



School District of Osceola County, Florida

Información sobre Matrícula Escolar 2021-2022

Se requiere la siguiente documentación para matricular a su estudiante en una escuela del Condado de Osceola .

Verificación del Nombre Legal y Tutela de un Estudiante Un padre debe tener 50% o más de custodia para poder matricular a un estudiante en el Condado de Osceola.

- Certificado de Nacimiento

Verificación de Edad

- Certificado de Nacimiento – Se requiere un Certificado de Nacimiento certificado para Kindergarten y Primer Grado
Para entrar **Kindergarten**, un niño debe tener 5 años de edad en o antes del 1 de septiembre.
Para entrar **Primer Grado**, un niño debe tener 6 años de edad en o antes del 1 de septiembre.

Verificación de Inmunización y Examen Físico

- Certificado de Inmunización de la Florida, Folmulario 680 de la Florida, que se puede obtener en el Departamento de Salud del Condado de Osceola localizado en Kissimmee o Poinciana o en una oficina de un médico.
- Prueba de examen físico por un doctor en los Estados Unidos dentro de los 12 meses previos al día anticipado de matrícula (el primer día que el estudiante asiste a la escuela)
 - Se otorgará una exención de 30 días a estudiantes previamente matriculados en una escuela en la Florida

Verificación de Historial Académico

- Última Tarjeta de Calificaciones o
- Transcripción de créditos más reciente
- Verificación de Información sobre Educación Especial (si aplica)
 - PEI Corriente
- Plan 504 Corriente (si aplica)

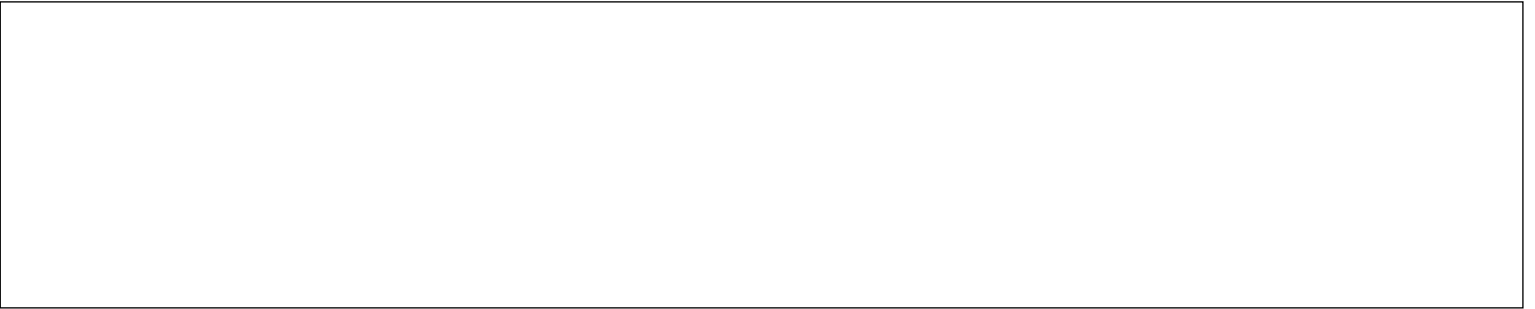
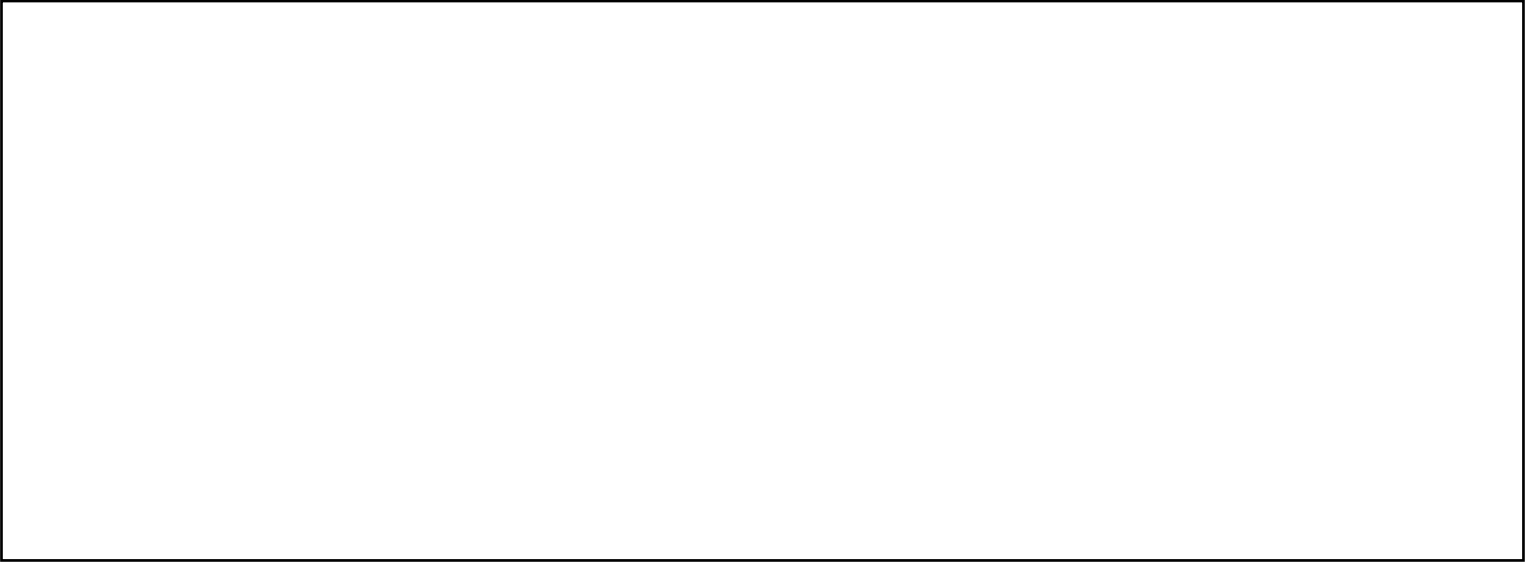
Prueba de Dirección en el Condado de Osceola (un documento de cada categoría)

