



Bienvenido a la escuela secundaria Key West High School



2100 Flagler Avenue, Key West, FL 33040
305-293-1549

Registro de Matricula de Preparatoria

La información siguiente se requiere antes de que su niño pueda ser registrado para la escuela

1. Certificado de Nacimiento
2. Transcripciones o documentos de la escuela anterior
3. Registro de inmunización/vacunas necesitan estar reciente: Para esto tienen que hacer una cita y ir al departamento de Salud.

Gato Building 1100 Simonton Street 305-293-7500

4. Físico médico (no puede ser más de 1 año viejo)
La Clínica de AHEC puede hacer esto. Para una cita llame al 305-743-7111 ext. 210
5. Lo siguiente es necesario, pero no es requerido: Tarjeta de Seguridad Social

Una vez que haya completado este paquete y tenga todos los documentos requeridos, escanee y envíe los formularios a **Ivy.faatuai@keyschools.com o devuélvalos en persona a la Sra. Faatuai. La Sra. Faatuai se comunicará con usted para hacer una cita con un consejero.

Escuela del Distrito del Condado de Monroe

Fecha de ingreso a una escuela del los Estados Unidos (DEUSS) _____

Inscripción para la escuela Key West High School SchoolNo. _____ Fecha de registro: _____

School Address: 2100 Flagler Avenue Key West, FL 33040

Nombre legal completo del niño: _____ S.S. # _____ (Opcional)

Sexo _____ Fecha de Nacimiento _____ Lugar de nacimiento _____

Estudiante de familia militar yes no

Dirección de Casa: _____ Telefono de Casa: _____

Nombre del Padre: _____ Lugar de trabajo: _____

Ocupación: _____ Teléfono: _____ Ext: _____

Nombre de la madre: _____ Lugar de trabajo: _____

Ocupación: _____ Teléfono: _____ Ext: _____

Dirección de correo: _____ Nombre del guardián: _____

Estado civil de Padres: Casado Divorciado Separado Soltero

Etnicidad: Hispano (Si selecciona este grupo étnico, también debe seleccionar al menos una raza)

Categoría racial: Blanco Negro Asiático Indio americano o nativo de Alaska

Nativo hawaiano u otro isleño del Pacífico (Por favor, marque todo lo que corresponda)

Vecino / Pariente de contacto en caso de emergencia: _____ Numero de Telefono: _____

El Niño Vive Con: Ambos Padres Madre Padre Guardian

Familia se mudó al condado de Monroe por primera vez: Mes: _____ Año: _____

Niño ingresó por primera vez a la escuela en el condado de Monroe: Mes: _____ Año: _____

¿Cuál fue la última escuela en el condado de Monroe a la que asistió el niño? _____

(Si su hijo no ha asistido a una escuela en el condado de Monroe, deje esta área en blanco)

Dirección de la escuela: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

En caso de emergencia: Nombre del médico: _____ Telefono: _____

Hospital: _____ Telefono: _____

Otro contacto de emergencia: _____ Telefono: _____

Notaciones especiales: _____

Condiciones

médicas: _____

Divulgaciones de estudiantes: Según los Estatutos de Florida 232.0205 y los procedimientos del distrito, los estudiantes/tutores deben anotar una expulsiones escolares anteriores del estudiante, arrestos que resultaron en un cargo y acciones de justicia juvenil contra el estudiante. Por favor explique cualquier expulsión, arresto o acción juvenil: _____

OFFICE USE ONLY / USO DE OFICINA SOLO

Registration Information Taken By: _____ Student I.D. No.: _____

Physical Exam Received Yes No Immunization Cert. Received Yes No *Do not copy passports/ visas*

Proof of Birth: Certificate No. _____ State _____ Other: _____

E / W CODE: _____ Entry / Withdrawal Date: _____

Grade: _____ Teacher: _____ Teacher No: _____

Verified By: _____



Key West High School

2100 Flagler Ave.
Key West, Florida 33040
Tel. 305 293-1549 Ext 54306
Fax 305 293-1547

Principal
Rebecca Palomino

Assistant Principal
Dave Perkins

Assistant Principal
Yanelys Ballard

Assistant Principal
Ja-Ronika Veldheer

KEY WEST HIGH SCHOOL Solicitud de registros oficiales de estudiantes

Nombre legal del estudiante: _____

Fecha de nacimiento: _____

Grado actual: _____

Nombre de la escuela anterior: _____

Distrito Escolar: _____

Dirección postal: _____

Ciudad, Estado, Código postal: _____

Número de teléfono: _____

Número de fax: _____

**Este estudiante se está inscribiendo en KWHS a partir
de _____**

PRIMERO: Por favor, envíe por correo electrónico la información solicitada a ivy.faatuai@keysschools.com O envíela a través de fax al 305-293-1547 Atención: Ivy Faatuai

