

# Listado de Verificación de Documentos Solicitados

## ¿LISTO PARA EL SIGUIENTE PASO?

Esto son los documentos que necesitas para ser un Cavalier!

- Comprobante de su dirección (necesitan 2)  
*Ejemplos:* Hipoteca o contrato de arrendamiento o declaración jurada de residencia notariada
- 2 Facturas de servicios públicos (gas, agua, o electricidad)
- Prueba de tutela legal (si es necesario)
- Calificaciones académicas (estudiantes entrantes al noveno grado)
- Formulario de retiro de la escuela anterior
- Copia del certificado de nacimiento (plazo de 30 días calendario)
- Registro de vacunación en original (plazo de 30 días calendario)
- Formulario de inscripción
- Cuestionario de residencia de estudiantes
- Solicitud de registros (nombre, números de teléfono y fax de la antigua escuela)
- Encuesta de idioma del hogar
- IEP o plan 504 (si corresponde)
- Verificación de Residencia para Matrícula en las Escuelas (si corresponde)

## Materiales opcionales:

- Evaluación física para deportes.
- Aplicación para recibir una laptop prestada.
- Aplicación para reducir precio del almuerzo o recibirlo gratis.
- Formulario de Solicitud de Acceso al Portal para Padres/ Guardianes legales.
- Información de Inscripción del Estudiante.

## Aplicaciones recomendadas para descargar en el celular:

- PowerSchool** - para recibir notificaciones de grados y asistencia.
- Here Comes the Bus**- para recibir notificaciones sobre el autobús.
- Remind**- para mantenerse contactado con los profesores y consejeros



## **Verificación de Residencia Para Matrícula en las Escuelas del Condado Lee**

Para matricular a su hijo(a) en el Condado Lee, el director de la escuela podría considerar los siguientes documentos como verificación de residencia. El padre, madre o apoderado legal debe presentar dos (2) pruebas de residencia: una de la categoría (A) y otra de la categoría (B).

(A) Uno (1) de los siguientes documentos: **contrato de renta firmado, declaración jurada (affidávit) de un acuerdo de palabra, título de propiedad, ó acuerdo de compra**, (con una fecha de 45 días de emitido) a nombre del padre, madre o apoderado legal.

(B) La otra prueba de residencia puede ser uno de los siguientes documentos a nombre del padre, madre o apoderado legal:

- Cuenta al día de servicios de la residencia (electricidad, agua, gas) a nombre del padre, madre o encargado legal
- Cuenta de impuestos a la propiedad a nombre del padre, madre o encargado legal que especifique la dirección
- Visita de una de las trabajadoras sociales de las Escuelas del Condado Lee

El padre, madre o apoderado legal debe presentar todos estos requisitos al director(a) de la escuela al matricular a su hijo(a).

### **\*Uso de Declaraciones Juradas (affidávit)**

**Las Declaraciones Juradas pueden considerarse como pruebas de residencia según N.C.G.S. 115-C-366 como sigue:**

- “Declaración Jurada de Residencia de las Escuelas – Padre/Madre o Apoderado Legal” (Formulario de color azul - adjunto) el padre/madre o apoderado legal debe completar y firmar este formulario; y/o
- “Declaración Jurada de Residencia de las Escuelas – Adulto Encargado/Dueño de la Propiedad” (formulario de color gris - adjunto) el adulto encargado con quien la familia reside y que posee pruebas de residencia en el Condado Lee debe completar y firmar este formulario. (Las pruebas de residencia pueden ser dos documentos de los incluidos en la listas A y B de arriba).

Un notario público (Notary Public) con autorización al día (que no sea empleado de las Escuelas del Condado Lee) debe autenticar las declaraciones juradas. Una vez completas, los padres deben entregar las declaraciones juradas al director(a) de la escuela para que las revise y considere. La oficina del Superintendente Asistente de Servicios Auxiliares también recibirá una copia. El director(a) de la escuela debe consultar al Superintendente Asistente de Servicios Auxiliares si existen dudas con respecto a los procedimientos antes de aprobar o negar estos formularios. **Las declaraciones juradas no son documentos de matrícula final o permanente. Después de 15 días y durante el año, el director(a) debe volver a revisarlos.**

### **Domicilio del estudiante con el padre/madre con custodia o apoderado legal**

El estudiante que desee transferirse de una de las Escuelas del Condado Lee a otra debe residir con el padre/madre con custodia o apoderado legal. El estudiante y padre/madre con custodia o apoderado legal deben residir en zona escolar establecida. Si el padre/madre o apoderado todavía no ha obtenido la custodia legal, el estudiante debe permanecer en la escuela original hasta que la corte de una jurisdicción competente haya otorgado una orden de custodia. *La escuela considerará la orden del juez como criterio permanente.* Es requisito presentar los documentos que sirven como prueba de residencia enlistados arriba.

# Residential Verification For Enrollment in Lee County Schools

The following documents may be considered for domicile or residence verification by Lee County Schools' students. Parents/Legal Guardians must provide two (2) proofs of residence: one such proof from category (A) and one such proof from category (B).

**(A)** One (1) such proof must be a **signed lease agreement, affidavit of an oral lease agreement, deed, or closing statement**, (with a closing date within 45 days) in the name of the parent/legal guardian(s).

**(B)** The other proof of residence may include one of the following in the name of the parent/legal guardian(s):

- Current utility bill for the residence (electric, water, gas) in the name of the parent/legal guardian(s)
- Property tax bill in the name of the parent/legal guardian(s) and address proof is being provided for
- Home visit by Lee County School District social worker

All required information must be presented to the principal of the school at the time of enrollment.

## **\*Use of Affidavits**

**Affidavits may be considered as provided under N.C.G.S. 115C-366 as follows:**

- "Educational Residency Affidavit - Parent or Legal Guardian" (Blue form - Attached) completed and signed by the parent/legal guardian(s); and/or
- "Educational Residency Affidavit - Custodial Adult/Landlord" (Gray form - Attached) completed and signed by the person with whom the family resides and who does have proof of residency in Lee County (two of the items listed above).

Affidavits must be notarized by a Notary Public whose appointment is current (Notary Public cannot be a Lee County Schools employee). Upon completion, forms must be submitted to the school's principal for review and consideration. Principals will forward copies of all documents to the Assistant Superintendent of Auxiliary Services office. Should the principal have procedural questions, the principal is to consult with the Assistant Superintendent of Auxiliary Services prior to approval or denial. **Affidavits are not to be considered final or permanent enrollment tools. The affidavit is to be reviewed after 15 days by the building principal and subject to review throughout the school year.**

## **Students Residing with Custodial Parent/Legal Guardian**

Students who wish to transfer within Lee County Schools (from one Lee County school to another Lee County school) must reside with the custodial parent/legal guardian(s). Students and the custodial parent/legal guardian(s) must reside at the same residence in the desired school zone. If legal guardianship/custody has not been obtained, the student must remain at the current school until a custody order has been issued by a court of competent jurisdiction. *The permanent criterion is considered to be the custodial order issued by the presiding judge.* The above listed proofs of residency are still required.

