

Buford City Schools

Dr. Geye S. Hamby
Superintendent

Joy Davis
Assistant Superintendent

2625 Sawnee Avenue
Buford, Georgia 30518

LISTA DE VERIFICACION

PARA:

Las personas que registren al estudiante deben ser los Padres o Tutores Legales; estas personas son las que tiene que firmar los papeles de registraci3n. Queremos que por favor entiendan que no pueden empezar hasta el Segundo d3a!

Debemos tener los siguientes documentos para poder registrar a su estudiante:

- Prueba de residencia dentro de los l3mites de La Ciudad de Buford. Hablar al (770) 945-6761 para verificar prueba de la residencia. Ejemplos:
 - o Pago de facturas de Ciudad de Buford,
 - o Acuerdo de Arriendo / Contrato de Vivienda,
 - o Declaraci3n jurada notariada si vive con alguien
- Cualquier archivo de alguna escuela anterior:
 - o Forma de Retiro de la Escuela,
 - o Reporte de Grados, (Boleta o Reporte),
 - o Reporte de Disciplina,
 - o Reporte de Asistencia y Disciplina,
 - o Reporte de Vacunas,
 - o Reporte de Examen de O3dos, Vista y Dental.
- Copia de el certificado de nacimiento
- Copia de el seguro social
- Copia de vacunas al corriente en el estado de Georgia el Formulario GA3231. Hablar al (770) 614-2400 a el departamento de salud si necesitan vacunas.
- Copia de el examen de o3dos, dientes, y vista de Georgia el Formulario GA3300. Hablar al (770) 614-2400 a el departamento de salud si necesitan estos ex3menes.
- Copia de custodia - - (con copia adjunta de la orden oficial de la corte si es aplicable)

ESCUELAS DE LA CIUDAD DE BUFORD FORMA DE REGISTRACION AL ESTUDIANTE

Grado a entrar: _____

A. Nombre Legal del Estudiante: _____ Nombre Preferido: _____
Apellido Primero Segundo

Fecha de Nacimiento: _____ Seguro Social: _____ Sexo: Masculino: _____ Femenino: _____

Lugar de Nacimiento (Ciudad/Estado): _____ País de Nacimiento _____

B. Pertenencia étnica: ¿Es usted hispánico/Latino? Sí: _____ No: _____

C. Pel arriendo selecciona uno o más para competir con categoría: Indio Americano / Nativo de Alaska: _____ Asiático: _____

Blanco: _____ Negro o Africano-Americano: _____ Isleño hawaiano o Irlandés Pacifico: _____

D. Dirección del Estudiante: _____

Calle Apartamento Ciudad Código Postal

Teléfono de la Casa: (_____) _____ - _____

E. Quien tiene custodia de este estudiante: _____ Relación: _____

Nombre de la Madre Legal: _____ Teléfono: _____

Nombre del Padre Legal: _____ Teléfono: _____

Otro Legal Tutor: _____ Teléfono: _____

Dirección del Internet de los Padres o Tutores: _____

Nombre y grado de los hermanos(as) que atienden a las Escuelas de Buford: _____

F. Si viene el estudiante de alguna otra escuela o preschool; llene esta sección:

Nombre, Dirección y Teléfono de la escuela que atendió: _____

¿Su estudiante alguna vez ha atendido a las Escuela de Buford? Sí: _____ No: _____ Si la respuesta es sí, Cual grado fue: _____

¿Su estudiante ha recibido alguno de estos servicios: Genio: _____ Educación Especial/Lenguaje: _____ ESOL: _____ SST/RTI: _____ 504: _____

¿Su estudiante ha sido retenido? Sí: _____ No: _____ Si la respuesta es si, en que grado(s)? _____

Estudiante de preparatoria solamente: Fecha que entró a noveno grado: _____

G. Idioma del estudiante: ¿Qué idioma habla más el estudiante en la casa? _____
 ¿Qué idioma habla más los adultos en la casa con su estudiante? _____
 ¿Qué idioma(s) comprenda o habla su estudiante? _____

H. ¿Está suspendido o expulsado de alguna otra escuela o sistema escolar? Sí: _____ No: _____

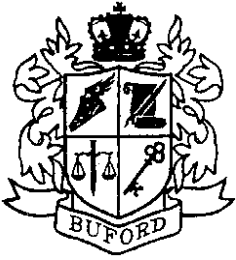
Se la respuesta es sí, explica: _____

¿Has sido convicto de algún crimen o felonía (asalto a mano armada, agravación física o sexual, posesión de armas, o sustancias ilegales)? Sí: _____ No: _____ Si la respuesta es sí, explique: _____

I. ¿Es el estudiante dependiente de un miembro activo de las Fuerzas Armadas de Estados Unidos? Sí: _____ No: _____

Firma Legal del Padre o Tutor

Fecha



Buford City Schools

Fecha _____

AFFIDÁVIT DE RESIDENCIA

Nombre del Estudiante _____

Grado _____ Maestro _____

Dirección de la Casa: _____ Nombre del Padre/Tutor(s): _____

_____/ GA / _____ / _____
Ciudad Estado Código Postal Condado Teléfono de Casa: (____) _____

¿Es ésta dirección diferente de último año de la escuela? Sí No Teléfono de día: (____) _____

Anote el nombre de cada persona que vive en esta dirección.

