

SCHOOL DISTRICT OF NEWBERRY COUNTY  
REGISTRATION-HEALTH-EMERGENCY INFORMATION

DISTRITO ESCOLAR DEL CONDADO DE NEWBERRY  
REGISTRACION INFORMACION DE SALUD-EMERGENCIA

2012-2013

<b>REQUIRED DOCUMENTATION FOR SCHOOL USE ONLY – PAR USO UNICAMENTE DE LA ESCUELA</b>	
SC Immunization Certificate _____	Medicaid Card _____ Birth Certificate _____
Three Proofs Of Residency Presented – <b>ONE REQUIRED</b> Current Tax Notice _____, Lease Agreement____, Mortgage Agreement_____, Notarized Letter Of Residency _____	
<b>TWO OF THE FOLLOWING:</b> Current Power Bill_____, Current Phone Bill_____, Current Water Bill_____, Current Cell Phone Bill_____, Current Federal Tax Return_____, Satellite TV/Cable Bill _____, South Carolina Drivers License _____, Automobile Tax/Automobile Registration Card _____	
Migrant _____	English Proficient _____ Primary Home Language _____
Bus Rider _____	Car Rider _____ Drives Own Car _____

THIS INFORMATION IS VERY IMPORTANT IN ORDER TO PROVIDE A SAFE EDUCATIONAL ENVIRONMENT FOR YOUR CHILD. THIS INFORMATION IS KEPT CONFIDENTIAL AND WILL ONLY BE RELEASED IN CASE OF AN EMERGENCY IN THE ABSENCE OF A GUARDIAN. IT IS VERY IMPORTANT TO UPDATE THIS INFORMATION EVERY SCHOOL YEAR OR WHEN CHANGES OCCUR. (i.e. – phone numbers, address, etc.)

ESTA INFORMACION ES MUY IMPORTANTE PARA PROVEER UN AMBIENTE EDUCACIONAL SEGURO PARA SU HIJO, ESTA INFORMACION ES CONFIDENCIAL Y SERA USADA EN CASO DE EMERGENCIA O EN CASO DE LA AUSENCIA DEL GUARDIAN. ES MUY IMPORTANTE ACTUALIZAR ESTA INFORMACION O CUANDO HAYAN CAMBIOS. (i.e. – números telefónicos, direcciones, etc.)

**STUDENT INFORMATION / INFORMACION DEL ESTUDIANTE**

**\*Please print as shown on Birth Certificate**

**Escriba como aparece en el certificado de nacimiento**

Last Name \_\_\_\_\_ First Name \_\_\_\_\_ Middle Name \_\_\_\_\_  
Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Segundo nombre \_\_\_\_\_

Name called \_\_\_\_\_ Grade \_\_\_\_\_ Gender \_\_\_\_\_ Male \_\_\_\_\_ Female \_\_\_\_\_ Birth Place \_\_\_\_\_  
Apodo \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_ Genero \_\_\_\_\_ Masculino \_\_\_\_\_ Femenino \_\_\_\_\_ Sitio do nacimiento \_\_\_\_\_

Mailing Address \_\_\_\_\_ City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_ County \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_ Condado \_\_\_\_\_

911 Address (Home) \_\_\_\_\_ City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_ Student Birthday \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Dirección en caso de emergencia \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_ Estudiante Cumpleaños \_\_\_\_\_

Church/Religion \_\_\_\_\_ **Are there copies of legal guardianship/custody papers on file at school?** Yes \_\_\_ No \_\_\_ Not Applicable \_\_\_  
Iglesia/Religión \_\_\_\_\_ **Hay copias de las custodia legal/papeles de la custodia en los archivos de la escuela?** Si \_\_\_ No \_\_\_ No Aplica \_\_\_  
**If yes, who has total custody?** Mother \_\_\_ Father \_\_\_ Grandparents \_\_\_ Other \_\_\_\_\_  
**¿Quien tiene las custodia total?** Madre \_\_\_ Padre \_\_\_ Abuelos \_\_\_ Otros \_\_\_\_\_

Specify/especifique

**A CHANGE OF ADDRESS DURING THE SCHOOL YEAR WILL REQUIRE NEW PROOF OF RESIDENCY!  
UN CAMBIO DE DIRECCION DURANTE EL AÑO ESCOLAR REQUIERE NUEVA PRUEBA DE RESIDENCIA**

**ONLY NEW STUDENT INFORMATION / INFORMACION DEL ESTUDIANTE NUEVO**

School Last Attended by Child \_\_\_\_\_ School District \_\_\_\_\_  
Ultima escuela atendida por el niño \_\_\_\_\_