Revised 7/16/08

# Lee County Schools

P. O. Box 1010  
Sanford, NC 27331-1010  
Teléfono: 919-774-6226  
Fax: 919-776-0443

RE: \_\_\_\_\_  
Nombre del Estudiante \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)  
Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_  
Fecha de Inscripción \_\_\_\_\_  
30<sup>º</sup> Día Calendario \_\_\_\_\_

Estimado Padre,

En el día de la fecha su hijo se ha inscrito en la escuela \_\_\_\_\_. La ley (G.S.130A-154) de Carolina del Norte exige que usted presente un certificado de vacunación del estudiante dentro de los 30 días calendario de su inscripción, o que, en su defecto, se lo separe del establecimiento hasta que lo haga. El certificado debe documentar con claridad que el niño ha recibido las vacunas requeridas de acuerdo al grado y edad. Debe incluir:

- Nombre y fecha de nacimiento del niño
- Nombre del(los) padre(s) o tutor(es)
- Domicilio del(los) padre(s) o tutor(es)
- Sexo del niño
- Fecha de cada una de las dosis administradas

Se solicitará copia de los archivos académicos y de salud del estudiante a su escuela anterior; sin embargo, pueden existir demoras que escapan a nuestro control. Pedimos su comprensión ya que en oportunidades algunas escuelas no tienen o no nos envían el certificado de vacunas (inmunización). LA LEY DE INMUNIZACIÓN DE CAROLINA DEL NORTE OTORGA SÓLO 30 DÍAS PARA LA PRESENTACIÓN DEL CERTIFICADO DE VACUNACIÓN EN NUESTRA OFICINA.

Si usted tiene el certificado de vacunación original en su casa, tenga a bien traerlo a la escuela lo antes posible. Si no tuviera dicho documento original, llame o escribale al médico o clínica de inmediato solicitándole una copia con firma (del médico o clínica) o sello de dicho certificado. Si necesita enviar solicitud escrita del certificado, asegúrese de incluir fecha de nacimiento, número de seguro social y número de identificación clínica (de existir) del niño. Dado que puede llevarle varias semanas conseguir el certificado que usted necesita presentar, solicítelo hoy mismo. Si bien la ley de Carolina del Norte puede diferir de la de otros estados en cuanto a las inmunizaciones requeridas o el plazo permitido para presentar la documentación correspondiente, nuestras escuelas deben cumplir con las leyes de Carolina del Norte de inscripción y asistencia escolar.

El estudiante que se inscribe en una escuela de Carolina del Norte por primera vez entre kindergarten y el 12º grado debe presentar comprobante de Examen de Salud (examen físico), dentro de los 30 días calendario de su inscripción a fin de poder seguir asistiendo a clase. Usted recibirá un Formulario de Transmisión de Datos Médicos de Carolina del Norte que debe ser completado por el médico. Si no se presentara dicho formulario completo en la escuela dentro del plazo permitido de 30 días, el estudiante podrá ser separado del establecimiento y sólo será reincorporado cuando lo presentara (G.S. 130A-440).

---

He recibido notificación escrita del requisito de inmunización/Examen de Salud referida a mi hijo/estudiante \_\_\_\_\_.

Firma del Padre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_



Escuela _____				Fecha de Inscripción ____/____/____			
Según lo establece La Junta de Educación de Lee County, el padre o tutor legal debe completar este formulario al inscribir o matricular a un estudiante en Lee County Schools. El padre o tutor legal debe traer al estudiante a la escuela personalmente la primera vez que se lo inscribe en el distrito escolar.							
GÉNERO (marque uno) ( ) M ( ) F		APELLIDO (como aparece en el acta de nacimiento)			NOMBRE (como aparece en el acta de nacimiento)		
NOMBRE PREFERIDO		SEGUNDO NOMBRE (como aparece en el acta de nacimiento)		FECHA DE NACIMIENTO		COMPROBANTE DE EDAD ( ) Acta de nacimiento	
TELÉFONO <input type="checkbox"/> No publicado		Etnia (marque una) Hispano/Latino ( ) Sí ( ) No			RAZA: (marque las que correspondan) ( ) Blanca ( ) Negra/Afro-Americana ( ) Nativa de América/Alaska ( ) Asiática ( ) De Hawái/Islands del Pacífico		
NÚMERO DE ESTUDIANTE		Código de Inscripción ( ) E1 ( ) E2 ( ) R1 ( ) R2 ( ) R3 ( ) R5 ( ) R6			FECHA DE INSCRIPCIÓN	GRADO	MAESTRO
DOMICILIO DE RESIDENCIA		Casilla de Correo	# de Dpto./Apto.	CIUDAD		ESTADO	CÓDIGO POSTAL
DOMICILIO POSTAL <input type="checkbox"/> el mismo que el domicilio de residencia		# de Dpto./Apto.	CIUDAD		ESTADO	CÓDIGO POSTAL	
Escuela(s) Anterior(es) Año Grado				Dirección de la Escuela Anterior			
De Calendario Anual Continuo ( ) Sí ( ) No							
<b>INFORMACIÓN SOBRE LOS PADRES</b>							
EL ESTUDIANTE VIVE CON...(Parentesco/Tutela/Custodia) ( ) Ambos Padres ( ) Padre ( ) Madre ( ) Tutor ( ) Otro: _____							
NOMBRE DEL PADRE				NOMBRE DE LA MADRE			
Lugar de Nacimiento				Apellido de Soltera de la Madre			
Lugar de Nacimiento				Lugar de Nacimiento			
DOMICILIO (si no vive con el estudiante)				DOMICILIO (si no vive con el estudiante)			
Ciudad		Estado	Código Postal	Ciudad		Estado	Código Postal
Empleador				Empleador			
Teléfono del Trabajo			Extensión	Teléfono del Trabajo			Extensión
Teléfono Celular		Correo Electrónico (e-mail)			Teléfono Celular		Correo Electrónico (e-mail)
<b>TUTOR/CUSTODIO LEGAL</b>							
Si usted tiene tutela o custodia legal, ¿existe documentación de la misma en los archivos de la dirección? ( ) Sí ( ) No							
NOMBRE DE PERSONA/AGENCIA QUE TIENE CUSTODIA LEGAL DEL ESTUDIANTE							
DOMICILIO				EMPLEADOR			
Ciudad		Estado	Código Postal	Teléfono del Trabajo		Extensión	
Teléfono Fijo (de casa)			Teléfono del Trabajo			Teléfono Celular	
<b>CONTACTOS DE EMERGENCIA (Se tratará de notificar a los padres primero; de no poder ubicarlos, se llamará a contactos de emergencia)</b>							
Nombre del Contacto		(1)	(2)	(3)		(4)	
Relación/Parentesco							
Teléfono Fijo (de casa)							
Teléfono del Trabajo							
Puede Retirar al Estudiante		( ) Sí ( ) No	( ) Sí ( ) No	( ) Sí ( ) No		( ) Sí ( ) No	
<b>HERMANOS MATRICULADOS EN LEE COUNTY SCHOOLS</b>							
Número de Estudiante (PowerSchool)		(1)	(2)	(3)		(4)	
Nombre							
Relación							
Edad							
Grado y Género		_____ ( ) M ( ) F	_____ ( ) M ( ) F	_____ ( ) M ( ) F		_____ ( ) M ( ) F	

Firma del Padre o Tutor Legal \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**COMPROBANTE DE DOMICILIO**-La información necesaria debe presentarse al director de la escuela al momento de inscripción.