Usted debe incluir a **todos los adultos** y **todos los niños** que residen en esta dirección en las líneas abajo:

¿Es esta una casa multifamiliares? Sí No / ¿Ha sido esta residencia catalogada como zona multifamiliar con la ciudad de Buford? Sí No

Lista de otros familiares o individuos que asisten a las Escuelas de la Ciudad de Buford o otra escuela pública o privada

1) _____ 2) _____ 3) _____ 4) _____

Por favor, elija una de las siguientes que se **aplican** a usted (#1-#3 O #4) Y firmar la sección apropiada.

1. ES PROPIETARIO en la Ciudad de Buford

* Actualmente es dueño de su residencia.

Documentación requerida:

Una fractura de la Ciudad de Buford

* El recibo debe de estar al corriente (no más de 2 meses atrás) e incluir cuenta de basura.

Firma legal de Padre o Tutor (Obligatorio)

2. RENTA en la Ciudad de Buford

___ APARTAMENTO ___ CASA

Documentación requerida:

Una copia actual de su contrato de alquiler o contrato de alquiler con la fecha de vencimiento con la página de la firma y la siguiente información:

(Nombre del Complejo o Dueño de la Propiedad)

(Teléfono del Dueño de la Propiedad)

Firma legal de Padre o Tutor (Obligatorio)

3. Viven FUERA del Ciudad de Buford

___ El estudiante es un miembro actual de la cuota. La información está en los archivos de la Oficina Central.

___ *Empleado de las Escuelas de Buford City Schools

___ *Empleado de la Ciudad de Buford

* Rellene la información a continuación:

Nombre del empleado

Lugar o Título del Trabajo

Relación con el Estudiante

Firma legal de Padre o Tutor (Obligatorio)

4. VIVE CON - Se requiere que el propietario o la persona encargado de la renta firme el documento y debe ser firmado por un notario público y entregado. La dirección referida le pertenece al propietario y mencionado, él / ella jura que el residente primario ocupa la residencia con sus hijos y continúan físicamente siendo parte de hogar en el cual ellos intentan hacer su verdadera residencia permanente casa, ___/___/___ (fecha) o que le proporcionará una nueva dirección permanente y declaración jurada de residencia nueva. Estoy bien informado y entiendo que este Affidavit es presentado bajo juramento y puede ser introducido en una corte de ley. También yo entiendo que si se descubre que la información entregada fue hecha con la intención de recibir servicios del Sistema Educativo de las Escuelas de la Ciudad de Buford burlando la póliza de matrícula para residentes fuera de la ciudad de Buford, La Junta de Educación de la Ciudad de Buford reserva el derecho de informar a la oficina de Abogado del Distrito y buscar prosecución criminal del asunto por el robo de servicios y/o por otra ley bajo el Estado de Georgia.

Bajo juramento y suscrito ante me este:

_____ día de _____ 20__

Firma legal del Dueño de la Propiedad/ Encargado

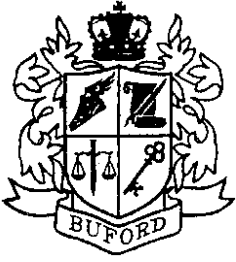
(Firma de Notario Publico)

(Mi Comisión expira)

Firma legal de Padre o Tutor (Obligatorio)

Testigo

Esta affidavit de residencia expira en el final del año escolar actual y es vacío si ocurre el cambio de dirección. Una nueva affidavit de residencia será requerida sobre un cambio de la dirección



Buford City Schools

Dr. Geye S. Hamby
Superintendent

Joy Davis
Assistant Superintendent

2625 Sawnee Avenue
Buford, Georgia 30518

INFORMACION DE CUSTODIA LEGAL

La siguiente información es requerida cuando un estudiante inscrito no reside con ambos padres naturales por razones de separación o divorcio. El progenitor con quien el estudiante reside será considerado como el que tiene custodia legal; sin embargo, el progenitor que no tiene custodia tendrá acceso a los archivos del estudiante a menos que haya una orden de la corte que lo prohíba. ***El progenitor con custodia legal es responsable de proveer a la escuela cualquier orden de la corte que limite el acceso a los archivos del estudiante.***

1. Nombre legal del estudiante: _____
2. Reside el estudiante con ambos padres? Sí, marque aquí ()
Sí no, nombre del progenitor con custodia con quien el estudiante reside:

3. Nombre del progenitor sin custodia: _____
4. ¿Si usted es el progenitor con custodia, obtuvo custodia legal a través de una orden de la corte?
Sí () No () Pendiente ()
Fecha de Finalización: _____
(Si la custodia está pendiente, informe a la escuela cuando estará finalizado.)
5. El padre sin custodia tiene acceso a lo siguiente? Si es así, usted necesita proveer una copia de la orden de la corte y marcar donde dice sus limitaciones a la siguiente información:
 Archivos Escolares Completos - Si () No ()
 El Padre o Madre sin custodia legal puede sacar al estudiante de la escuela:
Si () No ()
 Tiene permiso de comunicarse con los maestros / o escuela - Si () No ()

Yo firmando esta hoja juro solemnemente que tengo custodia de el o la estudiante.