Address of transferring school \_\_\_\_\_  
Dirección de la escuela que transfiere \_\_\_\_\_  
Number & Street/Route & Box \_\_\_\_\_ City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_  
Numero & Calle/Tuta & Apartado \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_

Phone # \_\_\_\_\_ Fax # \_\_\_\_\_  
Teléfono # \_\_\_\_\_ Fax# \_\_\_\_\_

Has the student attended Newberry County Schools before? Yes \_\_\_ No \_\_\_ If yes, last school attended? \_\_\_\_\_ Grade? \_\_\_\_\_  
Ha El estudiante atendido a escuelas Si \_\_\_ No \_\_\_ ¿Última escuela atendida? \_\_\_\_\_ ¿Grado? \_\_\_\_\_

Was student enrolled in Special Programs at his/her previous school: Math \_\_\_\_\_ Reading \_\_\_\_\_ Speech \_\_\_\_\_ Gifted \_\_\_\_\_ Special Education/IEP \_\_\_\_\_  
IFSP \_\_\_\_\_

Programas especiales: Mat \_\_\_\_\_ Lectura \_\_\_\_\_ Terapia de lenguaje \_\_\_\_\_ Talento \_\_\_\_\_

Educación especial/IEP \_\_\_\_\_ IFSP \_\_\_\_\_

**Ethnicity and Race Data Collection**

1. Is your child Hispanic or Latino ( a person of Cuban, Mexican, Puerto Rican, South or Central American, or other Spanish Culture or origin , regardless of race)?  
Es su niño Hispano o Latino (una persona de Cuba, México, Puerto Rico, Sur o Centro America, o de otra cultura u origen Español, sin importar la raza)?  
Yes \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

2. What is your child's race (check all that apply)?  
Cual es la raza de su niño (marque todas las que aplique)?  
American Indian or Alaskan Native \_\_\_\_\_ Asian \_\_\_\_\_ Black \_\_\_\_\_ White \_\_\_\_\_ Native Hawaiian/Pacific Islander \_\_\_\_\_  
Indio Americano o nativo de Alaska \_\_\_\_\_ Asiatico \_\_\_\_\_ Negro \_\_\_\_\_ Blanco \_\_\_\_\_ Nativo de Hawai/ Isleño del Pacifico \_\_\_\_\_  
Two or more races \_\_\_\_\_ Indicate races: \_\_\_\_\_ Dos o mas razas \_\_\_\_\_ Indique las razas \_\_\_\_\_

**PARENT/GUARDIAN INFORMATION / INFORMACION DEL PADRE O GUARDIAN**

**Father/Guardian** \_\_\_\_\_ **DOB** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
**Padre/Guardian** Last First Middle Mo. Day Year  
 Apellido Nombre Mes. Día Año

Email Address \_\_\_\_\_  
 Dirección electrónica

Address \_\_\_\_\_ City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_  
 Dirección Ciudad Estado Zip

Phone # (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Alternate Phone # (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Cell/Pager # \_\_\_\_\_  
 Teléfono# Teléfono Alterno# Cell/Bepert#

Employer \_\_\_\_\_ Occupation \_\_\_\_\_ Work Address \_\_\_\_\_  
 Empleador Ocupación Dirección en el trabajo

Work Hrs./Shift \_\_\_\_\_ Work Telephone (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Extension \_\_\_\_\_ Is work contact  
 Horas de trabajo/Turno? Teléfono en el trabajo Extensión allowed?  
 Es permitido llamarlo al trabajo?

Student lives with me yes \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_ Marital Status of Parents: Married \_\_\_\_\_ Divorced \_\_\_\_\_ Single \_\_\_\_\_  
 El estudiante vive con migo si \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_ Estado civil de los padres: Casados \_\_\_\_\_ Divorciados \_\_\_\_\_ Solteros \_\_\_\_\_

**Mother/Guardian** \_\_\_\_\_ **DOB** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
**Madre/Guardian** Last First Middle Mo. Day Year  
 Apellido Nombre Mes. Día Año

Email Address \_\_\_\_\_  
 Dirección electrónica

Address \_\_\_\_\_ City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_  
 Dirección Ciudad Estado Zip

Phone # (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Alternate Phone # (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Cell/Pager # \_\_\_\_\_  
 Teléfono# Teléfono Alterno# Cell/Bepert#

