

Germantown Municipal Schools



Student Enrollment Form

FOR SCHOOL USE ONLY	Birth Certificate ___ Physical ___ Immunization Records ___ SS Card ___
Proofs of Residence:	Mortgage ___ Lease ___ Rental Agreement ___ Military Housing ___ Driver's License ___ Real Estate Tax Receipt ___ MLGW ___ Sales Contract ___
Shared Residency Approval (if applicable): Yes ___ No ___ Date of Enrollment ___/___/___	
Teacher or Homeroom _____ Bus# _____ Daycare _____ Car _____ Walker _____	

Last Name _____ **First Name** _____ **Middle Name** _____

SS# _____ **Grade** _____ **DOB** ___/___/___ **Male** ___ **Female** ___

Birth State _____ **Birth City** _____ **Birth Country** _____

Mother's Maiden Name _____

Hispanic or Latino Yes ___ No ___	Student Insurance Accept ___ Decline ___ (If insurance is accepted parent must complete the enrollment form and pay the premium)
<p>Ethnic Codes: Mark one or more races to indicate what you consider your child to be. (Even if "Hispanic or Latino" has been chosen for ethnicity, the child must be recorded as being one or more of the following races)</p>	<p>Resides With Codes</p>
<input type="checkbox"/> American Indian or Alaska Native	<input type="checkbox"/> Both (Mother & Father)
<input type="checkbox"/> Asian	<input type="checkbox"/> Mother
<input type="checkbox"/> Black or African American	<input type="checkbox"/> Father
<input type="checkbox"/> Pacific Islander or Native Hawaiian	<input type="checkbox"/> Other, explain:
<input type="checkbox"/> White (Not Hispanic)	

Home Address: Street # _____ **Street Name** _____

City/State/Zip _____ **Phone** _____

Parent #1 _____ **Relationship to Student** _____

Employed By _____ **Work#** _____ **Cell#** _____

Email _____

Parent #2 _____ **Relationship to Student** _____

Employed By _____ **Work#** _____ **Cell#** _____

Email _____

PLEASE COMPLETE REVERSE

Is English the primary language spoken in the home? Yes ___ No ___ If no, list the language _____

CUSTODY OR LEGAL ALERT? YES ___ NO ___ If yes, please provide a copy of documentation to school personnel.

DOES THIS STUDENT HAVE ANY MEDICAL CONDITIONS? Yes ___ No ___ Please list all medical conditions/concerns on the "Confidential Health Information Form"

EMERGENCY CONTACTS (Other individuals to contact if there is an emergency or the student is ill. Only parents/guardians and individuals listed below may check out the student listed on this form. Contacts must be 18 years of age and ID will be required when picking up the student)

Contact #1	Contact #2
Name:	Name:
Phone#	Phone#
Cell#	Cell#
Relationship to Student:	Relationship to Student:
Contact #3	Contact #4
Name:	Name:
Phone#	Phone#
Cell#	Cell#
Relationship to Student:	Relationship to Student:

Has the student ever attended another Tennessee Public School? Yes ___ No ___

Has the student ever attended another Shelby County School ? Yes ___ No ___

Last School Attended _____

City _____ **State** _____ **Date Withdrawn:** ___/___/___

Has the Student ever been enrolled in a Special Education/Resource/504/Gifted Program?

- Yes
- No

If yes, which program _____

Where? _____ When? _____

Is the student currently under suspension/expulsion at another school? Yes ___ or No ___

If yes, please list school and explain _____

Parent/Guardian Signature _____

Germantown Municipal Schools offers educational and employment opportunities without regard to race, color, creed, national origin, religion, sex, age, or disability and adheres to the provisions of the Family Education Rights and Privacy Act (FERPA).

