

FORMA DE REGISTRACIÓN PARA LAS ESCUELAS DE LA COMUNIDAD DE FRANKFORT

DATOS DEL ESTUDIANTE:

Nombre del Estudiante _____ Número de Seguro Social _____
Fecha de Nacimiento _____

Registrándose para el Grado _____ Escuela _____ Sexo _____
Teléfono del Hogar _____

Dirección del Hogar _____ Ciudad//Codigo Postal _____ Condado _____

Dirección Postal _____ Ciudad//Codigo Postal _____

Origen Étnico –DEBE ELEGIR UNO: Indígena Americano Asiático Negro Hispano Multiracial
 Nativo de Hawai o de otra isla del Pacífico Blanco, no de origen Hispano

Es el estudiante Hispano o Latino? **DEBE ELEGIR UNO:** Sí No

***Raza – DEBE ELEGIR UNA:** Indígena Americano o Nativo de Alaska Negro o Afroamericano
 Asiático Blanco Nativo de Hawai o de otra isla del Pacífico

*Si NO se identifica completamente con una de las opciones arriba, por favor elija el que más se le identifica.

NOTE: Si no desea proporcionarnos esta información, estamos requeridos por parte del gobierno federal dar una respuesta en su lugar.

Definiciones:

Etnicidad - Socialmente distinguible de otros grupos y ha desarrollado su propia subcultura—la cual puede incluir nacionalidad, religión, e idioma – y tiene un sentimiento compartido de pertenencia a un pueblo.

Raza – Un tipo humano diferenciado basado en características físicas heredadas.

Explicación de los cambios en la recopilación de información de raza/origen étnico de los estudiantes:

La demografía de nuestra sociedad ha cambiado en forma significativa durante las últimas décadas. Estos cambios permiten que nuestros estudiantes y personal puedan describirse con más exactitud quienes son. Nosotros, las Escuelas de la Comunidad de Frankfort, estamos obligados por el gobierno federal a utilizar las nuevas categorías. Todos los estados y distritos escolares están obligados a hacer lo mismo. Hay buenas razones además de cumplir con los requisitos federales. Nosotros en forma rutinaria reportamos información al gobierno federal para los propósitos de financiación y evaluación y también el cumplimiento de derechos civiles. También utilizamos los datos de raza y etnicidad para evaluar las necesidades de nuestros programas, así proporcionando los mejores servicios para todos los estudiantes.

INFORMACIÓN PARA CONTACTO

Correo Electrónico Preferido: _____

Madre/Tutor _____ Lugar de Trabajo _____ Teléfono en el Día _____

Correo Electrónico de la Mamá _____ Teléfono del Hogar _____ Teléfono Celular _____

Padre/Tutor _____ Lugar de Trabajo _____ Teléfono en el Día _____

Correo Electrónico del Padre _____ Teléfono del Hogar _____ Teléfono Celular _____

Madrastra _____ Lugar de Trabajo _____ Teléfono en el día _____

Correo Electrónico de la madrastra _____ Teléfono del Hogar _____ Teléfono Celular _____

Padrastra _____ Lugar de Trabajo _____ Teléfono en el Día _____

Correo Electrónico del Padrastra _____ Teléfono del Hogar _____ Teléfono Celular _____

Marque el casillo si requiere un envío secundario para otra dirección . Por favor escriba el nombre del segundo padre, madre o guardián legal que necesita recibir una copia de lo que la escuela envía a las casas de los alumnos :

Es posible que se necesita proporcionar anualmente un documento legal que afirma a la persona como padre/madre o guardián.

Nombre/Relación con el Estudiante _____

Dirección de Correo _____

INFORMACIÓN EN CASO DE EMERGENCIA: (aparte de los Padres)

En una situación de **EMERGENCIA** cuando **no podemos alcanzar los padres/Guardián en casa o en el trabajo**, provea por favor, como mínimo tres personas quienes han acordado previamente hacerse responsables de su hijo/a y han consentido revelar sus direcciones y teléfonos, de manera que, podamos contactarlos como una alternativa. Si se considera necesario, el estudiante puede ser enviado al doctor de la familia de él/ella o a la sala de emergencia bajo la responsabilidad de los gastos al Padre/Guardián.