SEGUNDO: Envíe por correo los registros oficiales sellados a nuestra escuela.

- * Por favor, no envíe por correo el archivo acumulativo original, somos un distrito sin papel. Después de escanear la documentación necesaria, los archivos se destruyen.
- * Transcripción oficial
- * Resultados de las pruebas FSA/EOC de las escuelas de Florida
- * Todos los resultados de las pruebas estandarizadas estatales
- * Tarjeta de Seguro Social (opcional)
- * Certificado de nacimiento o otros documentos legales que verifiquen la identidad de los estudiantes.
- * Registros de asistencia
- * Expedientes disciplinarios
- * Registros de vacunación
- * Físico
- * Clases actuales inscritas / Calificaciones de transferencia o Si un estudiante está actualmente inscrito en una clase de EOC (Álgebra 1, Geometría, Biología o Historia Americana), se solicitan todas las calificaciones trimestrales, intermedias y de retiro.
- * Si procede o Documentación ELL o Documentación ESE

Firma oficial

Fecha

De acuerdo con el Reglamento de Derechos de Educación Familiar y Arte de Privacidad, ya no es necesario obtener el permiso de consentimiento por escrito del tutor o estudiante adulto cuando los registros son solicitados por personal escolar autorizado, FERPA - 20 U.S.C 1232g; 34CFR Parte 99.



Key West High School

2100 Flagler Ave.
Key West, Florida 33040
Tel. 305 293-1549 Ext 54306
Fax 305 293-1547

Principal
Rebecca Ralomino

Assistant Principal
Dave Perkins

Assistant Principal
Vanelys Ballard

Assistant Principal
Ja-Ronika Veldheer

Cuestionario de disciplina

Nombre del estudiante _____

Fecha _____ ¿Es la escuela anterior una escuela alternativa? _____

¿Alguna vez el estudiante ha sido expulsado de otra escuela? Si _____ No _____

En caso afirmativo, Por favor explicar:

¿El estudiante alguna vez ha sido arrestado y/o acusado de un delito? Si _____ No _____

En caso afirmativo, Por favor explicar:

De conformidad con la Política de la Junta Escolar 5112 y la Ley de Florida, cada estudiante en el momento de su inscripción inicial en el Distrito Escolar del Condado de Monroe debe anotar las expulsiones escolares anteriores, los arrestos que resultaron en un cargo, las acciones de justicia juvenil y cualquier referencia correspondiente a los servicios de salud mental. Si su hijo ha experimentado alguna de estas acciones, o una acción similar, debe divulgar estos incidentes antes de que su hijo se inscriba en el Distrito Escolar del Condado de Monroe..

LA FALTA DE RESPUESTA A TODAS LAS PREGUNTAS EN ESTE FORMULARIO CON PRECISIÓN O LA OMISIÓN DE LA INFORMACIÓN REQUERIDA PUEDE LLEVAR AL RECHAZO TEMPORAL O RETRASO DE LA INSCRIPCIÓN DE ESTUDIANTE DE SU HIJO

Detalles adicionales:

Firma del padre/tutor

Fecha

HEALTH HISTORY/EMERGENCY CONTACT FORM 2023-2024

Esta es la información requerida que se guardará en la CLÍNICA DE SALUD ESCOLAR

Nombre de estudiante: _____ Grado: _____
Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: _____ Profesor de aula: _____
Nombre del Padre/Guardián: _____ # de teléfono (casa): _____
Dirección del Padre/Guardián: _____ # de teléfono (trabajo): _____
El número de teléfono celular de los padres: _____

Contacto de emergencia (si no podemos comunicarlos con el padre/guardián): _____
Relación: _____ # de teléfono (casa): _____ # de teléfono (oficina): _____
El número de teléfono celular _____