Germantown Municipal Schools



Germantown Escuelas Municipales Formulario de Inscripción del Estudiante

PARA USO DE LA ESCUELA Certificado de Nacimiento ____ Física ____ de Vacunas ____ Tarjeta SS ____ Las pruebas de residencia: Hipoteca ____ Arrendamiento Contrato de Alquiler de Vivienda Militar ____ Licencia ____ Impuesto sobre Bienes Inmuebles de recibos de conducir ____ MLGW ____ Contrato de Venta ____ Aprobación de Residencia Compartida (si procede): Sí ____ No ____ Fecha de Inscripción ____ / ____ / ____ Profesor o Homeroom _____ Bus # _____ Guardería _____ coche _____ Walker _____

Apellido _____ **Nombre** _____ **Segundo Nombre** _____

SS # _____ **Grado** _____ **Fecha de nacimiento** ____ / ____ / ____

Masculino ____ **Femenino** ____

Estado de Nacimiento ____ **Ciudad de Nacimiento** _____ **Nacimiento País** _____

Apellido Materno _____

Hispano o Latino Sí ____ No ____ Seguro Escolar Aceptar ____ Decline ____ (Si el seguro es aceptado padres deben completar el formulario de inscripción y pagar la prima)	
Códigos étnicos: Marque una o más razas para indicar lo que usted considera que su hijo sea. (Aunque "hispano o latino" ha sido elegido para la etnia, el niño debe ser registrado como persona con una o más de las siguientes carreras)	Reside con códigos
<input type="checkbox"/> Indian EE.UU. o Alaska	<input type="checkbox"/> Ambos (madre y padre)
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Madre
<input type="checkbox"/> Negro o afroamericano	<input type="checkbox"/> Padre
<input type="checkbox"/> De las Islas del Pacífico	<input type="checkbox"/> Otro, explique:
<input type="checkbox"/> Blancos (no hispanos)	

Domicilio: Calle # _____ **Nombre de la calle** _____

Ciudad / Estado / Código postal _____ **Teléfono** _____

Padre # 1 _____ **Relación con el estudiante** _____

Empleado By _____ **Work#** _____ **Cell#** _____

Email _____

Padre # 2 _____ **Relación con el estudiante** _____

Empleado By _____ **Work#** _____ **Cell#** _____

Email _____

Es Inglés el idioma principal que se habla en la casa? Sí ____ No ____ Si no, cita la lengua _____

CUSTODIA O AVISO LEGAL? SI ____ NO ____ Si sí, por favor proporcione una copia de la documentación para el personal escolar.

Tiene el estudiante alguna condición médica? Sí ____ No ____ Sírvase enumerar todas las condiciones / preocupaciones médicas en el "Formulario de Información de Salud Confidencial"

Se requerirá CONTACTOS DE EMERGENCIA (Otros individuos en contacto con si hay una emergencia o si el estudiante está enfermo. Sólo los padres / tutores y personas que se mencionan a continuación pueden sacar al estudiante que aparece en este formulario. Los contactos deben tener 18 años de edad y el ID al momento de retirar el estudiante)

Contacto # 1	Contacto # 2
Nombre:	Nombre:
Teléfono #	Teléfono #
Celular #	Celular #
Relación con el estudiante:	Relación con el estudiante:
Contactar con el n^o 3	Contacto # 4
Nombre:	Nombre:
Teléfono #	Teléfono #
Celular #	Celular #
Relación con el estudiante:	Relación con el estudiante:

¿El estudiante ha asistido a otra escuela pública de Tennessee? Sí ____ No ____

¿El estudiante ha asistido a una escuela del condado de Shelby tro? Sí ____ No ____

ESCUELA ANTERIOR _____ **Ciudad** _____ **Estado** _____

Fecha de Retirada: ____ / ____ / ____

¿Ha sido el estudiante matriculado en un Programa Especial Education/Resource/504/Gifted?

- Sí
 No

En caso afirmativo, qué programa _____

¿Dónde? _____ ¿Cuándo? _____

¿Está el estudiante actualmente bajo suspensión / expulsión en otra escuela? Sí ____ No ____ o

En caso afirmativo, indique la escuela y explicar

/ **Firma del padre o tutor** _____

Germantown Escuelas Municipales ofrece oportunidades educativas y de empleo sin distinción de raza, color, credo, origen nacional, religión, sexo, edad o discapacidad y se adhiere a las disposiciones de los Derechos de la Familia de Educación y la Ley de Privacidad (FERPA).



Proof of Residence Form

Student's Name _____ School _____ Grade _____

Providing false information to register students will result in the student being withdrawn to the correct school for which he/she is zoned to attend. Parents/guardians who live with another person must provide additional information for Shared Residency Verification. Please contact the Office of Student Services at (901)-752-7900.

Parent/Guardian

Home Phone Number

Address

Daytime Phone Number

City

Zip

I have provided the following items as proof of my residence bearing the address of my current residence. Please check (2) of the following items listed below.