Contacto de Emergencia #1 _____ Teléfono _____ Relación con el Estudiante _____

Contacto de Emergencia #2 _____ Teléfono _____ Relación con el Estudiante _____

Contacto de Emergencia #3 _____ Teléfono _____ Relación con el Estudiante _____

AUTORIZACIÓN MEDICA:

Como padre/guardián de _____ Yo autorizo al personal médico para dar tratamiento médico necesario a mi hijo/a. Doy mi consentimiento para divulgar esta información a las Escuelas de La Comunidad de Frankfort, con el fin de promover la salud y la seguridad de mi hijo/a, mejorando así su habilidad para aprender.

Haga una lista de condiciones médicas que requieren atención en la escuela por parte de la enfermera de la escuela

POR FAVOR ESCRIBA EN LETRA IMPRENTA

Nombre del Padre, Madre/Guardián _____

Firma del Padre, Madre/Guardián _____ Fecha _____

PREVIA HISTORIA DE EDUCACIÓN:

Previa dirección/ciudad/estado/código postal _____

Previo nombre de la escuela/Distrito/Corporación _____

Previa dirección de la escuela/ciudad/estado/código postal _____

Previo teléfono de la escuela _____ fax de la escuela _____ Grado previo del Estudiante _____

Persona a contactar (Profesor, Consejero, Director) _____

¿Ha asistido este estudiante a alguna de las escuelas de la Comunidad de Frankfort? _____

(Si sí-¿dónde/cuando?) _____

¿Ha asistido este estudiante a otra escuela(s), en el estado de Indiana? (Si sí-¿dónde/cuando?) _____

SERVICIOS DEL ESTUDIANTE:

Por favor indique los servicios que el estudiante ha recibido previamente:

- _____ Remediación Académica _____ Programa acelerado (servicios de alta capacidad)
- _____ el Plan 504 _____ Servicios ELL (Inglés como un nuevo idioma)
- _____ Consejería Escolar _____ Otros (haga una lista y explique) _____

_____ Este estudiante tiene un IEP (Programa de Educación Individual) y recibe servicios de educación especial como se identifica abajo (Marque todas las que apliquen):

Área(s) of Discapacidades:

- _____ Trastornos de Espectro Autista
- _____ Trastornos de la Comunicación(terapia del lenguaje)
- _____ Sordo/Ciego
- _____ Retraso del Desarrollo (edades 3-5 solamente)
- _____ Discapacidad Emocional
- _____ Discapacidad Auditiva
- _____ Discapacidad de Aprender
- _____ Discapacidad Cognitiva Leve
- _____ Discapacidad Cognitiva Moderada
- _____ Severa Discapacidad Cognitiva
- _____ Discapacidades Múltiples
- _____ Problemas Ortopédicos
- _____ Otros Deterioros de la salud
- _____ Lesión Traumática del Cerebro
- _____ Deficiencia Visual

Nivel de Servicio:

- _____ Apoyo de la inclusion en la educación general
- _____ Clases co-enseñadas por profesores de educación general y especial
- _____ Sala de recursos medio-tiempo
- _____ Sala de recursos tiempo completo
- _____ Otros (por favor explique) _____

Servicios Relacionados:

- _____ Terapia Ocupacional
- _____ Terapia Física
- _____ Transporte Especial
- _____ Otros (haga una lista) _____

Por favor escriba en letras de imprenta el nombre de uno de los Padres o el Guardián

Firma de uno de los Padres/Guardián

Fecha

Frankfort High School Forma de Registro para el Bus

Información del Estudiante

Teléfono del Hogar: _____

Nombre Propio (Legal) del Estudiante: _____ Grado: _____

Dirección Donde Vive Actualmente: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código del Correo: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: _____ Edad Actual: _____