Employer \_\_\_\_\_ Occupation \_\_\_\_\_ Work Address \_\_\_\_\_  
 Empleador Ocupación Dirección en el trabajo

Work Hrs./Shift \_\_\_\_\_ Work Telephone (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Extension \_\_\_\_\_ Is work contact  
 Horas de trabajo/Turno? Teléfono en el trabajo Extensión allowed?  
 Es permitido llamarlo al trabajo

Student lives with me yes \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_ Marital Status of Parents: Married \_\_\_\_\_ Divorced \_\_\_\_\_ Single \_\_\_\_\_  
 El estudiante vive con migo si \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_ Estado civil de los padres: Casados \_\_\_\_\_ Divorciados \_\_\_\_\_ Solteros \_\_\_\_\_

Total number of persons living in the home: \_\_\_\_\_  
 Numero total de personas que viven en la casa:

Other children living in the home:  
 Otros niños que viven en la casa:

Child's Name Nombre del niño	Date of Birth Fecha de nacimiento	School Escuela

After School Child Care: \_\_\_\_\_  
 Jardín infantil después de la escuela

I am the undersigned and the parent OR legal guardian of the child being registered. This child resides with me and my place of residence is within the boundaries of the School District of Newberry County and the attendance area for this school. By my signature below, I am affirming that all information provided is accurate and truthful

Parent/Guardian

Signature \_\_\_\_\_ Relationship \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_  
Mo. Day Year

\*\*\*\*\*

Con mi firma aseguro que soy el padre o Guardián del niño que esta siendo registrado. Este niño reside con migo y mi vivienda esta dentro de los predios del área demarcada para esta escuela por el Distrito Escolar del Condado de Newberry. Con mi firma yo estoy afirmando que toda la información proveída es cierta y verdadera.

Padre o Guardián

Firma \_\_\_\_\_ PARENTESCO \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_  
Mes. Día Año

**IMAGE/TECHNOLOGY USE  
PARENT PERMISSION**

Information about the School District of Newberry County is routinely made available to the public through a wide range of mass media. This includes local newspapers, television and radio stations, district/school newsletters, student newspapers and the Internet. In order to protect a student's privacy while also providing opportunities for student recognition, the School District of Newberry County requires that parental permission be obtained before any student's image or name is used.

I give my permission for my child to appear in a photograph, videotape, or slide. This includes individual school pictures, videos of programs, yearbook and classroom activities, athletics and extracurricular activities, local news media (newspapers, radio and television) district/school newsletters and the district website. In addition, I give my permission for the school to release DIRECTORY INFORMATION (name, address, phone number). This request is used most frequently for high school students (academic teams, athletics, band/music)

Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Technology is a vital part of the education and curriculum of the School District of Newberry County. Computers and the Internet are available to all students thereby allowing them access to educational materials worldwide. Your permission is required before students are allowed to use this equipment.

I give my permission for my child to use the technology resources the district has provided and will read and encourage my child to follow the terms of the Acceptable Use Policy posted on the district website. Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

**IMAGEN/USO DE TECNOLOGIA  
PERMISO DE LOS PADRES**

Información acerca del Distrito Escolar del Condado de Newberry es disponible al público a través de diferentes canales de información. Esos incluyen periódicos locales, televisión y estaciones de radio, informativos escolares o del distrito, periódicos informativos o el Internet. Para proteger la privacidad del estudiante mientras se le dan oportunidades de reconocimiento, el Distrito Escolar del Condado de Newberry requiere un permiso de los padres antes de tomar una imagen o usar su nombre.

Yo doy permiso par que mi niño aparezca en una fotografía, video tape, o slide. Esto incluye fotos individuales, videos de programas, yearbook y actividades en el salón de clase, actividades atléticas y extracurriculares, noticias locales(períodicos, radio televisión) Informativos del Distrito o de la escuela en la pagina Web del Distrito. En adición doy permiso para que la escuela emita un DIRECTORIO INFORMATIVO con el (nombre, dirección, número de teléfono). Este requerimiento s usado mas que todo con los estudiantes de high school(equipos académicos, atléticos, banda/música) SI \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Tecnología es una parte vital en la educación y en el currículo del Distrito Escolar del Condado de Newberry. Los computadores y el Internet están disponibles a todos los estudiantes para permitir que los estudiantes accedan a los materiales educativos alrededor del mundo. Su permiso es requerido antes que los estudiantes puedan usar los equipos.