___ Driver's License or other State/Government Issued ID ___ Lease/Rental Agreement

___ Mortgage statement or deed ___ Real Estate tax receipt

___ Public Assistance/Government benefits documents ___ Municipal Water bill

___ Most Recent MLGW bill (cut off notice will not be accepted)

Parent/Guardian provided Official "Lives With" approval from Student Services, if applicable.

Parents, who move from the address provided during registration, must submit an **Eligible Circumstance** request for transfer via the online application. The application can be found at www.gmsdk12.org and the application will have to be approved through Pupil Services before the student can be registered.

I do solemnly declare that the information I have given is true and correct to the best of my knowledge and belief. I understand that I may be charged for the cost of my child's education if I do not live in Shelby County, Tn. **TCA 49-6-3003**

Signed _____

Date ___/___/___

School Use Only

Approved by: _____ **Date of Approval** ___/___/_____

Germantown Municipal Schools offers educational and employment opportunities without regard to race, color, creed, national origin, religion, sex, age, or disability and adheres to the provisions of the Family Education Rights and Privacy Act (FERPA).

Germantown Municipal Schools Primary Home Language Survey

***The parent or legal guardian must complete this form during registration for ALL NEW students. Please record answers in English.**

Student _____ Gender _____

School _____ Grade _____

Phone _____

The native/home language of each student must be recorded in his/her permanent record. Please answer the following questions about your child's language background.

1. What is the first language this child learned to speak? _____
2. What language does this child speak most often outside of school? _____
3. What language do people usually speak in the child's home? _____

*Answering **YES** to any of the questions above **DOES NOT** qualify a student as an English language learner. It does require, however, that the student participate in an approved language proficiency assessment to determine language proficiency and possible ESL classification based on these assessment results. If any question is answered with yes, a copy of this form should be forwarded to local school ESL teacher for language assessment testing.*

Collected for funding purposes only

Was this student born in the United States? Yes ___ or No ___ if no, complete the following:

- A. Country of birth _____
- B. Date entered the United States ___/___/___
- C. Date entered United States schools ___/___/___
- D. Has this student ever been enrolled in an ESL program? Yes ___ or No ___
- E. In what language do you want correspondence sent from the school? _____

Parent/Guardian Signature _____

Date ___/___/___

Germantown Municipal Schools offers educational and employment opportunities without regard to race, color, creed, national origin, religion, sex, age, or disability and adheres to the provisions of the Family Education Rights and Privacy Act (FERPA).

Germantown Escuelas Municipales

Encuesta Home Idioma principal

*** El padre o tutor legal debe completar este formulario durante el registro para todos los nuevos estudiantes. Favor de anotar las respuestas en Inglés.**

Estudiante _____ Sexo _____

Escuela _____ Grado _____

Teléfono _____

El idioma nativo / hogar de cada estudiante debe ser registrado en su / su registro permanente. Por favor, conteste las siguientes preguntas sobre el fondo del lenguaje de su hijo.

1. ¿Cuál es el primer idioma que el niño aprendió a hablar? _____
2. ¿Qué idioma habla el niño habla más a menudo fuera de la escuela? _____
3. ¿Qué idioma habla cotidianamente el pueblo en la casa del niño? _____

*Si cualquier idioma que no sea **inglés** los mencionados anteriormente, que **LO QUE NO** calificar a un estudiante como un estudiante de idiomas Inglés.. Se requiere, sin embargo, que el estudiante participe en una evaluación de competencia lingüística aprobado para determinar el dominio del idioma y la posible clasificación de ESL en base a estos resultados de la evaluación. Si algún idioma que no sea Inglés está en la lista, una copia de este formulario debe ser enviado a la escuela local, maestro de ESL para las pruebas de evaluación del idioma.*

Recogidos a efectos de financiación sólo

¿Fue este estudiante nació en los Estados Unidos? Sí ___ No ___ o si no, complete lo siguiente:

A. País de nacimiento _____

B. Fecha entró a Estados Unidos ____ / ____ / ____

C. Escuelas Fecha entrada Estados Unidos ____ / ____ / ____

D. ¿Alguna vez ha sido este estudiante matriculado en un programa de ESL? Sí ___ No ___ o

E. ¿En qué idioma desea que la correspondencia enviada desde la escuela? _____

Firma del padre o tutor _____

Fecha ____ / ____ / ____



GMSD Authorization to Release Records

Student Name _____

Current School _____

Address _____

Zip Code _____

Current Grade Level _____

Expected 2014-2015 Grade Level _____

Please Check The Appropriate Response

- Return to my current school as a Germantown Resident. **My signature below gives Shelby County Schools permission to release all student records (including Special Education, if applicable) to Germantown Municipal School District.**

- Wish to return to my current school, but reside outside Germantown City Limits. **My signature below gives Shelby County Schools permission to release all student records (including Special Education, if applicable) to Germantown Municipal School District.**

- Plan to attend school somewhere other than my current school.

Parent Signature: _____ Parent Name: _____

Media Release Form

School _____

Date ____/____/____

Dear Parent/Guardian:

Throughout the school year, the media may visit your child's school to cover special events. Germantown Municipal Schools may also wish to use your child's photograph, likeness, voice, or student work for promotional and educational reasons, such as publications, posters, brochures, and newsletters.

Before your child's photograph, likeness, voice, or student work can be used by the media or by the school district; you must give your permission.

Please sign and return this form to your child's school indicating your preference.

I give my permission for my child to be filmed, photographed, and/or interviewed by the media during school events and for the district to use my child's photograph/work/voice for promotional and educational purposes.

I do not give my permission for my child to be filmed, photographed, and/or interviewed by the media during school events and for the district to use my child's photograph/work/voice for promotional and educational purposes.

Parent/Guardian Signature _____

Date ____/____/____

Student's Name (Please Print) _____

If you have any questions about this form, please call your school or the Germantown Municipal Schools District Office at 901-752-7900.

Germantown Municipal Schools offers educational and employment opportunities without regard to race, color, creed, national origin, religion, sex, age, or disability and adheres to the provisions of the Family Education Rights and Privacy Act (FERPA).



2014-2015

Confidential School Health Information

PLEASE PRINT

Student Name: _____

Gender: M or F Date of Birth: ___ / ___ / ___

School: _____

Teacher: _____ Grade: ____

General Information:

- ❖ The request for identifiable health information will enable us to provide safe and appropriate health care if your child becomes ill or injured at school or on the bus. The information that you provide will be maintained confidentially and is limited to individuals that work with your child within the school setting with a legitimate need to know. If you have any questions or would like to discuss specific health issues with Health Services staff, please call your school directly during school hours or call the Department of Coordinated School Health at (901) 752-7900.

Release of Health Information: (Please Initial by one)

	Parent gives permission to release health information to appropriate school system staff for medical alert notification and health care management
	Parent prohibits disclosure of sensitive health information to school staff unless medically necessary without specific request and school nurse involvement

Parent/Guardian Information (Please Print)

Last Name	First Name	Relationship	Phone

Emergency Contacts (Please Print)

Last Name	First Name	Relationship	Phone

Physician Contacts (Please Print)

Physician Name or Office	Clinic/Practice Name & Address	Phone

Please Review The Following List And Check Any And All That Apply:

ADHD	Cystic Fibrosis	Kidney Problems	Sickle Cell Anemia
Anemia	Diabetes	Leukemia	Sinus Problems
Anxiety Attack	Depression	Low Blood Pressure	Stroke
Arthritis	Dialysis	Meningitis	Vision Problems
Artificial Joints	Fractures (Skull)	Menstrual Cramps	Vomiting
Artificial Valve (Heart)	Glasses	Migraine Headaches	Procedure:
Asthma	Headaches	Nosebleeds	Catheterization**
Back Problems	Heart Problems	Panic Attack	Tube Feeding**
Broken Bones	Hearing Problems	Reflux	Equipment:
Cancer	Hemophilia	Rheumatic Fever	Crutches
Contact Lenses	High Blood Pressure	Scoliosis	Walker
Concussion	Hypoglycemia	Seizures	Wheelchair
Other, including health procedures:			
**If any are checked, please provide specific information:			

PLEASE COMPLETE REVERSE

Allergy Information: Is Your Child Allergic to Any of The Following?