Idioma Principal Que Se Habla en el Hogar: _____

Información de los Padres

Padre: _____ Lugar del Empleo: _____

Dirección del Correo (si es diferente de la dirección del estudiante): _____

Teléfono del Hogar: _____ Teléfono en el Día: _____ Tiene la Custodia? S / N

Madre: _____ Lugar del Empleo: _____

Dirección del Correo (si es diferente de la dirección del estudiante): _____

Teléfono del Hogar: _____ Teléfono en el Día: _____ Tiene la Custodia? S / N

Información del Bus (solamente para uso de la oficina)

Número del Bus Hasta la Escuela: _____ Número del Bus Desde la Escuela: _____

Hora Que Pasará el Bus para Recoger: _____ Parada del Bus: _____

Problemas Especiales Médicos: _____

Cuaquier otra información ud. cree que el conductor del bus debe saber : _____

Persona para Llamar en el Caso de una Emergencia

Por favor escriba (3) personas, en el orden que ud. quiere, que podemos llamar en el caso de no poder comunicarnos con el padre/guardian:

1. Nombre: _____ Relación al Estudiante: _____ Teléfono en el día: _____

2. Nombre: _____ Relación al Estudiante: _____ Teléfono en el día: _____

3. Nombre: _____ Relación al Estudiante: _____ Teléfono en el día: _____

Por favor firmar abajo.

Firma _____

FRANKFORT HIGH SCHOOL PERMISO PARA PRUEBA DE DROGAS

Yo deseo que _____ sea permitido participar en actividades extra-curriculares, co-curriculares y/o actividades atléticas, manejando hasta y desde la escuela y durante las horas escolares. Voluntariamente acuerdo estar sujeto a los términos o condiciones durante todo el periodo de la escuela de secundaria (grados 9-12). Yo acepto el método de obtener pruebas de muestras de orina, pruebas y análisis de las muestras y todos los otros aspectos del programa. Yo acuerdo con cooperar con otras muestras de orina que puedan ser requeridas de vez en cuando.

Yo acuerdo por anticipado y doy permiso para la divulgación de toma de muestras, pruebas, y resultados provistos por este programa. Este permiso es dado conforme a todos los estatutos Federales y Estatales, y es una renuncia de los derechos de no divulgación de tales archivos de pruebas y resultados solo en la medida de la revelación (o divulgación) en este programa.

Fecha: _____, _____

 Estudiante Padre (Madre)/Guardian

Yo, _____ he decidido NO participar en actividades extra-curriculares, co-curriculares, y/o actividades atléticas, y/o no manejaré hasta ni desde la escuela o durante el horario de la escuela para el resto del año escolar. Para mi participar en cualquiera de las actividades antes mencionadas en una fecha posterior, entiendo que debo someterme a una análisis de orina.

 Estudiante Fecha

 Padre (Madre)/Guardian Fecha

FRANKFORT HIGH SCHOOL DRUG TESTING CONSENT FORM.

| Actividades Extra-Curriculares | Actividades Co-Curriculares | Deportes/Bailes |
|--|-----------------------------|--|
| Academic Teams | Pep Band | Players |
| Best Buddies | Puppettes | Cheerleaders |
| Book Club | High Life | Trainers |
| Crafty Dogs | Cauldron | Athletic Assistants |
| Fellowship of Christian Athletes | Music Groups | Y cualquier baile relacionado con la escuela |
| FKOM | DECA | Managers |
| Forensic Teams | Band | |
| Frankfort Fire Dance Team | Choir | |
| Key Club | Orchestra | |
| National Honor Society | | |
| Plays/Musical/Big Broadcast | | |
| Student Council/Class Officers | | |
| Tri-M | | |
| Z-Club | | |
| Any new club, sport, or activity approved during the school year. | | |



Community Schools of Frankfort HOME LANGUAGE SURVEY

Student's Name _____ Date _____

Date of Birth _____ Age _____ Grade _____ School Year _____

TO BE COMPLETED BY THE PARENT OR GUARDIAN: The Civil Rights Act of 1964, Title VI, Language Minority Compliance Procedures, requires school districts and charter schools to determine the language(s) spoken in each student's home in order to identify their specific language needs. This information is essential in order for schools to provide meaningful instruction for all students as outlined Plyler v. Doe, 457 U.S. 202 (1982).