Yo doy mi permiso para que mi niño use los recursos tecnológicos que el Distrito ha proveído y leeré y animare a mi niño para que siga los términos de uso y aceptación de la póliza puesta en la pagina Web del Distrito. Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_



**CONSENT FOR TREATMENT, RELEASE OF INFORMATION, AND FOR  
MEDICAID REIMBURSEMENT**

The Newberry County School District (the District) and the State Department of Education have my permission to provide health-related services to my child and to release and exchange medical and other confidential information, as necessary, to the Department of Health and Human Services and any third party insurance carrier regarding health-related services provided to my child prior to the date of this consent or thereafter for services that the school district/agency will provide in the future.

By signing this form, I give the District and the State Department of Education my permission to bill Medicaid and any third party insurance and receive payment from Medicaid or any third party insurer for health-related services as set forth in my child’s individualized education program (IEP), and for psychological evaluation services, nursing services, and other health-related treatment services billable to Medicaid without the requirement of an IEP.

I understand that Medicaid reimbursement for health-related services provided by the District and the State Department of Education will not affect any other Medicaid services for which my child is eligible. I understand that my child will receive the services listed in the IEP regardless of whether I enroll my child in public or private benefits or insurance programs. I also understand that my refusal to allow access to the Department of Health and Human Services or any third party insurance carrier does not relieve the District of its responsibility to ensure that all required services are provided at no cost to me.

I understand that the granting of consent is voluntary on my part and may be revoked at anytime. If I later revoke consent, that revocation is not retroactive (i.e., it does not negate an action that has occurred after the consent was given and before the consent was revoked).

I also understand that the District and the State Department of Education will operate under the guidelines of the Family Educational Rights and Privacy Act (FERPA) to ensure confidentiality regarding my child’s treatment and provision of health-related services.

\_\_\_\_\_  
Student’s Name

\_\_\_\_\_  
Student’s Date of Birth

\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_  
Student SSN

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

10 Digit Medicaid Number

\_\_\_\_\_  
Signature of Parent/Guardian

\_\_\_\_\_  
Date

**CONSETIMIENTO PARA TRATAMIENTO, LIBERACION DE INFORMACION, Y REEMBOLSO DE AYUDA MEDICA**

El distrito escolar del condado de Newberry (el distrito) y el departamento del estado de la educación tienen mi permiso de proporcionar servicios relativos a la salud a mi niño y de liberar e intercambiar información médica y demás información confidencial, como sea necesario, al departamento de salud y de recursos humanos y a cualquier portador de seguro de los terceros con respecto a los servicios relativos a la salud proporcionados a mi niño antes de la fecha de este consentimiento o después de eso para los servicios que el distrito/la agencia de la escuela proporcionará en el futuro.

Firmando esta forma, doy al distrito y al departamento estatal de educación mi permiso de mandar la cuenta de Medicaid y cualquier seguro de los terceros y de recibir el pago de Medicaid o a cualquier asegurador de los terceros para los servicios relativos a la salud según lo dispuesto en el programa individualizado de la educación de mi niño (IEP), y para los servicios psicológicos de la evaluación, los servicios de cuidado, y otros servicios relativos a la salud del tratamiento pagables a Medicaid sin el requerimiento de un IEP.

Entiendo que el reembolso de Medicaid para los servicios relativos a la salud proveído por el distrito y el departamento estatal de educación no afectará ninguno de los otros servicios del Medicaid para las cuales mi niño sea elegible. Entiendo que mi niño recibirá los servicios enumerados en el IEP sin importar si yo inscribo a mi niño en otros programas públicos o privados de seguros de salud. También entiendo que mi denegación para permitir el acceso al departamento de los servicios de salud y recursos humanos o a ningún portador de seguro que alivie la responsabilidad del distrito de asegurar que todos los servicios requeridos son proveídos a ningún costo para mí.

Entiendo que el conceder del consentimiento es voluntario de mi parte y se puede revocar a cualquier momento. Si mas tarde decido revocar, soy conciente que dicha revocación no es retroactiva (es decir, no niega una acción que ha ocurrido después de que el consentimiento fue dado y antes que el consentimiento fuera revocado).

También entiendo que el distrito y el departamento estatal de educación funcionarán bajo las normas de los derechos educativos de la familia y el acta de privacidad (FERPA) para asegurar la confidencialidad referente al tratamiento y los servicios relacionados con la salud de mi hijo.

\_\_\_\_\_  
Nombre del estudiante

\_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento del estudiante

\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_  
SSN del estudiante

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

10 Dígitos del número de Medicaid

\_\_\_\_\_  
Firma del padre o encargado

\_\_\_\_\_  
Fecha