Firma del Legal de Padre o Tutores

Fecha



Richard Woods, Georgia's School Superintendent
"Educating Georgia's Future"

School District: Buford City Schools

Date Completed: _____

Encuesta Ocupacional para Padres

Por favor llene este formulario para determinar si sus hijos califican para recibir servicios a través del Programa de Título I, Parte C

¿Ustedes se han movido para trabajar en otra ciudad, condado, o estado, en los últimos tres (3) años? Sí No

Si su respuesta es "Sí", ¿en qué fecha llegaron a la ciudad/pueblo donde viven actualmente? _____

¿Alguien de su familia trabaja, ha trabajado, o tiene la intención de trabajar, en una de las siguientes actividades en forma permanente o temporal o ha hecho este tipo de trabajo en los últimos tres años? (Marque todos los que apliquen)

- 1) Agricultura; plantando/cosechando vegetales o frutas como tomates, calabazas, uvas, cebollas, fresas, arándanos, etc.
- 2) Plantando o cortando árboles/juntando agujas de pino (*pine straw*)
- 3) Procesando /empacando productos agrícolas
- 4) Lechería o ganadería
- 5) Empacadoras o procesadoras de carne/pollo o mariscos
- 6) Pescando o criando pescado
- 7) Otra actividad. Por Favor especifique en cuál: _____

| Nombre de los Estudiantes | Nombre de la Escuela | Grado |
|---------------------------|----------------------|-------|
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |

Nombre de los padres o guardianes legales: _____

Dirección donde vive: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Teléfono: _____

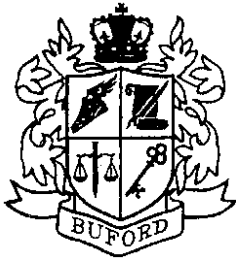
¡Muchas Gracias!

Por favor regrese este formulario a la escuela

Las respuestas a este formulario van a ayudar a determinar si sus hijos califican para recibir servicios a través del programa de Título I, Parte C.

Note for the school/district: When both (Yes) "Si" and one or more of the boxes from 1 to 7 is/are checked, please give this form to the migrant liaison or migrant contact for your school/district. Please file original in student's records. Non-funded (consortium) systems should fax occupational parent surveys to the regional MEP office serving their district. For additional questions regarding this form, please call the MEP office serving your district:

GaDOE Region 1 MEP, P.O. Box 780, 201 West Lee Street Brooklet, GA 30415
Toll Free (800) 621-5217 Fax (912) 842-5440
GaDOE Region 2 MEP, 221 N. Robinson Street, Lenox, GA 31637
Toll Free (866) 505-3182 Fax (229) 546-3251



Buford City Schools

Dr. Geye S. Hamby
Superintendent

Joy Davis
Assistant Superintendent

2625 Sawnee Avenue
Buford, Georgia 30518

AUTHORIZATION TO RELEASE RECORDS

I hereby authorize _____, to release the records:
(Previous School)

For following student(s);

| Student(s) Legal Name | Grade | FTE# |
|-----------------------|-------|-------|
| 1. _____ | _____ | _____ |
| 2. _____ | _____ | _____ |
| 3. _____ | _____ | _____ |

The student(s) have enrolled at:

| | | | |
|--|--|--|---|
| Buford Elementary School Grades: K-1 Attn: Records 2500 Sawnee Avenue Buford, GA 30518 Phone: 770-945-5248 Fax: 770-932-7579 | Buford Academy Grades: 2-5 Attn: Records 2705 Robert Bell Parkway Buford, GA 30518 Phone: 678-482-6960 Fax: 678-482-6969 | Buford Middle School Grades: 6-8 Attn: Records 2700 Robert Bell Parkway Buford, GA 30518 Phone: 770-904-3690 Fax: 770-904-3689 | Buford High School Grades: 9-12 Attn: Records 2750 Sawnee Avenue Buford, GA 30518 Phone: 770-945-6768 Fax: 770-932-7570 |
|--|--|--|---|

These records are needed for:

- Educational Evaluation
- Determination of the most appropriate total program for my student

Records to be released: **Copy of Complete Permanent Record**

*Certified Birth Certificate

*Academic

*Social Security Card

*Attendance

*Immunization

*Discipline

*Hearing, Dental, & Vision Screening

*If High School Student: Date entered 9th grade: _____

*FTE Number last reported in the State of Georgia for FTE/SIS: _____

*State of Georgia GTID number: _____

*Other specific information requested: ALL GIFTED, SST/RTI, SPEECH, OR SPECIAL EDUCATION INFORMATION NEEDED TO REGISTER THE STUDENT.

Your immediate attention is appreciated. Please note that according to the Federal Register, Thursday, June 17, 1976, Part II, HEW, Privacy Rights of Parents and Students, Final Rule on Educational Records, Volume 41, No. 118-24673, prior consent for disclosure is not required of an educational agency or institution.