The purpose of this survey is to determine the primary or home language of the student. The HLS must be given to all students enrolled in the school district / charter school. The HLS is administered one time, upon initial enrollment, and remains in the student's cumulative file.

Please note that the answers to the survey below are student-specific. If a language other than English is recorded for ANY of the survey questions below, the LAS Links placement test will be administered to determine whether or not the student will qualify for additional English language development support.

Please answer the following questions regarding the language spoken by the student:

1. What is the native language of the **student**? _____
2. What language(s) is spoken most often by the **student**? _____
3. What language(s) is spoken by the **student** in the home? _____
4. Where was your child born _____ (example: U.S., Mexico, etc.)?
5. How many years has your child been enrolled in U.S. Schools. _____

By signing below, you certify that responses to the questions above are specific to your student. You understand that if a language other than English has been identified, your student will be tested to determine if they qualify for English language development services to help them become fluent in English. If entered into the English language development program, your student will be entitled to services as an English learner and will be tested annually to determine their English proficiency.

Parent/Guardian Signature

Date

For School Use Only:

School personnel who administered and explained the HLS and the placement of a student into an English language development program if a language other than English was indicated:

Name: _____ **Date:** _____



Community Schools of Frankfort

ENCUESTA SOBRE EL IDIOMA DEL HOGAR

Nombre del estudiante _____ Fecha _____

Día de nacimiento _____ Edad _____ Grado _____ El año escolar _____

DEBE DE COMPLETARSE POR EL PADRE/MADRE/ O REPRESENTANTE LEGAL:

El Título VI, del Acta de los Derechos Civiles de 1964 Procedimientos y Cumplimiento del Lenguaje de Minorías, contiene requisitos legales que guían a las escuelas para determinar el idioma o idiomas que se hablan en el hogar de cada estudiante. Esta información es esencial para que las escuelas puedan ofrecer instrucción significativa a todos los estudiantes como se requiere por Plyler v. Doe, 457 U.S. 202 (1982).

Esta encuesta del idioma que se habla en casa (HLS) establece el idioma principal de su hijo/a. Tiene que darse esta encuesta (HLS) a todos los estudiantes en el distrito escolar / escuela semi-autónoma. Esta encuesta (HLS) es administrada una vez, durante la matrícula inicial, y se queda en el archivo escolar acumulativo del estudiante.

Las respuestas de la encuesta son relacionadas con su hijo/a. Si se ha identificado que el idioma no es inglés a cualquiera de las tres preguntas, la escuela administrará la Prueba del Desarrollo del Inglés (LAS Links) para determinar si su hijo/a calificará para el programa de Desarrollo del idioma Inglés.

Respuesta las preguntas acerca del idioma(s) de su estudiante por favor:

1. ¿Cual es el idioma o el dialecto nativo de su **hijo/hija**? _____
2. ¿Cual idioma(s) es hablado más por su **hijo/hija**? _____
3. ¿Cual idioma habla su **hijo/hija** en casa con más frecuencia? _____
4. ¿Dónde nació su hijo/a _____ (por ejemplo: EE.UU., México, etcetera)?
5. ¿Cuántos años ha sido su hijo/a en las escuelas de los estados unidos? _____

Por medio de firmar abajo, usted certifica que las respuestas a las preguntas mencionadas arriba son relacionadas con su hijo/a. Usted entiende que si se ha identificado que el idioma no es ingles, su hijo/a tendrá un examen para determinar si él o ella califica para el programa de Desarrollo del idioma Inglés, para ayudarlo/a a que sea fluente en Inglés. Todos los estudiantes en el programa de Desarrollo del idioma Inglés tienen el derecho a servicios que lo ayudaran a aprender el idioma Inglés y tendrá un examen cada año para determinar el nivel de inglés.