El padre o tutor legal debe presentar dos (2) comprobantes de residencia o domicilio — uno de la categoría (A) y otro de la categoría (B).

(A) Uno (1) de los siguientes documentos: contrato de renta/alquiler firmado, declaración jurada (afidávit) de un acuerdo de palabra, título de propiedad, o contrato de compra, (con fecha de hasta 45 días de emisión) a nombre del padre o tutor legal.

(B) El otro comprobante puede ser uno (1) de los siguientes documentos a nombre del padre o tutor legal:

- Recibo actual de pago de servicios de la residencia (electricidad, agua, gas)
- Recibo de pago del impuesto a la propiedad con la dirección del domicilio
- Visita de trabajador social de Lee County Schools

DIVULGACIÓN DE DATOS	ACCESO A INTERNET	PERMISO DE EXCURSIÓN	DIVULGACIÓN A LOS MEDIOS
Doy permiso para que la escuela de a conocer información de directorio del estudiante. ( ) Sí ( ) No La información de directorio incluye nombre y dirección del estudiante, participación en actividades y deportes, peso y estatura, y premios y reconocimientos que haya recibido.	( ) Doy permiso para que mi hijo utilice Internet y he leído los términos y condiciones de la norma de la Junta: Uso Aceptable de los Recursos de la Red Electrónica.  ( ) No doy permiso para que mi hijo utilice Internet.	( ) Doy permiso para que mi hijo participe en paseos escolares realizados dentro de los límites de Lee County.  ( ) No doy permiso para que mi hijo participe en paseos escolares realizados dentro de los límites de Lee County.	Doy permiso para que la voz, el nombre, la imagen y el trabajo de mi hijo/a aparezcan en publicaciones de la escuela o del distrito, con inclusión de páginas web, presentaciones, producciones, comunicados y medios gráficos, con inclusión de anuarios escolares. ( ) Sí ( ) No

**ESTATUS DE TRASLADO**

Mi hijo, \_\_\_\_\_, no está suspendido ni expulsado de ninguna escuela pública o privada de este ni de ningún otro estado, ni ha sido tampoco hallado culpable de delito grave en este ni en ningún otro estado. Nota: De haber sido suspendido o expulsado, o condenado por delito grave, tenga a bien explicar. *Incluya el plazo de suspensión o expulsión.*

¿Ha sido el estudiante acusado/condenado por delito grave? ( ) Sí ( ) No Si marcó "Sí", indique cargo/condena \_\_\_\_\_  
lugar de cargo/condena \_\_\_\_\_ fecha de cargo/condena \_\_\_\_\_.

<b>SALUD</b>	Número de Medicaid	<b>¿Presenta Certificado de Vacunas? ( ) Sí ( ) No ¿Completo? ( ) Sí ( ) No</b>
Empresa de Seguro Médico		Número de Póliza
Nombre del Médico		Número de Teléfono
Dirección		

El estudiante se encuentra físicamente apto para participar en todo tipo de actividad de educación física ( ) Sí ( ) No

Es importante que el personal escolar esté informado sobre cualquier problema de salud del estudiante. Tenga a bien indicar si su hijo sufre de alguna condición específica tal como asma, alergia, epilepsia, convulsiones, diabetes, problemas ortopédicos, del corazón, de la vista o audición, trastorno de déficit de atención, trastorno de déficit de atención con hiperactividad, autismo, antecedentes de contusión cerebral/trauma o herida en la cabeza. De ser necesario, adjunte toda documentación pertinente.

Alergias (tipo) \_\_\_\_\_ Riesgo de Vida ( ) Sí ( ) No

Tipo de Tratamiento para la Alergia \_\_\_\_\_

Otras Condiciones de Salud y/o Medicamentos Tomados Habitualmente \_\_\_\_\_

Comprendo que si mi hijo debe tomar algún medicamento en la escuela, el médico y yo debemos completar un formulario especial que se retira en la enfermería escolar.

**AUTORIZACIÓN PARA CASOS DE EMERGENCIA**

En caso de accidente o enfermedad serios, solicito que me llamen. Si no es posible localizarme, autorizo a la escuela a llamar directamente al médico cuyo nombre aparece en el presente formulario, y seguir sus instrucciones. De no ser posible comunicarse con el médico, autorizo a la escuela a tomar las medidas que considere necesarias o transportar al estudiante a la sala de emergencias del hospital. ( ) Sí ( ) No

Firma del Padre o Tutor Legal \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

De ser firmado por tutor, indique su relación con el estudiante \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN SOBRE TRANSPORTE**

Transporte a la Escuela	( ) Autobús #	( ) A pie	( ) En auto, ¿con quién?	
*Transporte desde la Escuela	( ) Autobús #	( ) A pie	( ) En auto, ¿con quién?	( ) Guardería después de escuela
Caso de Salida Temprana	( ) Autobús #	( ) A pie	( ) En auto, ¿con quién?	

\*Cualquier cambio de transporte de regreso de la escuela DEBE solicitarse por escrito antes del cierre escolar del día.

**PROGRAMAS ESPECIALES**

INDIQUE si su hijo ha recibido servicios en alguno de los programas mencionados a continuación: ( ) Estudiantes con Dotes/Talentos Especiales ( ) Problemas de Aprendizaje ( ) Problemas de Audición ( ) LEP ( ) Terapia del Habla ( ) Título 1/Lectura ( ) 504 ( ) Otro: \_\_\_\_\_

¿HA SIDO RETENIDO ALGUNA VEZ? ( ) Sí ( ) No Si marcó "Sí", ¿EN QUÉ GRADO? \_\_\_\_\_

Firma del Padre o Tutor Legal \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_



Enero 2016

**Recomendaciones, preocupaciones, necesidades de salud del estudiante y seguimiento:**

La Escuela tiene que hacer seguimiento      **SI**      **NO**

**Comentarios por parte del Profesional de Salud:**

**Incluya otras formas de salud:**

- Registro de Vacunación:
- Autorización para dar medicamentos:
- Plan de cuidado (Diabetes):
- Plan de Acción (Asma-Asthma):
- Plan de Cuidado para otras condiciones:

**Certificación por parte del Profesional de Salud**

Yo certifico que he realizado una evaluación de salud en el estudiante arriba mencionado de acuerdo a los requerimientos G.S. 130a-440(b), que incluye historial médico y examen físico, incluyendo exámenes de visión y audición y si es adecuado, exámenes de anemia y tuberculosis. Certifico que la información en esta forma es correcta y completa a mi mejor saber.

Nombre (Name): \_\_\_\_\_

Título (Title): \_\_\_\_\_

Firma (Signature): \_\_\_\_\_

Fecha (Date) (m/d/yyyy): \_\_\_\_\_

Nombre de la Clínica o Consultorio: \_\_\_\_\_

Dirección de la Clínica: \_\_\_\_\_

Practice/Clinic City: \_\_\_\_\_

State: \_\_\_\_\_

Zip: \_\_\_\_\_

Phone: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

Provider Stamp Here:





**FORMULARIO DE EVALUACION DE SALUD Y TRANSMISION DE CAROLINA DEL NORTE**

Este formulario y la información en este formulario serán archivados en la escuela a la que asistió el estudiante y es confidencial y no un registro público.

