¿Se prescribe un EpiPen®? Sí/No ¿Se ha usado alguna vez? Sí/No última fecha dada: _____ ¿Se administra Benadryl con el EpiPen®? Sí/No
Enumere todas las otras alergias conocidas (es decir, medicamentos, alimentos, nueces, picaduras de abeja, etc.):			
Otros problemas de salud:			

¿Tiene su hijo un impedimento físico o mental que limite significativamente una o más actividades importantes de la vida? Sí/No En caso afirmativo, explique: _____

¿Su hijo toma medicamentos regularmente, no se enumeran arriba? Sí/No ¿En caso afirmativo, qué? _____

Médico primario del estudiante: _____ Número de teléfono: _____

Dentista/ortodoncista del estudiante (si corresponde): _____ Número de teléfono: _____

Su firma es un consentimiento informado para compartir información del historial de salud con el personal de la escuela en una base de necesidad de saber para planes de emergencia y planes de salud. La información de salud del estudiante, dentro del entorno escolar, se limita a la información necesaria para servir la educación del estudiante y los intereses de salud. Su firma le da permiso a la enfermera de la escuela para comunicarse con el (los) proveedor(es) de atención médica de su estudiante con respecto a problemas de salud.

Nombre del padre/ guardián: _____ Firma: _____ Fecha: _____

Teléfono de la casa: _____ Celular: _____ Trabajo/ext.: _____

Dirección(es) de correo electrónico de los padres: _____

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____

ESCUELAS DEL CONDADO DE SUMNER
PROTOCOLO DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

NUNCA ENVÍE MEDICAMENTOS DE NINGÚN TIPO A LA ESCUELA CON SU HIJO. Solo se administrarán los medicamentos requeridos para mantener la asistencia del estudiante. Todos los estudiantes deben tener formularios de prescripción y sin receta completados antes de que la escuela pueda administrar medicamentos al estudiante. **Los medicamentos de venta libre/sin prescripción se administrarán de acuerdo con las instrucciones del paquete solamente**, a menos que vayan acompañados de una orden del médico con direcciones alternativas. Todos los medicamentos recetados requieren la firma del médico y el padre. La etiqueta de la farmacia **DEBE** coincidir con la orden escrita del médico. Los medicamentos sin prescripción requieren la firma de un progenitor solamente y deben enviarse en un frasco sellado y sin abrir. **No se aceptarán bolsitas Ziploc, botellas sin etiquetar o medicamentos caducados.**

*** Tenga en cuenta; medicamentos alternativos y/o tratamientos como suplementos herbales, medicamentos homeopáticos, vitaminas, salves, suplementos nutricionales, aceites esenciales y cualquier otro producto que no se considere generalmente parte de la medicina convencional, regulado por la FDA , no se administrará en la escuela. Las acciones y los posibles efectos secundarios de estos productos no están fácilmente disponibles para los proveedores de atención médica y no pueden administrarse de forma segura por el personal de la escuela. ***

- ◆ Los medicamentos matutinos y "una vez al día" deben administrarse en casa. Esto incluye medicamentos de venta libre, como Advil & Tylenol.
- ◆ Los antibióticos ordenados menos de 4 veces al día no se administrarán durante el horario escolar.
- ◆ Los narcóticos no se administrarán rutinariamente durante las horas escolares.
- ◆ Se debe completar un nuevo formulario de medicación cada año escolar. Esto incluye las órdenes de insulina y medicamentos de emergencia.
- ◆ Las pautas de medicación para las escuelas del Condado de Sumner no permiten que la aspirina o los productos que contienen aspirina se administren sin la orden de un médico (BC Powder, Pamprin, Excedrin migraña, Bayer aspirin, Midol, Goody's Powder, Pepto-Bismol, etc.). Si usted no está seguro si un producto contiene aspirina, por favor revise la lista de ingredientes activos para "salicilato" o "ácido salicílico" o consulte a su farmacéutico.
- ◆ Cualquier cambio en la medicación debe ser acompañado de un nuevo formulario, con los cambios anotado, y firmado por el médico. Esto incluye suspender un medicamento diario.
- ◆ Todos los medicamentos no utilizados solo se devolverán al designado adulto de los padres/guardianes/padres. Si no se recoge el medicamento dentro de las dos semanas siguientes a la solicitud, o si se interrumpe el medicamento, **se descartará el medicamento**. No se almacenará ningún medicamento durante el verano; **los medicamentos que quedan al final del año escolar serán desechados después del despido en el último día completo de instrucción.**
- ◆ **Ningún estudiante debe transportar o poseer medicamentos en la propiedad de la escuela, aparte de los medicamentos de emergencia permitidos por la ley estatal y la orden del médico (es decir, EpiPen, inhalador de rescate, glucagón, enzimas CF).**

He leído y entiendo la información anterior y soy consciente de que mi hijo no recibirá medicamentos en la escuela a menos que mi designado o yo lo traiga. Entiendo que me notificarán para venir a la escuela a firmar para cualquier medicamento que no se ha traído correctamente.