Firma del Padre/Madre/ o Representante Legal

Fecha

For School Use Only:

School personnel who administered and explained the HLS and the placement of a student into an English language development program if a language other than English was indicated:

Name: _____ **Date:** _____

FORMA DE SALUD PARA ESTUDIANTES

Nombre _____ Fecha de Nac. _____ Grado _____

Padres/Guardianes _____

Teléfono (día) _____ Teléfono de Trabajo _____

Contacto de Emergencia (nombre/teléfono) _____

Marque a los que Apliquen

| | | |
|--------------------------------|---|--|
| ADD/ADHD _____ | DIABETES _____ | PROBLEMAS DE RIÑÓN _____ |
| ALERGIAS^^ (severas)* _____ | MAREOS _____ | MIGRAÑAS _____ |
| ASMA (inhaler) _____ | PROBLEMAS DE OIDOS _____ (tubos/infecciones) | SANGRADO DE NARIZ _____ (frecuente) |
| SANGRADO _____ | DESMAYOS (frecuentes) _____ | ALERGIAS ESTACIONALES _____ |
| HUESOS ROTOS** _____ | LENTES (todo el tiempo) _____ | CONVULSIONES/EPILEPSIA _____ |
| PUPILENTES _____ | LENTES (lectura solamente) _____ | CIRUGIAS** _____ |
| MEDICAMENTOS A DIARIO*** _____ | CONDICION DEL CORAZON _____ | OTROS _____ |

***Escriba cualquier Alergia Severa o Seria que el/la estudiante tiene**

Picadura de Insecto (el tipo) _____

Comida (el tipo) _____

Estacional/Ambiental (el tipo) _____

Otros (especifique) _____

****Escriba huesos rotos/cirugías**

*****Escriba los medicamentos**

| Medicamento y Dosis | Razón | Cantidad | Hora de Dosis |
|---------------------|-------|----------|---------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Escriba cualquier OTRA condición médica

Yo, padre, madre, o guardián, doy mi permiso para compartir esta información cuando sea medicamente necesario con el personal apropiado de la escuela. SI _____ NO _____

Fecha _____ Firma de Padre/Guardián _____

ESCUELAS DE LA COMUNIDAD DE FRANKFORT

CHIRP FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE REGISTRO

Nombre de Niño

Fecha de Nacimiento

CHIRP

CHIRP (Children and Hoosiers Immunization Registry Program) es el sistema gratis en línea e innovador que guarda y pone al día archivos de la inmunización de niños y adultos en Indiana. Es confidencial y gratis.

BENEFICIOS DE USAR CHIRP

*Proveedores pueden determinar cuando un paciente es debido

* Proveedores pueden o archivos para los padres, escuelas, retrasado para las inmunizaciones acampe, o empleo.

*La enfermera escolar puede corregir los errores, agregue los datos, compile los datos para los informes de la inmunización estatales.

Yo doy el personal lactante de las Escuelas de la Comunidad de Frankfort mi permiso para registrar la inmunización de mi niño graba en la Indiana el Departamento Estatal de los Niños de Salud y Hoosiers Inmunización Registro Programa (el GORJEO). La información que puede necesitarse es el nombre de estudiante, la fecha de nacimiento, dirección, número de teléfono, y el nombre de padre.

Yo entiendo que puede usarse la información en el registro para verificar que mi niño ha recibido las inmunizaciones apropiadas y para informarme del estado de la inmunización de mi niño o que una inmunización es debida según los horarios de la inmunización recomendados.

Yo entiendo que la información de mi niño estará disponible al registro de datos de inmunización de otro estado, un proveedor del salud, un departamento de salud local, una escuela elemental o secundaria a que se asiste por el individuo, un centro de cuidado de niño, y la oficina de política de Medicaid y planeando o contratista de la oficina de política de Medicaid y planeando. Yo también entiendo que pueden agregarse otras entidades a esta lista a través de la enmendadura a I.C.16-38-5-3.

Yo consiento por la presente al descargo de tal información.

Firma de Padre/Guardian

Fecha

Regréselo a la enfermera de la escuela



Indiana Department of Education

Glenda Ritz, NBCT

Indiana Superintendent of Public Instruction

The Migrant Education Program (MEP) provides supplemental education and support services to eligible children through national funding. The purpose of the program is to ensure that all migrant students reach the academic standards and graduate with a high school diploma (or complete a GED).


WORK SURVEY

Thank you for answering the following questions. If your child is eligible for the Migrant Education Program, they may receive additional educational support. This information is **strictly confidential**.