(Aprobado por el Departamento de Instrucción Pública de Carolina del Norte y el Departamento de Salud y Servicios Humanos)

**LOS PADRES DEBEN COMPLETAR ESTA SECCION**

Nombre del Estudiante:

M  F

(Apellido) (Primer Nombre) (Segundo nombre)

Fecha de Nacimiento (M/D/YYYY): Nombre de la Escuela:

Hispano /Latino:  1 Si  2 No

Raza:  1 Otro No-Blanco  2 Blanco  3 Negro  4 Nativo Americano  5 Chino  6 Japonés  7 Hawaiano  8 Filipino  9 Otro Asiático  10 Desconocido

Dirección: Ciudad: Estado: Condado

Información del Padre: Nombre del Padre, Apoderado, u otra persona en lugar de los padres:

Teléfono (s)  
Casa:  
Trabajo:  
Teléfono  
Celular:

Las condiciones de salud para ser compartidas con las personas autorizadas (administradores de la escuela, maestros, y otro personal escolar que requiera dicha información para realizar sus tareas asignadas):

**HEALTH CARE PROVIDER TO COMPLETE THIS SECTION**

Medications prescribed for student:

Student's allergies, type, and response required:

Special diet instructions:

Health-related recommendations to enhance the student's school performance:

Vision screening information:

Passed vision screening: Yes No

Concerns related to student's vision:





5. Nombre y dirección de la última escuela a la que el estudiante asistió: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
6. El estudiante no está bajo suspensión o expulsión debido a conducta que justificara su suspensión o expulsión de la unidad administrativa escolar; y
7. El estudiante no ha sido acusado/declarado culpable de delito grave en este u otro estado. Si el estudiante ha sido acusado/declarado culpable de un delito grave, detalle el tipo de delito, y el lugar y fecha en que el mismo ocurrió: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Los derechos y responsabilidades mencionados a continuación alcanzan al adulto custodio exclusivamente, y NO al titular de la vivienda.

1. El estudiante no reside o residirá en esta dirección básicamente debido a su deseo de asistir a una escuela en particular o de participar en alguna actividad deportiva escolar.
2. Yo he recibido y aceptado la responsabilidad por las decisiones educacionales del estudiante, que incluyen: (1) recibir notificaciones sobre disciplina según G.S. 115C-391, (2) asistir a las reuniones con el personal de la escuela, (3) dar permiso para actividades escolares, (4) tomar medidas apropiadas respecto de los expedientes del estudiante, (5) firmar contratos exigidos por la Junta de Educación, y (6) firmar toda documentación correspondiente a servicios tales como Educación Especial o Excepcional.
3. Yo he sido autorizado a dar consentimiento para la atención médica del menor en caso de accidente o herida que ocurran en propiedad de la Junta de Educación de Lee County, con los costos emergentes. Eximo de responsabilidad a la Junta de Educación de Lee County por toda atención médica administrada y los costos de la misma.
4. Yo he sido autorizado a brindar información confidencial del expediente del estudiante mencionado en el presente documento, con inclusión del expediente psicológico y académico, según lo requerido por la Junta de Educación de Lee County, y las leyes estatales y federales. Eximo de responsabilidad a la Junta de Educación por toda divulgación de información del archivo del estudiante por mí hecha. Esta sección tiene validez solamente cuando "La Declaración Jurada de Padre, Madre o Tutor Legal" esté completa y firmada.
5. Comprendo que como adulto custodio, soy responsable, bajo ciertos estatutos del Estado de Carolina del Norte, por ciertos actos (con inclusión de actos delictivos) del estudiante. Esta responsabilidad incluye, entre otros, actos de violencia, posesión de armas de fuego, posesión de explosivos, amenazas de bomba y ausencias que pudieran causar denuncias penales contra mi persona. Reconozco y comprendo estas leyes y acepto la responsabilidad de las acciones del estudiante a mi cuidado.

Indicar, en caso de ser necesario:

- El padre, madre o tutor legal no está disponible o no puede firmar la presente declaración jurada.  
 El padre, madre o tutor legal se niega a firmar la presente declaración jurada.

**ADVERTENCIA DE PENALIZACIÓN**

**EN CASO DE HALLARSE FALSEDAD EN LOS DATOS DE LA PRESENTE DECLARACIÓN JURADA, LA JUNTA LOCAL PODRÁ REMOVER AL ESTUDIANTE DE LA ESCUELA, EXCEPTO QUE CALIFICARA PARA PERMANECER EN LA MISMA CONFORME A OTROS CRITERIOS VÁLIDOS DE LEYES O NORMAS DE LA JUNTA APLICABLES. SI LA JUNTA DECIDE REMOVER AL ESTUDIANTE DE LA ESCUELA, SE DEBERÁ DAR LA OPORTUNIDAD DE APELAR DICHA DECISIÓN, SEGÚN LO DISPONEN LAS NORMAS LOCALES, NOTIFICÁNDOSE AL ABAJO FIRMANTE RESPECTO DE DICHA OPORTUNIDAD. SI SE COMPROBARA QUE EL ABAJO FIRMANTE BRINDÓ, CONSCIENTE E INTENCIONALMENTE, INFORMACIÓN FALSA EN EL PRESENTE DOCUMENTO, SE LO CONSIDERARÁ CULPABLE DE UN DELITO MENOR CLASE 1, Y DEBERÁ COMPENSAR A LA JUNTA LOCAL POR EL COSTO DE LA EDUCACIÓN DEL ESTUDIANTE DURANTE EL TIEMPO DE MATRICULACIÓN. LOS PAGOS EXCLUIRÁN COSTOS CUBIERTOS POR SUBSIDIOS ESTATALES. NC G.S. 115C-366.**

<u>DECLARADO Y FIRMADO ANTE MÍ</u> Fecha:	Este formulario debe estar sellado por notario antes de presentarse a la Junta de Educación.
Firma del notario público:	Firma del declarante:
Título de persona autorizada a tomar juramentos:	Fecha:
<u>Mi comisión expira el día:</u>	

Este formulario deberá permanecer en el archivo académico del/a estudiante.

Usar letra de imprenta o tipear.