Medication (Name)	Environmental- (Trees-Grass)	Does your child require an epinephrine for an allergic reaction? Yes or No If Yes, what type and what dose level?
Food (Tree nuts- Peanuts-Fish-Milk)	Dyes (Red-Yellow)	Name medications your child takes in addition to the Epinephrine to treat an allergic reaction:
Latex	Insects	Other:

Medication Information: Does Your Child Routinely Take Medicine At Home or School? Yes or No

If Yes, Please Provide Information Below:

Diagnosis For Which Medicine is Given	Name of Medication	Form (Pill, Liquid, Inhaler)	Dosage	Specific Time(s) To Be Given	Given At Home	Given At School

Parent/Guardian Acknowledgement: I understand that my child may be allowed to take his/her medication according to GMSD Board of Education. I also understand that I must personally bring all medications that are deemed medically necessary for administration during the school day to the school and complete a Parent Authorization Form for Administration of Medication. This document will be placed on file in the school office.

I understand that although a reasonable attempt will be made to remind the student about medications, it is expected that the student will be responsible for obtaining his/her medication if required for self-administration during the school day.

I agree to indemnify and hold harmless GMSD and its employees from claims relating to the possession or self-administration of asthma inhalers, and understand that GMSD, its' employees and agents shall incur no liability as a result of injury to a student or any other person as a result of possession or self-administration of asthma inhalers.

I also authorize the school nurse and district health services staff to consult with the prescribing physician to clarify medication orders, or, in the interest of the student's health, to discuss his/her response to the prescribed medication. All health information will be kept confidential.

Parent Signature

____/____/_____
Date

Telephone

FOR SCHOOL STAFF ONLY

The School Nurse will review this form to determine the level of disclosure and appropriate action:

Medical Alert ____ IHP to be developed ____ Other _____

School Nurse: ____/____/_____
Date

Signature: _____



2014-2015

Información Confidencial de Salud Escolar

Información General:

- ❖ La solicitud para identificable salud información permitirá nosotros a proporcionar seguro y apropiado cuidado de la salud si su niño se convierte en ill o herido en la escuela o en la autobús. La información que usted proporcionar voluntad ser mantenido confidencialmente y es limited a persons trabajo en su niño con en la escuela ajuste con un legítimo necesitar a saber. Si yo u tener cualquier preguntas o haría como a discutir específico salud cuestiones, por favor llamada su escuela directamente durante las horas de clase o llamada el Departamento de Coordinado Escuela Salud en (901) 752-7900.

LETRA DE IMPRENTA

Nombre del estudiante: _____

Género: M or F Fecha de nacimiento: ___ / ___ / ___

Escuela: _____

Profesor: _____ grado: ____

Divulgación de Información de Salud: (Ponga sus iniciales en uno)

<input type="checkbox"/>	Padre da permiso para divulgar información de salud para el personal del sistema escolar apropiado para la notificación de alerta médica y gestión sanitaria
<input type="checkbox"/>	Padres prohíbe la divulgación de información de salud sensibles a personal de la escuela a menos que sea médicamente necesario y sin solicitud específica y la participación de la enfermera de la escuela

Información del Padre / Tutor (letra de imprenta)

Apellido	Nombre de pila	Relación	Teléfono

Contactos de emergencia (letra de imprenta)

Apellido	Nombre de pila	Relación	Teléfono

Médicos Contactos (letra de imprenta)

Nombre del médico o de la Oficina	Clínica / Práctica Nombre y Dirección	Teléfono

Por favor revise la siguiente lista y Marque todos los que apliquen:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ADHD	Fibrosis Quística	Problemas de los riñones	La anemia de células falciformes	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anemia	Diabetes	Leucemia	Sinusitis	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ataque de ansiedad	Depresión	Presión arterial baja	Carrera	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artritis	Díalisis	Meningitis	Problemas de la Visión	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Las articulaciones artificiales	Las fracturas (cráneo)	Dolores Menstruales	Vómitos	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Válvula artificial (del corazón)	Gafas	Migrañas	Procedimiento:	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma	Dolores de cabeza	Las hemorragias nasales	Cateterismo **	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas de espalda	Problemas del corazón	Ataque de pánico	Alimentación por Sonda **	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Broken Bones	Los problemas de audición	Reflujo	Equipos:	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer	Hemofilia	Fiebre reumática	Muletas	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lentes de Contacto	Presión arterial alta	Escoliosis	Andador	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comoción Cerebral	Hipoglucemia	Convulsiones	Silla de ruedas	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Los demás, incluidos los procedimientos de salud:

** Si alguno se comprueban, proporcione información específica:

POR FAVOR COMPLETE INVERSA

Información sobre Alergias: ¿Es su hijo alérgico a cualquiera de los siguientes?