- Categoría 1: Documento de la hipoteca, contrato corriente de alquiler o arrendamiento, registro de impuestos de la propiedad
- Categoría 2: Factura corriente o recibo de servicios públicos activados o impuestos sobre los ingresos o prueba de que recibe beneficios del gobierno
 - Si no tiene un contrato o escritura a su nombre debe obtener una Verificación of Dirección (Información disponible en la página cibernética del Distrito Escolar o en el formulario de Información sobre Prueba de Dirección.)

Si la persona haciendo la matrícula no está en el certificado de nacimiento, debe proveer uno de los siguientes:

- Documentación de Custodia por Corte (esto incluye decreto de divorcio)
- Carta de Colocamiento del Departamento de Niños y Familia
- Tutela Educativa (dado solo cuando los padres o padre de custodia viven fuera del Condado de Osceola o condados adyacentes de Polk, Orange, Lake or Brevard). Este documento está disponible en Servicios Estudiantiles. Se requiere documentación de apoyo.

Un Contrato de Alquiler o Arrendamiento Correctamente Ejecutado debe incluir el nombre, la firma e información de contacto para ambos el arrendador y el arrendatario, contener todas las páginas y estar corriente al momento de la matrícula.



THE SCHOOL DISTRICT OF OSCEOLA COUNTY, FLORIDA
STUDENT HEALTH INFORMATION / INFORMACIÓN DE SALUD DEL ESTUDIANTE

SECTION 2 - Health Condition(s) / Sección 2 – Condición(es) de Salud

Student Name _____
 Nombre del estudiante Last/Apellido First/Primer nombre M./Inicial ID#/ No. de ID

List any of your child's health problems or conditions: / Enumere cualquiera de los problemas o condiciones de salud de su hijo:

	Date of last episode <i>Fecha del último episodio</i>	Observed symptoms <i>Síntomas que se observaron</i>
<input type="checkbox"/> Seizures /Convulsiones _____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Diabetes /Diabetes _____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Asthma /Asma _____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Other health/Otra condición _____	_____	_____

Does the student take medications for health condition(s) listed? Yes/Sí No

¿Toma el estudiante medicamentos para la(s) condición(es) de salud enumerada(s)?

List all medications including emergency medicines below. / Enumere abajo todos los medicamentos incluyendo medicamentos de emergencia.