<u>ASUNTO:</u> Nombre del/a estudiante:	<b>DECLARACIÓN JURADA DE DOMICILIO DEL/A ESTUDIANTE (PERSONA ADULTA CON CUSTODIA/TITULAR DE LA VIVIENDA)</b> (Persona adulta con quien el/la estudiante reside o va a residir) G.S. 115C-366
Dirección:	
Ciudad:            Estado:            Código postal:	

Quien firma al pie \_\_\_\_\_, declara bajo juramento lo siguiente:  
Nombre del padre, madre o tutor/a legal

1. Soy una persona adulta que reside en: \_\_\_\_\_  
Dirección del domicilio o P.O. box (casilla de correo)
- |        |        |               |         |
|--------|--------|---------------|---------|
| Ciudad | Estado | Código postal | Condado |
|--------|--------|---------------|---------|
- Número de teléfono del hogar \_\_\_\_\_ Número de teléfono del trabajo \_\_\_\_\_
2. Soy:  padre o madre                       tutor/a
- |                                  |                     |      |                     |
|----------------------------------|---------------------|------|---------------------|
| Nombre completo del/a estudiante | Fecha de nacimiento | Sexo | Grado a que ingresa |
|----------------------------------|---------------------|------|---------------------|
3. Mi niño/niña reside o residirá con \_\_\_\_\_ en \_\_\_\_\_  
Nombre de la persona adulta con custodia                      Dirección
- |                              |        |        |               |         |
|------------------------------|--------|--------|---------------|---------|
| P.O. box (casilla de correo) | Ciudad | Estado | Código postal | Condado |
|------------------------------|--------|--------|---------------|---------|
- La persona adulta con custodia reside en la zona escolar correspondiente a \_\_\_\_\_  
Nombre de la escuela
4. Mi niño/niña vive en la residencia de la persona adulta con custodia debido a el o los motivos mencionados a continuación (marque todas las opciones que correspondan; es posible que deba presentar documentación comprobante):
- a. Muerte, enfermedad grave o encarcelamiento de padre, madre o tutor/a legal; o
  - b. Abandono por parte de padre, madre o tutor/a legal del/a estudiante como lo evidencia la falta de apoyo financiero o de guía paterna/materna; o
  - c. Abuso o negligencia por parte de padre, madre o tutor/a legal (adjuntar orden judicial); o
  - d. Condición física o mental debilitante del padre, madre o tutor/a legal que imposibilita el cuidado y supervisión adecuados del/a estudiante.
  - e. Cesión de custodia y control físico del/a estudiante por parte del padre, madre, tutor legal, según recomendación del Departamento de Servicios Sociales o la División de Salud Mental.
  - f. Pérdida o condición inhabitable del hogar del/a estudiante a causa de un desastre natural.
  - g. La familia reside con otras personas. Por "familia" se entiende padre, madre, hijo(s) o hija(s). Nombre y dirección de la persona con quien la familia reside: \_\_\_\_\_
  - h. Pertenencia del padre, madre o tutor/a legal a la siguiente categoría: (1) Miembro o veterano/a de los servicios uniformados que como consecuencia de lesiones graves ha recibido la baja o jubilación por incapacidad médica durante el último año (solo por un año a partir de la fecha de la baja o jubilación); (2) Miembro de los servicios uniformados que murió debido a lesiones recibidas durante el servicio activo dentro del último año (solo por un año a partir de la fecha de fallecimiento). La asignación según este subapartado requiere de la presentación de comprobante de baja médica, jubilación o fallecimiento junto con la presentación de las declaraciones juradas necesarias, de conformidad con la ley G. S. 115C-366.

(Blue)

[ ] i. El padre, madre o tutor/a legal se encuentra en servicio militar activo (con exclusión de los períodos de servicio activo para entrenamiento de menos de 30 días) y su comandante en jefe le entregan una carta firmada dejando constancia de que las órdenes militares a las que debe ajustarse no le permiten físicamente residir con el/la estudiante. La asignación según este subapartado requiere de la presentación de carta firmada por su comandante en jefe indicando el plazo de tiempo durante el cual las órdenes tendrán efecto.

5. Nombre y dirección de la última escuela a la que el/la estudiante asistió: \_\_\_\_\_
6. El/La estudiante no está bajo suspensión o expulsión debido a conducta que justificara su suspensión o expulsión de la unidad administrativa escolar; y
7. El/La estudiante no tiene cargo o sentencia de culpabilidad respecto a un delito grave en este u otro estado. Si hubiera cargo o sentencia por delito grave, detalle el tipo de delito, y el lugar y fecha en que ocurrió: \_\_\_\_\_
8. El/La estudiante no reside o residirá en esta dirección básicamente debido a su deseo de asistir o participar en deportes en una escuela en particular.
9. El padre, madre o tutor/a legal abajo firmante otorga por la presente a la persona adulta con custodia, quien de conformidad acepta, el derecho a ejercer responsabilidades por las decisiones educacionales del/a estudiante, cuyo aparece en el presente documento, con inclusión de: (1) recibir notificaciones sobre disciplina según G.S. 115C-391, (2) asistir a reuniones con el personal escolar, (3) dar permiso para actividades escolares, (4) tomar medidas apropiadas respecto del archivo del/a estudiante, (5) firmar contratos exigidos por la escuela o la Junta de Educación, y (6) firmar toda documentación correspondiente a servicios tales como Educación Especial o Excepcional.
10. El padre, madre o tutor/a legal abajo firmante otorga por la presente a la persona adulta con custodia, quien de conformidad acepta, el derecho a dar consentimiento de atención médica del/a menor en caso de accidente o lesión que ocurran en propiedad de la Junta de Educación de Lee County, y los costos emergentes. Autorizo además a la Junta de Educación, sus agentes y personal a administrar cualquier tratamiento médico necesario. Libero de toda responsabilidad a la Junta de Educación de Lee County por toda atención médica administrada y sus costos.
11. El/La abajo firmante padre, madre o tutor/a legal por la presente autoriza la divulgación de información confidencial del archivo escolar de \_\_\_\_\_, con inclusión de documentación académica y psicológica, según lo requiera la Junta de Educación de Lee County, y las leyes estatales y federales. Libero de toda responsabilidad a la Junta de Educación por cualquier divulgación de información del archivo hecha por la PERSONA ADULTA CON CUSTODIA.

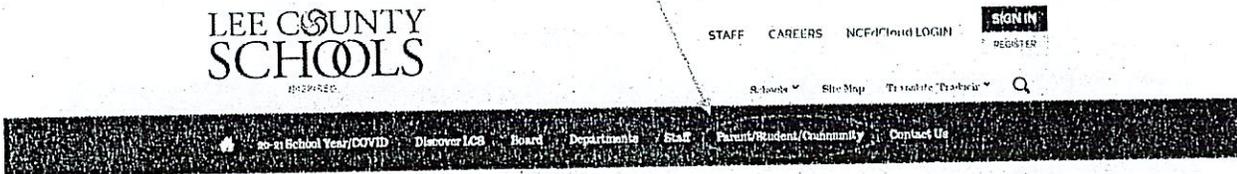
#### **ADVERTENCIA DE PENALIZACIÓN**

**EN CASO DE HALLARSE FALSEDAD EN LOS DATOS DE LA PRESENTE DECLARACIÓN JURADA, LA JUNTA LOCAL PODRÁ REMOVER AL ESTUDIANTE DE LA ESCUELA, SALVO QUE CALIFICARA PARA PERMANECER EN LA MISMA CONFORME A OTROS CRITERIOS VÁLIDOS DE LEYES O NORMAS DE LA JUNTA APLICABLES. SI LA JUNTA DECIDE REMOVER AL/A ESTUDIANTE DE LA ESCUELA, SE DEBERÁ DAR LA OPORTUNIDAD DE APELAR DICHA DECISIÓN, SEGÚN LO DISPONEN LAS NORMAS LOCALES, NOTIFICÁNDOSE A QUIEN FIRME RESPECTO DE DICHA OPORTUNIDAD. SI SE COMPROBARA QUE UNA PERSONA BRINDÓ, CONSCIENTE E INTENCIONALMENTE, INFORMACIÓN FALSA EN EL PRESENTE DOCUMENTO, SE CONSIDERARÁ A LA PERSONA AUTORA DE LA DECLARACIÓN CULPABLE DE UN DELITO MENOR CLASE 1, DEBIENDO ÉSTA COMPENSAR A LA JUNTA LOCAL POR EL COSTO DE LA EDUCACIÓN DEL/A ESTUDIANTE DURANTE EL TIEMPO DE MATRICULACIÓN. CUALQUIER PAGO A ABONARSE EXCLUIRÁ COSTOS CUBIERTOS POR SUBSIDIOS ESTATALES. NC G.S. 115C-366.**