Medicamento (Nombre)	Ambiental-(árboles-Hierba)	¿Tiene su hijo requiere una inyección de epinefrina para una reacción alérgica? Sí o No En caso afirmativo, de qué tipo y qué nivel de dosis?
Alimentos (Frutos Secos-Peanuts-Fish-Milk)	Colorantes (rojo-amarillo)	Nombre medicamentos que su hijo toma, además de la epinefrina para tratar una reacción alérgica:
Látex	Insectos	Otros:

Información de Medicamentos: ¿Su hijo Rutinariamente Tome medicamento en su casa o escuela? Sí o no

En caso afirmativo, por favor proporcione la siguiente información:

Diagnóstico Para Qué medicamento se administra	Nombre del Medicamento	Form (píldora, líquido, inhalador)	Dosis	Tiempo (s) específico que debe darse	Dada en el hogar	Dada en la escuela

Reconocimiento de Padres: Entiendo que mi hijo puede ser permitido tomar su / su medicación, según la Junta GMSD de Educación. También entiendo que debo traer personalmente todos los medicamentos que se consideran médicamente necesarios para su administración durante el día escolar a la escuela y completar un Formulario de Autorización de Padres para, la Administración de Medicamentos. Este documento se colocará en el archivo de la oficina de la escuela.

Yo entiendo, que un intento razonable se hará para recordar al estudiante acerca de los medicamentos, se espera que el estudiante será responsable de obtener su / su medicación si es necesario para la auto-administración durante el día escolar.

Estoy de acuerdo en indemnizar y mantener indemne GMSD ya sus empleados de reclamos relacionados con la posesión o auto-administración de inhaladores para el asma, y entender que GMSD, sus 'empleados y agentes no serán responsables, como resultado de lesiones a un estudiante o cualquier otra persona como resultado de la posesión o auto-administración de inhaladores para el asma.

También autorizo a la enfermera de la escuela y el personal de los servicios de salud del distrito de consultar con el médico prescriptor para aclarar las órdenes de medicamentos, o bien, en interés de la salud del estudiante, para hablar de su / su respuesta a la medicación prescrita. Toda la información médica es confidencial.

Firma del Padre

_____/_____/_____
Fecha

Teléfono

PARA EL PERSONAL DE LA ESCUELA

La enfermera de la escuela revisará este formulario para determinar el nivel de información y la acción apropiada:

Medical Alert ____ IHP to be developed ____ Other _____

School Nurse: ____/____/_____
Date

Signature: _____

Germantown Escuelas Municipales ofrece oportunidades educativas y de empleo sin distinción de raza, color, credo, origen nacional, religión, sexo, edad o discapacidad y se adhiere a las disposiciones de los Derechos de la Familia de Educación y la Ley de Privacidad (FERPA).



Internet Access Survey

Tennessee House Bill 2376 and T.C.A. §49-1-2, now requires each LEA to survey their students regarding Internet access in their homes.

Student Last Name

Student First Name

Grade

School

Please check the box below that applies to your child.

Yes, my child has Internet access at home.

No, my child does not have Internet access at home.



GERMANTOWN
MUNICIPAL SCHOOL DISTRICT
Excellence. Always.

New Kindergarten Students

Student Name _____ School _____

Student Birthdate _____ Today's Date _____

Student Social Security Number # _____ - _____ - _____

Directions:

Circle the code listed below to describe the type of experience your child participated in as a FOUR YEAR OLD. When requested, record the NAME of the CENTER or PROGRAM.

RECORD ONLY ONE CHOICE PER STUDENT. If your child experienced more than one type of care per year, record the one where he/she spent a majority of the year.

Code	Type of Experience	
A	Shelby County Schools' Pre-K or Preschool Class	_____ (Name of center/program)
B	Head Start	_____ (Name of center/program)
C	Child Care Center	_____ (Name of center/program)
D	Family or Group Day Home	_____ (Name of center/program)
E	Parent/Relative Care (full time)	
F	Parent's Day Out/Occasional Care(part-time)	
G	Other	_____ Specify