Student's Name: _____ Parent's Name: _____

Address: _____ City: _____ Telephone: () _____

Date: _____ Parent Signature: _____

- How long have you lived in this city/school district? _____
- Within the last **3 years**, has your child(ren) moved from one school district to another within the United States, with a parent, relative or guardian so that person could look for seasonal or temporary work in agriculture? YES NO If you answered **NO**, please stop. 

If you answered **YES**, please continue.

- When was the last time you or anyone in your household has moved to look for, or work in an agricultural activity within the United States? Month _____ Year _____
- Please check any of the agricultural activities listed below that you have looked for or worked in:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Plant or harvest vegetables or fruits | <input type="checkbox"/> Canning vegetables or fruits |
| <input type="checkbox"/> Detassel corn | <input type="checkbox"/> Sod farm |
| <input type="checkbox"/> Tobacco farm | <input type="checkbox"/> Planting, pruning or cutting trees |
| <input type="checkbox"/> Poultry and/or egg farm | <input type="checkbox"/> Dairy farm |
| <input type="checkbox"/> Duck, turkey, chicken, pork or beef processing plant | <input type="checkbox"/> Flora culture/gladiola farm |
| <input type="checkbox"/> Aquaculture/fish hatcheries | <input type="checkbox"/> Green house or plant nursery |

Please list the names of all of the children in the household under 22 years of age.


| | Child's Name | Date of Birth (D.O.B.) |
|----|----------------------|------------------------|
| 1. | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 2. | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 3. | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 4. | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 5. | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

El Programa de Educación Migrante (MEP) provee educación y servicios suplementarios a niños que califican a través de fondos nacionales. El propósito de MEP es asegurar que todos los estudiantes migrantes tengan éxito académico y que se gradúen con su diploma (o que completen elGED)

ENCUESTA DE TRABAJO

Gracias por contestar las siguientes preguntas. Si su hijo(a) resulta elegible para el Programa de Educación Migrante, podría recibir apoyo educativo adicional. La información es **totalmente confidencial**.

Nombre del Estudiante: _____ Nombres de los Padres: _____
 Dirección: _____ Ciudad: _____ Teléfono:
 Fecha: _____ Firma de los Padres: _____

1. ¿Cuanto tiempo han vivido en esta ciudad/distrito escolar? _____
2. Durante los **últimos tres años**, ¿Se han mudado sus hijos o han cambiado de distrito escolar dentro de los Estados Unidos, solos, con un padre o pariente, para que esa persona pudiera buscar trabajo temporal o de temporada en algo relacionado con la agricultura?
SI _____ **NO** _____ Sí contestó **NO**, favor de parar aquí. 

Sí contestó **SI**, favor de continuar.

3. ¿Cuando fue la última vez que usted o un miembro de su familia se mudó para trabajar en la agricultura? Mes _____ Año _____

4. Por favor marque en la parte abajo la actividad agrícola en la cual usted buscó trabajo o trabajó.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Matadero de patos, pavo s, pollos, cerdos o vacas | <input type="checkbox"/> Enlatar o congelar verduras o frutas en la bodega |
| <input type="checkbox"/> La espiga (maíz) | <input type="checkbox"/> Trabajar en la siembra o cosecha de césped |
| <input type="checkbox"/> Cultivar tabaco | <input type="checkbox"/> Plantar, emparejar o cortar árboles |
| <input type="checkbox"/> Pollería o granja de huevo s | <input type="checkbox"/> G ranja de vacas lecheras |
| <input type="checkbox"/> Plantar o cosechar verduras o frutas | <input type="checkbox"/> C ultivar y cosechar flores |
| <input type="checkbox"/> Trabajar en un criadero de peces | <input type="checkbox"/> Tr abajar en la cría de plantas |

Por favor escribe los nombres de todos los niños, menos de 22 años de edad, que viven con usted.

| | Nombre del niño(a) | Fecha de nacimiento |
|----|---------------------------|----------------------------|
| 1. | <input type="text"/> | |
| 2. | <input type="text"/> | |
| 3. | <input type="text"/> | |
| 4. | <input type="text"/> | |
| 5. | <input type="text"/> | |

FHS PARKING - \$3.00 (front office)

Driving to school is a privilege.