Name of Medication <i>Nombre del medicamento</i>	Dosage <i>Dosis</i>	Time Taken <i>Hora a que se toma</i>	Taken at school?*	Reason for Medication <i>Razón por la cual toma el medicamento</i>
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No	_____
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No	_____
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No	_____

<input type="checkbox"/> Allergy /Alergia	Type of <i>Tipo de</i>	Date of last episode <i>Fecha del último episodio</i>	Observed symptoms <i>Síntomas que se observaron</i>
Food /Comida	_____	_____	_____
Insect /Insecto	_____	_____	_____
Medication /Medicamento	_____	_____	_____
Other /Otro	_____	_____	_____

* A Medication Authorization Form must be obtained from the school health room and completed before medications can be dispensed at school. / Se debe obtener un **Formulario de Autorización de Medicamento** de la clínica de la escuela y completarlo antes de que se puedan dispensar las medicinas en la escuela.

If emergency treatment is required, emergency care will be coordinated through the local emergency system (911).
 Si se requiere un tratamiento de emergencia, el tratamiento será coordinado por medio del sistema de emergencia local (911).

SECTION 3 - Authorization: I authorize designated Osceola County School District Personnel and Osceola County Health Department School Health Personnel to provide emergency care for my child and to exchange medical information as necessary to support the continuity of care of my child. If my child is covered under Medicaid insurance I consent for the Osceola County School District to bill Medicaid for applicable services. I authorize the School District of Osceola County to release and exchange my child's confidential student information to Florida State agencies, which would allow Osceola County Public Schools to receive Medicaid funding for services it provides my child while at school. I understand that my child will continue to receive applicable services whether or not I give consent. By my signature below, I acknowledge the above and the Physician(s) named above is authorized to provide the information requested to the appropriate representative by: (1) hand delivery to the representative, (2) regular delivery via US Postal Service, (3) faxing the information directly to the representative. I understand that these records will not be released to any other agency without prior approval of the Parent/Guardian.

Sección 3 – Autorización: Autorizo al Personal designado del Distrito Escolar del Condado Osceola y al Personal de Salud Escolar del Departamento de Salud del Condado Osceola a proporcionar cuidados médicos de emergencia a mi hijo y a intercambiar información médica a medida que sea necesario para apoyar la continuidad del cuidado de mi hijo. Si mi hijo tiene cobertura bajo el seguro de Medicaid, doy mi consentimiento para que el Distrito Escolar del Condado Osceola le facture a Medicaid por servicios aplicables. Autorizo al Distrito Escolar del Condado Osceola a divulgar e intercambiar la información estudiantil confidencial de mi hijo con las agencias del Estado de Florida, lo cual permitiría que las Escuelas Públicas del Condado Osceola puedan recibir fondos de Medicaid por los servicios que le proporcione a mi hijo cuando esté en la escuela. Entiendo que mi hijo continuará recibiendo los servicios aplicables, con o sin mi consentimiento. Con mi firma abajo, reconozco lo anterior, y el(los) Médico(s) arriba mencionado(s) está(n) autorizado(s) para proporcionar la información que requiera el representante apropiado al: (1) entregar personalmente al representante, (2) enviar de forma regular por el Servicio Postal de E.E.U.U., (3) enviar por fax la información directamente al representante. Entiendo que estos archivos o información no serán divulgados a ninguna otra agencia sin la aprobación previa del Padre/Tutor.

Parent/Guardian Signature: _____ Date _____
 Firma del Padre/Tutor Fecha

FOR RN USE ONLY / Sólo para uso del enfermero:

Care Plan: Yes No Update Nurse Signature _____ Date _____

CELEBRATION HIGH SCHOOL
1809 CELEBRATION BLVD.
CELEBRATION, FL 34747

REGISTRATION AGREEMENT

I, _____, parent/guardian of _____,
agree with the temporary grade classification of my son/daughter on the ____ grade until official transcripts and school records are received in our guidance office and justify some permanent change in grade placement.

NOTE: If a student registers in our school after the first nine weeks has past (1st semester) or after the third nine weeks has passed (2nd semester) and has not previously attended school for that semester or cannot document such attendance, he/she will not receive credit for that semester.

(P.P.P Section III G)

Parent Signature

Date