Firma del padre/ guardián

Fecha

PADRE/GUARDIÁN POR FAVOR COMPLETE AMBOS LADOS DE ESTE FORMULARIO

Sólo notas de enfermera/personal: _____

Sumner County Board of Education
HOME LANGUAGE SURVEY

Student Name: _____
 First Name Middle Name Last Name

Grade: _____ Date of Birth: _____ Male _____ Female _____

Home Phone: _____

1. Was this student born in the United States? _____ Yes _____ No

If yes, in which state? _____

If no, which country? _____ date of entry to U.S.: _____

2. What is the **first language** this child learned to speak? _____

3. What language does the child speak most often outside of school? _____

4. What language do people usually speak in this child's home? _____

5. Has this child ever received English as a Second Language or English Language Learner instruction?

_____ Yes _____ No

If yes, for how many years? _____ years

Name of school ESL services were received: _____

Did your child complete the ESL or ELL program? _____ Yes _____ No

6. Will you require an interpreter/translator at Parent-Teacher meetings?

_____ Yes _____ No

If yes, what language? _____

Parent or Guardian Signature

Date

Sumner County Board of Education
ENCUESTA DE IDIOMA EN CASA

Nombre del Alumno: _____
Primero Medio Apellido

Grado: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Masculino _____ Femenino _____

Número Telefónico: _____

1. ¿Nació el alumno en los Estados Unidos? Sí ____ No ____
Si la respuesta es sí, ¿en qué estado nació el alumno? _____
Si la respuesta es no, ¿en qué país nació el alumno? _____
Fecha de entrada en los Estados Unidos _____

2. ¿Qué idioma aprendió su hijo primero? _____

3. ¿Qué idioma usa más su hijo afuera de la escuela? _____

4. ¿Qué idioma se usa con más frecuencia en la casa de su hijo? _____

5. ¿Ha recibido instrucción en inglés como segundo idioma o instrucción formal como aprendiz de inglés? Sí ____ No ____ Si Si sí, ¿para cuántos años? ____ años
Nombre de la escuela _____
¿Completó el programa de ESL (inglés)? Sí ____ No ____

6. ¿Usted necesita intérprete para las reuniones con maestra? Sí ____ No ____
Si sí, ¿en qué idioma? _____

Firma de Padre/Tutor

Fecha

Student Name _____

Last, First & Middle



STUDENT RESIDENCY QUESTIONNAIRE

The information requested on this form fulfills one requirement of the McKinney-Vento Act 42 U.S.C. 11434a(2), which is also known as the Title X, Part C, of the No Child Left Behind Act. The answers you give will help determine the services your student may be eligible to receive. **No student(s) will be discriminated against based upon any of this confidential information provided.**

School: _____ Grade: _____ Date of Birth: _____ Age: _____

Gender: M or F Ethnicity: _____ Parent/Guardian Name: _____

Phone Number: _____ Current Street Address: _____

Today's Date: _____ City, State, Zip _____

Complete Section A... IF you are living in a TEMPORARY RESIDENCE. If you have a **PERMANENT residence** (such as a house, an apartment, or a condo), please **only** complete **Section C** below.

Section A.

1. Is the student living in a temporary place such as: motel/hotel, car, camper, emergency shelter, friend's house, relative's house? YES _____ NO _____
2. Was the student forced into a temporary place due to loss of housing from eviction, foreclosure, financial hardship, domestic violence, fire or natural disaster, death or incarceration of parent/guardian, or other crisis situation? YES _____ NO _____

If either question above is answered Yes, please explain further: _____

If you answered **Yes** to **BOTH QUESTIONS** in Section A, please **complete Section B** below. **Otherwise**, you may **skip to Section C** below and **sign** the form.

Section B. Please check the box that best describes where the student is presently living:

- In the home/apartment of a friend or relative (sharing someone else's home because you have nowhere else to live)
- In a shelter or transitional housing program (examples: family shelter, domestic violence shelter, youth shelter, etc.)
- In a hotel or motel because of economic hardship, eviction, foreclosure, fire, lack of deposits for permanent housing, etc.
- In a tent, car, van, abandoned building, on the streets, at a campground, in the park, or at another unsheltered location
- Moving from place to place

Check the box that best describes with whom the student resides. (Please note: legal guardianship may be granted only by a court; students living on their own or with friends or relatives who do not have legal guardianship are allowed to enroll in and attend school. The school cannot require proof of guardianship for enrollment or continued attendance.)