<u>DECLARADO Y FIRMADO ANTE MÍ</u> Fecha:	Este formulario debe ser sellado por notario/a antes de presentarse a la Junta de Educación.
Firma de notario/notaria pública:	Firma de la persona declarante:
Título de persona autorizada a tomar juramentos:	Fecha:
<u>Mi comisión expira el día:</u>	

# Cómo inscribir a un estudiante

1. Entra a la página web de las Escuelas del Condado de Lee  
(<https://www.lee.k12.nc.us/lee>)
2. Haz clic en Parent/Student/Community



3. Haz clic en Enrollment/Withdrawals

E

- En Español
- Enrollment/Withdrawal
- Exceptional Children

4. Haz clic en Student Enrollment – High School (9-12)

Available for 2021-2022 School Year

- ✓ Out-of-County Student Transfer (January 14, 2021 - May 31, 2022)

Requesting to attend a Lee County School while residing in another county. Example: Reside in Harnett County but requesting to attend a Lee County School.

- ✓ In-County Student Transfer (January 14, 2021 - May 21, 2022)

Requesting to attend a school outside the attendance zone for your Lee County physical address. Example: Reside in B. T. Bullock attendance zone but requesting to attend Greenwood Elementary.

- ✓ District Release (February 12, 2021 - May 31, 2022)

- ✓ Student Enrollment - Kindergarten (April 6, 2021 - May 15, 2022)

- ✓ Student Enrollment - Elementary School (1-5) (April 14, 2021 - June 25, 2021)

- ✓ Student Enrollment - Middle School (6-8) (June 1, 2021 - June 25, 2022)

- ✓ Student Enrollment - High School (9-12) (June 1, 2021 - June 25, 2022)

5. Crea una cuenta y sigue las instrucciones que de la página

### Welcome to your Lee County Schools Family Dashboard Account!

We now require that Parents / Guardians create an account in order to complete enrollment applications. Please follow the instructions below to begin the process.

#### Option #1

If you already have an account:

1. Log in to the Family Dashboard.
2. Complete applications.

#### Option #2

If this is your first visit:

1. Choose 'Create Account' button below.
2. Complete the Guardian Demographic Questionnaire.
3. Log in to the Family Dashboard.
4. Add your student(s) to your Family Dashboard Account.
5. Complete applications.

**Important:** If this is your first visit to the Lee County Schools Family Dashboard, you must create a new account.



Email Address:

Password:



[reset password?](#)



# SOUTHERN LEE HIGH SCHOOL

2301 Tramway Road Sanford, NC 27330  
Ph: 919-718-2400 Ext. 2215 Fax: 919-718-2403

## REQUEST FOR STUDENT RECORDS

Name of Student: \_\_\_\_\_

Current Grade: \_\_\_\_\_

Date of Birth: \_\_\_\_\_

Name of Previous School: \_\_\_\_\_

Address of Previous School: \_\_\_\_\_

School Phone Number: \_\_\_\_\_

School Fax Number: \_\_\_\_\_

Parent Permission is no longer required when records are requested by authorized school personnel. Pursuant to the federal regulations under FERPA (34 CRF 99.31(a) (2) and 99.34) allow a school to disclose student records, without consent, to officials of another school where the student seeks or intends to enroll.

For office use only

PLEASE SEND THE FOLLOWING INFORMATION

\_\_\_\_\_ Birth Certificate

\_\_\_\_\_ Transcript of Grades

\_\_\_\_\_ Health Records / Immunizations

\_\_\_\_\_ Withdrawal Grades

\_\_\_\_\_ Special Education Records

\_\_\_\_\_ Marking Period Grades

\_\_\_\_\_ 504 Records / ESL Records

\_\_\_\_\_ Attendance Records

\_\_\_\_\_ Testing Records

\_\_\_\_\_ Discipline Records

\_\_\_\_\_ 1<sup>st</sup> Request

\_\_\_\_\_ 2nd Request

**Please mail official transcript and 504/Special Education Records  
FAX or EMAIL an unofficial transcript, immunizations at your earliest convenience.**

Sandy Yarborough, Southern Lee High School Registrar  
2301 Tramway Road Sanford, NC 27330  
[syarborough.sl@lee.k12.nc.us](mailto:syarborough.sl@lee.k12.nc.us)  
Phone: 919-718-2400 ext. 2215 Fax: 919-718-2403





## EVALUACIÓN FÍSICA PREVIA A LA PARTICIPACIÓN (orientación provisional) FORMULARIO DE HISTORIAL CLÍNICO

Nota: Complete y firme este formulario (con la supervisión de sus padres si es menor de 18 años) antes de acudir a su cita.

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

Fecha del examen médico: \_\_\_\_\_ Deporte(s): \_\_\_\_\_

Sexo que se le asignó al nacer (F, M o intersexual): \_\_\_\_\_ ¿Con cuál género se identifica? (F, M u otro): \_\_\_\_\_

¿Ha tenido COVID-19? (elija una opción)  Sí  No

¿Ha recibido la vacuna contra el COVID-19? (elija una opción):  Sí  No Si la respuesta es sí, usted recibió:  Una dosis  Dos dosis  
 Tres dosis  Fecha de la dosis de refuerzo \_\_\_\_\_

Mencione los padecimientos médicos pasados y actuales que haya tenido. \_\_\_\_\_

¿Alguna vez se le practicó una cirugía? Si la respuesta es afirmativa, haga una lista de todas sus cirugías previas. \_\_\_\_\_

Medicamentos y suplementos: Enumere todos los medicamentos recetados, medicamentos de venta libre y suplementos (herbolarios y nutricionales) que consume. \_\_\_\_\_

¿Sufre de algún tipo de alergia? Si la respuesta es afirmativa, haga una lista de todas sus alergias (por ejemplo, a algún medicamento, al polen, a los alimentos, a las picaduras de insectos). \_\_\_\_\_

Questionario sobre la salud del paciente versión 4 (PHQ-4)  
Durante las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia experimentó alguno de los siguientes problemas de salud? (Encierre en un círculo la respuesta)

	Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
Se siente nervioso, ansioso o inquieto 1 <input checked="" type="radio"/>	0	1	2	3
No es capaz de detener o controlar la preocupación 1 <input checked="" type="radio"/>	0	1	2	3
Siente poco interés o satisfacción por hacer cosas 1 <input checked="" type="radio"/>	0	1	2	3
Se siente triste, deprimido o desesperado 1 <input checked="" type="radio"/>	0	1	2	3

(Una suma  $\geq 3$  se considera positiva en cualquiera de las subescalas, [preguntas 1 y 2 o preguntas 3 y 4] a fin de obtener un diagnóstico).