Student may not turn left onto Maish Road between 2:30 and 3:15

Students are to park only in the student parking lot.

Student may NOT remove vehicles without office permission.

The privilege of driving to school may be removed if a student exhibits conduct unbecoming of a responsible driver while driving to or from school or in the parking lot. Any vehicle parked on school property is subject to search by the principal or his/her designee. Violations of these student driver regulations will be addressed as follows:

1st offense: Student warned and parents notified.

2nd offense: Loss of driving privileges for one week and parents notified.

3rd offense: Loss of driving privileges for the remainder of the trimester & parents notified.

Student Signature _____ Date _____

Please print the following information.

Student name: _____ Tag# _____

Drivers License # _____ State _____ Expiration _____

Registered Owner _____

Insurance Company _____

Year of car: _____

Make of car: _____

Model of car: _____

Color of car: _____

License plate No. _____

Hanging Tags are to be placed on the rearview mirror of the windshield.

ESTACIONAMIENTO EN FHS – \$3.00

Manejar (o conducir) a la escuela es un privilegio.

El estudiante no debe doblar a la izquierda en Maish Road entre las 2:30 and 3:15

Los estudiantes deben estacionarse únicamente en el parqueadero estudiantíl.

El estudiante NO debe mover vehículos sin permiso de la oficina.

El privilegio de manejar a la escuela puede ser retirado si el estudiante exhibe una conducta inapropiada de un conductor responsable en camino a la escuela o al salir de la escuela o en el estacionamiento (parqueadero) de la escuela. Cualquier vehículo estacionado en la propiedad de la escuela está sujeto a una búsqueda por el director o persona designado/a. Las violaciones de este reglamento se tratarán de la siguiente manera:

Primera ofensa: Estudiante amonestado y los padres serán notificados.

Segunda ofensa: La pérdida de privilegios de conducción durante una semana y los padres serán notificados .

Tercer ofensa: La pérdida de privilegios de conducción durante el resto del trimestre y los padres serán notificados.

Firma del Estudiante

Fecha

Por favor imprima la siguiente información.

Nombre del Estudiante: _____ Etiqueta # _____

Lic. de manejar # _____ Estado _____ Expiración _____

Dueño Registrado _____

Compañía Aseguradora _____

Año del carro: _____

Marca del carro: _____

Modelo del carro: _____

Color del carro: _____

de la placa: _____

Etiquetas (tags) colgantes son para colocarse en el espejo retrovisor del parabrisas.

Frankfort High School

Principal

Steve Edwards

Assistant Principal

Kirsten Clark

Matt Hines

Athletic Director

Ed Niehaus

One South Maish Road

Frankfort, IN 46041-2825

765-654-8545 FAX: 765-654-9224

Website: fhs.frankfortschools.org

Guidance Counselors

Rebecca Johnson

Amy Hickson

Kurt Cantlon

Administrative Assistant

Carla Renick

Padres/Tutores y Estudiantes,

Queremos informarles que pueden acceder y leer el Guía Estudiantil de Frankfort High School que es aprobado por La Junta de las Escuelas de La Comunidad de Frankfort. Se puede acceder el Guia Estudiantil en el sitio web de **Frankfort High School** (fhs.frankfortschools.org) que se encuentra al fondo de la página. Durante los últimos 30 minutos del día escolar que se llama 'community' o comunidad, el maestro hará resaltar aspectos específicos del Guía Estudiantil de FHS. Por favor familiarizarse con las reglas y expectativas enunciados para su hijo/a. Esperamos a un año escolar exitoso. Por favor no dude en comunicarse con la oficina principal del high school con cualquier pregunta.

Atentamente,

Steve Edwards, Director Kirsten Clark, Directora Asistente Matt Hines, Director Asistente

Yo, _____, reconozco que mi padre/tutor y Yo entendemos como

(Nombre del Estudiante)

acceder al guía estudiantil y acepto la responsabilidad de leer su contenido.

(Firma del Estudiante)



(Firma del Padre/Tutor)

“Commitment to Excellence”