Parent(s) Legal Guardian(s) Caregiver(s) who are not legal guardian(s) (example: relatives, friends, parent of friends, etc.)

Other, please specify: _____

Is this student awaiting foster care placement? If so, please explain: _____

Please list all student(s) and their age(s) of this family under your care: _____

Section C. I understand that the information provided above is correct, true and current. I also understand that enrolling a child in a Tennessee public school under false pretense is punishable by law.

Signature of Parent/Guardian or Other Person completing form

Relationship to Student

Date

S.I.T. -- Students In Transition: If both sections A & B are completed, proceed with completion of the Enrollment FORMS and enroll the student even if documents normally required for enrollment are not available. Then, file all completed forms and send the requested files to Melanie Webster or Kecia Ray by fax 615-451-5437 with notification so we can be on the lookout.

Nombres y Apellidos de alumno _____

CUESTIONARIO DE RESIDENCIA ESTUDIANTIL



La información solicitada en este formulario cumple uno de los requisitos de la Ley McKinney-Vento 42 USC 11434a (2), que también se conoce como el Título X, Parte C, de la ley No Child Left Behind. Sus respuestas ayudarán a determinar los servicios para que su estudiante puede ser elegible. Ningún estudiante (s) será discriminado en base a cualquiera de esta información confidencial proporcionada.

Escuela: _____ Grado: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____
Género: M o F Etnicidad: _____ Nombres y Apellidos de padre: _____
Número telefónico: _____ Dirección: _____
Fecha: _____ Ciudad, Estado, Cod. postal _____

Complete la Sección A ... si usted está viviendo en una residencia temporal. Si usted tiene una **residencia permanente** (tal como una casa, un apartamento o un condominio), por favor, **sólo** complete la **Sección C** por debajo.

Sección A.

1. ¿Vive el estudiante en un lugar temporal, tales como: hotel / motel, coche, caravana, refugio de emergencia, casa de un amigo, la casa de un pariente? **Sí** _____ **No** _____
2. ¿Fue el alumno obligado a un lugar temporal debido a la pérdida de la vivienda frente al desalojo, la exclusión, las dificultades financieras, la violencia doméstica, incendio o desastre natural, la muerte o el encarcelamiento del padre / tutor u otra situación de crisis? **Sí** _____ **No** _____

Si una de las dos preguntas anteriores se contestaron 'sí', por favor, explique: _____

Si su respuesta es sí a ambas preguntas en la sección A, por favor complete la sección B a continuación. De lo contrario, es posible que pase a la Sección C a continuación y firmar el formulario.

Sección B. Por favor marque la casilla que mejor describe donde el estudiante está viviendo en la actualidad:

- En la casa / apartamento de un amigo o familiar (compartiendo casa de otra persona porque tiene otro lugar para vivir)
- En un programa de vivienda o refugio de transición (ejemplos: refugio familiar, refugio de violencia doméstica, refugio para jóvenes, etc.)
- En un hotel o motel, debido a las dificultades económicas, el desalojo, la exclusión, el fuego, la falta de depósitos para vivienda permanente, etc.
- En una tienda de campaña, coche, furgoneta, edificio abandonado, en las calles, en un camping, en el parque, o en otro lugar abierto
- Mudándose de un lugar a otro

Marque la caja que mejor describe con quién vive el estudiante. (Nota: tutela legal sólo podrá concederse por un tribunal; los estudiantes que viven solos o con amigos o familiares que no tienen la custodia legal se les permite inscribirse y asistir a la escuela. La escuela no puede requerir prueba de tutela para la inscripción o la continuación de la asistencia.)

- Padres **tutor legal** otros tutores (no legales) (ejemplos: familiares, amigos, amigos de padres, etc.)
- Otros. Por favor explique _____
- Es el estudiante a la espera de la colocación de cuidado de crianza? Si es así, por favor explique:

Anote todos estudiantes bajo su cuidado : _____

Section C. Entiendo que la información proporcionada es correcta, verdadera y actual. También entiendo que inscribir a un niño en una escuela pública de Tennessee bajo una identidad falsa es castigado por la ley.

Firma de padre/tutor

Relación con estudiante

Fecha

Los estudiantes en la transición: Si se han completado las dos secciones A y B, proceder a la finalización de los formularios de inscripción e inscribir al estudiante, incluso si los documentos que normalmente se requieren para la inscripción no están disponibles. A continuación, presentar todos los formularios completados y enviar los archivos solicitados a Melanie Webster o Kecia Ray por fax 615-451-5437 con la notificación para que podamos estar en la búsqueda.