PREGUNTAS GENERALES		Sí	No
<i>(Dé una explicación para las preguntas en las que contestó "Sí", en la parte final de este formulario. Encierre en un círculo las preguntas si no sabe la respuesta).</i>			
1. ¿Tiene alguna preocupación que le gustaría discutir con su proveedor de servicios médicos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Alguna vez un proveedor de servicios médicos le prohibió o restringió practicar deportes por algún motivo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Padece algún problema médico o enfermedad reciente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PREGUNTAS SOBRE SU SALUD CARDIOVASCULAR		Sí	No
4. ¿Alguna vez se desmayó o estuvo a punto de desmayarse mientras hacía, o después de hacer, ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PREGUNTAS SOBRE SU SALUD CARDIOVASCULAR (CONTINUACIÓN)		Sí	No
5. ¿Alguna vez sintió molestias, dolor, compresión o presión en el pecho mientras hacía ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Alguna vez sintió que su corazón se aceleraba, palpitaba en su pecho o latía intermitentemente (con latidos irregulares) mientras hacía ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Alguna vez un médico le dijo que tiene problemas cardíacos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Alguna vez un médico le pidió que se hiciera un examen del corazón? Por ejemplo, electrocardiografía (ECG) o ecocardiografía.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Cuando hace ejercicio, ¿se siente mareado o siente que le falta el aire más que a sus amigos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿Alguna vez tuvo convulsiones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



PREGUNTAS SOBRE LA SALUD CARDIOVASCULAR DE SU FAMILIA		No está seguro/a	Sí	No
11. ¿Alguno de los miembros de su familia o pariente murió debido a problemas cardíacos o tuvo una muerte súbita e inesperada o inexplicable antes de los 35 años de edad (incluyendo muerte por ahogamiento o un accidente automovilístico inexplicables)?	<input type="checkbox"/>			
12. ¿Alguno de los miembros de su familia padece un problema cardíaco genético como la miocardiopatía hipertrófica (HCM), el síndrome de Marfan, la miocardiopatía arritmogénica del ventrículo derecho (ARVC), el síndrome del QT largo (LQTS), el síndrome del QT corto (SQTS), el síndrome de Brugada o la taquicardia ventricular polimórfica catecolaminérgica (CPVT)?	<input type="checkbox"/>			
13. ¿Alguno de los miembros de su familia utilizó un marcapasos o se le implantó un desfibrilador antes de los 35 años?	<input type="checkbox"/>			
PREGUNTAS SOBRE LOS HUESOS Y LAS ARTICULACIONES		Sí	No	
14. ¿Alguna vez sufrió una fractura por estrés o una lesión en un hueso, músculo, ligamento, articulación o tendón que le hizo faltar a una práctica o juego?				
15. ¿Sufre alguna lesión ósea, muscular, de los ligamentos o de las articulaciones que le causa molestia?				
PREGUNTAS SOBRE CONDICIONES MEDICAS		Sí	No	
16. ¿Tose, sibila o experimenta alguna dificultad para respirar durante o después de hacer ejercicio?				
17. ¿Le falta un riñón, un ojo, un testículo (en el caso de los hombres), el bazo o cualquier otro órgano?				
18. ¿Sufre dolor en la ingle o en los testículos, o tiene alguna protuberancia o hernia dolorosa en la zona inguinal?				
19. ¿Padece erupciones cutáneas recurrentes o que aparecen y desaparecen, incluyendo el herpes o Staphylococcus aureus resistente a la meticilina (MRSA)?				

PREGUNTAS SOBRE CONDICIONES MEDICAS (CONTINUACIÓN)		Sí	No	
20. ¿Alguna vez sufrió un traumatismo craneoencefálico o una lesión en la cabeza que le causó confusión, un dolor de cabeza prolongado o problemas de memoria?				
21. ¿Alguna vez sintió adormecimiento, hormigueo, debilidad en los brazos o piernas, o fue incapaz de mover los brazos o las piernas después de sufrir un golpe o una caída?				
22. ¿Alguna vez se enfermó al realizar ejercicio cuando hacía calor?				
23. ¿Usted o algún miembro de su familia tienen el rasgo o la enfermedad de las células falciformes?	No está seguro/a			
24. ¿Alguna vez tuvo o tiene algún problema con sus ojos o su visión?				
25. ¿Le preocupa su peso?				
26. ¿Está tratando de bajar o subir de peso, o alguien le recomendó que baje o suba de peso?				
27. ¿Sigue alguna dieta especial o evita ciertos tipos o grupos de alimentos?				
28. ¿Alguna vez sufrió un desorden alimenticio?				
PREGUNTAS SOBRE EL PERÍODO MENSTRUAL		N/A	Sí	No
29. ¿Ha tenido al menos un periodo menstrual?	<input type="checkbox"/>			
30. ¿A los cuántos años tuvo su primer periodo menstrual?				
31. ¿Cuándo fue su periodo menstrual más reciente?				
32. ¿Cuántos periodos menstruales ha tenido en los últimos 12 meses?				

**Proporcione una explicación aquí para las preguntas en las que contestó "Sí".**

---



---



---



---



---

**Por la presente declaro que, según mis conocimientos, mis respuestas a las preguntas de este formulario están completas y son correctas.**

Firma del atleta: \_\_\_\_\_

Firma del padre o tutor: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_





**PREPARTICIPATION PHYSICAL EVALUATION  
PHYSICAL EXAMINATION FORM**

Name: \_\_\_\_\_ Date of birth: \_\_\_\_\_

**PHYSICIAN REMINDERS**

1. Consider additional questions on more-sensitive issues.
  - Do you feel stressed out or under a lot of pressure?
  - Do you ever feel sad, hopeless, depressed, or anxious?
  - Do you feel safe at your home or residence?
  - Have you ever tried cigarettes, e-cigarettes, chewing tobacco, snuff, or dip?
  - During the past 30 days, did you use chewing tobacco, snuff, or dip?
  - Do you drink alcohol or use any other drugs?
  - Have you ever taken anabolic steroids or used any other performance-enhancing supplement?
  - Have you ever taken any supplements to help you gain or lose weight or improve your performance?
  - Do you wear a seat belt, use a helmet, and use condoms?
2. Consider reviewing questions on cardiovascular symptoms (Q4–Q13 of History Form).