Doctor de estudiante: _____ # de teléfono del doctor: _____

MARQUE TODOS EN LA ACTUALIDAD QUE APLICAN A SU HIJO

1. Problemas del ojo/visión
2. Problemas de la oída/audición
3. Problemas de respiración, asma, etc.
4. Problemas del corazón/cirugía/ (pacemaker)
5. Problemas del riñón, vejiga, cirugía, etc.
6. Problemas del los huesos, articulaciones, musculo
7. Problemas neurológicos, ataques, etc.
8. Problemas de espina, espalda, cirugía, etc.
9. Historia de problemas emocionales mental
Tratamiento o hospitalización
10. Alcohol, uso de drogas/abuso o tratamiento
11. Diabetes (Tipo I o Tipo II)
12. Cáncer
13. ADD/ADHD
14. Anemia Falciforme o trastornos hemorrágicos
15. Fibrosis quística
16. Desorden Del Espectro Autista
17. Lupus
18. Indique condición prolongada o crónica: _____
19. Indique cualquier, fecha y razón: _____
20. Indique cualquier hospitalización en los últimos 5 años: _____
21. Indique cualquier restricción de movimiento físico (minusvalida) _____

PORFAVOR EXPLIQUE

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____
11. _____
12. _____
13. _____
14. _____
15. _____
16. _____
17. _____

22. Indique todo tipo de medicamento que tome su niño/niña cada día: _____
23. Indique todo tipo de alergia a medicamento, comida, o insectos: _____
Indique **los graves**: _____
Su niño/ niña tiene un Epi-Pen? _____ Usted va a proporcionar uno para la escuela? [] Si [] No

Mi niño/niña (NOMBRE COMPLETO): _____ tiene mi permiso a participar en el Programa de Servicios de Salud en la escuela. Yo entiendo que mi hijo recibirá cuidado de emergencia en la escuela, si es necesario y que los servicios puedan incluir:

- Primeros auxilios, por accidentes o enfermedades
- Exámenes de Visión, audición, altura - peso, dentales y de escoliosis
- Asistencia con la administración de medicinas ordenados por el médico
- Asistencia con condiciones o procedimientos de salud menores, complejos o crónicos ordenados por el médico

Yo autorizo que de información acerca de mi hijo al Distrito de escuela del condado de Monroe como nombre, edad y seguro social para las agencias del estado de la Florida con el propósito de saber si los niños son elegibles para el Medicaid u otro seguro. También dar autorización para que el seguro de Medicaid u otro seguro reciba pagos de estos por el servicio dado en la escuela de su hijo.

Entiendo que en caso de accidente o lesión grave, se administrarán primeros auxilios y me contactarán. Si no puedo ser contactado, entiendo que el contacto que la persona o personas que figuran en este formulario como contactos de emergencia, serán contactados.

FIRMA DE PADRE/GUARDIAN: _____ FECHA: _____

SI NO DESEA QUE SU HIJO SEA VISTO EN EL CLÍNICA , ADJUNTE UN AVISO POR ESCRITO A ESTE FORMULARIO

**Monroe County School District: Spanish and English
HOME LANGUAGE SURVEY
ENCUESTA SOBRE EL IDIOMA DEL HOGAR**

ESTUDIO DEL IDIOMA LOCAL	
Fecha : _____ Escuela : _____	
Nombre del Estudiante _____	
Favor de llenar la información siguiente:	
Primer idioma que aprendió el niño	Idioma que se habla el niño más frecuentemente
Idioma que se habla en casa más frecuentemente	Idioma que habla el niño más frecuentemente
Origen Nacional : _____ (País donde nació el niño)	
Escriba la Fecha en que el niño ENTRÓ a la Escuela en los E.E.U.U.:	
_____ / _____ / _____ (mes / día / año)	
Favor contestar Sí o NO :	
1. El primer idioma del niño fue otro idioma que el inglés ?	Sí No
2. Se usa otro idioma que el inglés en casa ?	Sí No
3. El niño habla más frecuentemente otro idioma que el inglés?	Sí No
School Staff Only: *DEUSS date 3 years or less and born outside the US, enter in the S705 date of entry and codes 8214 for Immigrant non ELL and 8414 for Immigrant and ELL.	