EXAMINATION		
Height: _____	Weight: _____	
BP: _____ / _____ ( _____ / _____ )	Pulse: _____	Vision: R 20/ _____ L 20/ _____ Corrected: <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
MEDICAL	NORMAL	ABNORMAL FINDINGS
Appearance • Marfan stigmata (kyphoscoliosis, high-arched palate, pectus excavatum, arachnodactyly, hyperlaxity, myopia, mitral valve prolapse [MVP], and aortic insufficiency)		
Eyes, ears, nose, and throat • Pupils equal • Hearing		
Lymph nodes		
Heart <sup>a</sup> • Murmurs (auscultation standing, auscultation supine, and ± Valsalva maneuver)		
Lungs		
Abdomen		
Skin • Herpes simplex virus (HSV), lesions suggestive of methicillin-resistant <i>Staphylococcus aureus</i> (MRSA), or tinea corporis		
Neurological		
MUSCULOSKELETAL	NORMAL	ABNORMAL FINDINGS
Neck		
Back		
Shoulder and arm		
Elbow and forearm		
Wrist, hand, and fingers		
Hip and thigh		
Knee		
Leg and ankle		
Foot and toes		
Functional • Double-leg squat test, single-leg squat test, and box drop or step drop test		

<sup>a</sup> Consider electrocardiography (ECG), echocardiography, referral to a cardiologist for abnormal cardiac history or examination findings, or a combination of those.

Name of health care professional (print or type): \_\_\_\_\_ Date of exam: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

Signature of health care professional: \_\_\_\_\_, MD, DO, NP, or PA





**■ PREPARTICIPATION PHYSICAL EVALUATION**

**MEDICAL ELIGIBILITY FORM**

Name: \_\_\_\_\_ Date of birth: \_\_\_\_\_

- Medically eligible for all sports without restriction
- Medically eligible for all sports without restriction with recommendations for further evaluation or treatment of

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Medically eligible for certain sports

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Not medically eligible pending further evaluation
- Not medically eligible for any sports

Recommendations: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

I have examined the student named on this form and completed the preparticipation physical evaluation. The athlete does not have apparent clinical contraindications to practice and can participate in the sport(s) as outlined on this form. A copy of the physical examination findings are on record in my office and can be made available to the school at the request of the parents. If conditions arise after the athlete has been cleared for participation, the physician may rescind the medical eligibility until the problem is resolved and the potential consequences are completely explained to the athlete (and parents or guardians).

Name of health care professional (print or type): \_\_\_\_\_ Date of exam: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

Signature of health care professional: \_\_\_\_\_, MD, DO, NP, or PA

**SHARED EMERGENCY INFORMATION**

Allergies: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Medications: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Other information: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Emergency contacts: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



**Acuerdo de uso de computadora laptop de Lee County Schools 2022-2023**

Padres y tutores: Su hijo/a recibe una laptop (computadora portátil) a través del Fondo de Emergencia para la Conectividad (Emergency Connectivity Fund, ECF, por sus siglas en inglés). Este subsidio surge para que los estudiantes que necesiten una laptop o un dispositivo inalámbrico de acceso a internet (*Wi-Fi hotspots*) en el hogar puedan acceder a la tecnología utilizada en la escuela de forma igualitaria. Los estudiantes reciben estas laptops para tenerlas y usarlas en casa. No necesitarán traerlas a la escuela hasta que termine el año escolar. Llegado ese momento, cada estudiante entregará a la escuela la computadora recibida, debiendo él/ella y sus padres responsabilizarse por cualquier daño que dicho aparato pudiera presentar. Cualquier pregunta deberá comunicarse a la escuela. Agradecemos su apoyo.

Al retirar una laptop, entiendo y asumo el compromiso que resulta de lo siguiente:

- El equipo deberá devolverse en las mismas condiciones en las que se recibió.
- Si el equipo se perdiera o dañara durante el tiempo en que se encuentre en mi posesión, me comprometo a cubrir la totalidad de los costos de reemplazo o reparación de dicho equipo.
- El equipo deberá ser devuelto a la escuela de mi hijo/a al finalizar el año escolar.
- No se cobrará ningún arancel por el uso del equipo.
- Lee County Schools solo podrá brindar ayuda limitada respecto del equipo entregado.
- El equipo entregado solo podrá ser usado por el/la estudiante del distrito de Lee County Schools con el fin de completar trabajos o tareas escolares.
- He recibido una copia de la Norma de Uso Aceptable, a la cual me ajustaré.
- De conformidad con las leyes federales, Lee County Schools deberá monitorear y filtrar el uso de todo aparato entregado por la escuela.

Por favor, completar la siguiente información:

Nombre de la o el estudiante: \_\_\_\_\_ ID# \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Dirección/domicilio: \_\_\_\_\_

Nombre del padre/madre o tutor: \_\_\_\_\_ Teléfono: ( ) \_\_\_\_\_

Firma del padre/madre o tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Número del equipo: \_\_\_\_\_

<b>Chromebook Replacement</b>	<b>\$225.00</b>	<b>\$225.00</b>
<b>Screen Assembly</b>	<b>\$100.00</b>	<b>\$75.00</b>
<b>LCD Screen Only</b>	<b>\$45.00</b>	<b>\$33.75</b>
<b>Keyboard With Palmrest</b>	<b>\$65.00</b>	<b>\$48.75</b>
<b>Charger</b>	<b>\$35.00</b>	<b>\$26.25</b>
<b>Bezel</b>	<b>\$30.00</b>	<b>\$22.50</b>
<b>Bottom Cover</b>	<b>\$40.00</b>	<b>\$30.00</b>
<b>LCD Back Cover</b>	<b>\$40.00</b>	<b>\$30.00</b>
<b>Hinge Cover</b>	<b>\$20.00</b>	<b>\$15.00</b>
<b>Verizon Mini</b>	<b>\$60.00</b>	<b>\$60.00</b>
<b>Other</b>		

## Lee County Schools Laptop Usage Agreement 2023-2024

Parents and Guardians: Your child is receiving a laptop through the Emergency Connectivity Fund Grant. This grant was put together to ensure that students needing a laptop or MiFi at home had equitable access to technology that is utilized in school. These laptops will be kept at home for students to use. Students do not need to bring them to school. Laptops will be turned in at the end of the year and students and parents are responsible for any damages that occur to the device. If you have any questions, please contact the school. We appreciate your support.

By picking up a laptop, I understand and agree to the following:

- All equipment should be returned in the same condition in which it was distributed.
- In the event that equipment is lost or damaged while in my possession, I agree to cover any and all costs associated with the replacement of lost or damaged equipment.
- All equipment must be returned to my child's home school at the end of the school year.
- There is no charge for the use of equipment.
- Lee County Schools will only be able to provide limited assistance with the supplied equipment.
- This device will only be used by a student enrolled in Lee County Schools to complete school-related assignments and/or tasks.
- I have received a copy of and will adhere to the Acceptable Use Policy.
- Under Federal Law, Lee County Schools are required to monitor and filter all school-issued devices.

Please fill out the following information:

Grade: \_\_\_\_\_ Homeroom Teacher: \_\_\_\_\_

Student Name: \_\_\_\_\_

Student Address: \_\_\_\_\_

Student ID: \_\_\_\_\_

Parent/Guardian Name: \_\_\_\_\_

Phone Number: ( ) \_\_\_\_\_

Parent/Guardian Signature: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

• Laptop—Asset Number \_\_\_\_\_

• MiFi—Asset Number \_\_\_\_\_