COMMUNITY LANGUAGE SURVEY	
Date: _____ School: _____	
Student's Name _____	
Please complete the following information	
First Language Learned By Child	Language Used Most Often at Home Language Most Frequently Spoken By Child
National Origin: _____ (Country where child was born)	
Write the Date of Entry into a United States School (DEUSS):	
_____ / _____ / _____ Month / Day / Year	
Please answer YES or NO:	
1. Did the student have a first language other than English?	YES NO
2. Is a language other than English used at home?	YES NO
3. Does student most frequently speak a language other than English?	YES NO
School Staff Only: *DEUSS date 3 years or less and born outside the US, enter in the S705 date of entry and codes 8214 for Immigrant non ELL and 8414 for Immigrant and ELL.	
Revised 10.27.15	



DISTRITO ESCOLAR DEL CONDADO DE MONROE
RECONOCIMIENTO DEL ACUERDO SOBRE DISPOSITIVOS MÓVILES

Nombre del estudiante: _____ Escuela: _____

Firmando esta página de reconocimiento, usted acepta que ha leído el Acuerdo sobre dispositivos móviles de MCSD y acepta sus términos y condiciones. Las políticas se pueden encontrar en https://www.keysschools.com/Page/6571.

RECONOCIMIENTO: El estudiante y los padres/ tutor reconocen que han leído el Acuerdo sobre dispositivos móviles de MCSD, que lo comprenden y aceptan quedar obligados por los términos y condiciones. El estudiante y los padres/ tutor reconocen además que este acuerdo implica que la Junta Escolar del condado de Monroe y los padres/ tutor y el estudiante entienden por completo el asunto que se trata aquí y están de acuerdo. Ninguna otra representación, estipulación, acuerdo o entendimiento, ya sea de forma oral o escrita, será válido ni aplicable ni tendrá efecto vinculante a menos que esté contenido en este acuerdo. Este acuerdo no se puede cambiar, enmendar ni modificar sin la aprobación explícita por escrito de la Junta Escolar del condado de Monroe. Cualquier cambio, modificación o enmienda a este acuerdo aprobado por la Junta Escolar del condado de Monroe debe ser por escrito.

FIRMAS: Si se entregó un dispositivo entregado por la escuela, su firma reconoce todos los derechos y las responsabilidades de tener el dispositivo y la devolución del mismo.

SISTEMA DE COMUNICACIONES EN RED (marque solo una [1]):

_____ Doy permiso para que mi hijo participe en el sistema de comunicaciones electrónicas del distrito (incluyendo el acceso a internet).

_____ No doy permiso para que mi hijo participe en el sistema de comunicaciones electrónicas del distrito (incluyendo el acceso a Internet).

CONSENTIMIENTO PARA LA PUBLICACIÓN DE VIDEOS Y FOTOGRAFÍAS (marque solo una [1]): Durante el año escolar, los estudiantes del Distrito Escolar del condado de Monroe suelen participar en actividades que implican tomar fotografías y desarrollar videos para proyectos multimedia, diseño web en internet, grabación de videos, fotos para el anuario y entrevistas.

_____ Doy mi consentimiento para que se fotografíe, grabe en video o entreviste a mi hijo para su posible uso en periódicos, televisión, transmisiones de radio, sitios web escolares y producciones de la Junta Escolar.

_____ No quiero que se identifique a mi hijo en fotografías, grabaciones de video ni entrevistas para su posible uso en periódicos, televisión, transmisiones de radio, sitios web escolares y producciones de la Junta Escolar.

Nombre del padre/ madre/ tutor (en letra de molde): _____ Fecha: _____

Firma del padre/ madre/ tutor: _____

Correo electrónico del padre/ madre/ tutor: _____

Teléfono del padre/ madre/ tutor: _____ Teléfono alternativo: _____

NOTA: Los dispositivos prestados son propiedad del Distrito Escolar del condado de Monroe y se espera que los devuelva cuando se les pida.

SOLO PARA USO INTERNO:

Nombre del estudiante: _____ N.º de escuela: _____

N.º de serie del dispositivo: _____ N.º de seguimiento del dispositivo: _____

Se entregó cargador: Sí NO Dispositivos auxiliares entregados: _____

