



PLANILLAS DEL ESTUDIANTE

Importante: Se incluyen planillas que necesitan de su firma



2022 – 2023

Planillas del Estudiante

Por favor lea todo el paquete, complete y devuelva las planillas necesarias a la escuela de su estudiante. El texto completo del Manual para Padres y Estudiantes del año escolar 2022-2023 se encuentra en las páginas electrónicas del sitio Web de CMS:

www.cms.k12.nc.us

TABLA DE CONTENIDO

Estándares de Responsabilidad del Estudiante sobre los Libros/dispositivo de Texto de CMS	1
Asignación de los Casilleros para los Estudiantes (Grado 6-12).....	3
Participación en las Clases de Educación Física (Grado K-12).....	3
Planilla para la Autorización de la toma de Fotos y Videos	4
Planilla de Responsabilidad Sobre los Instrumentos Musicales que son Propiedad de CMS.....	5
Autorización para Tomar Medicamentos para los Estudiantes de CMS.....	6, 7
Planilla para Autorización de Dieta.....	8
Título VI Certificación de Elegibilidad para Estudiantes.....	9

VISIÓN Y MISIÓN

La visión de las Escuelas de Charlotte Mecklenburg es dirigir a la comunidad hacia la excelencia educativa, inspirando la curiosidad intelectual, creatividad y logros para que todos los estudiantes alcancen su máximo potencial.

La misión de las Escuelas de Charlotte Mecklenburg es crear un ambiente innovador, inclusivo, centrado en los estudiantes que apoya al desarrollo de aprendices independientes.

De conformidad con la ley federal, las escuelas de Charlotte-Mecklenburg administran todos los programas educativos, actividades laborales y admisiones sin discriminación contra ninguna persona por motivos de género, raza, color, religión, origen nacional, edad o discapacidad. Las consultas sobre el cumplimiento del Título IX de las Enmiendas de Educación de 1972, que prohíbe la discriminación por motivos de sexo en los programas o actividades de educación, pueden remitirse al Coordinador del Título IX del Distrito en titleixcoordinator@cms.k12.nc.us o la Oficina de Derechos civiles, Departamento de Educación de los Estados Unidos.

CONVENIO

Este acuerdo es realizado por y entre las Escuelas de Charlotte-Mecklenburg (en lo sucesivo, “CMS”) y el estudiante (“estudiante”) y el padre, madre/representante y entra en vigencia en la fecha de la firma de este formulario. A los efectos de este acuerdo, el término “dispositivo(s) proporcionado(s)” se referirá a la marca, el modelo y todos los accesorios que lo acompañan proporcionados en virtud de este acuerdo..

OBJETIVO

El propósito del Programa de dispositivos para estudiantes es proporcionar a los estudiantes de CMS los recursos tecnológicos para recibir instrucción en línea, en casa y en persona. Los dispositivos proporcionados son propiedad de CMS y deben usarse únicamente con fines educativos.

EXPECTATIVAS

Los estudiantes/padre(s)/representante(s) no pueden:

- Operar o usar dispositivos CMS cerca de alimentos o líquidos.
- Participar en conductas ilegales o prohibidas de cualquier tipo utilizando cualquiera de los dispositivos prestados al estudiante.
- Copiar, modificar, eliminar o reemplazar el software, la configuración o el sistema operativo de CMS (es decir, piratear o liberar el sistema).
- Quitar, editar o aplicar pegatinas/stickers o etiquetas en cualquiera de los dispositivos prestados al estudiante.
- Bajo ninguna circunstancia el estudiante, padre(s) o tutor(es) debe(n) intentar o permitir que nadie más que el personal de CMS arregle o repare el equipo.

LOS ESTUDIANTES DEBEN:

- Manipular los dispositivos correctamente para evitar roturas y caídas.
- Mantenga los dispositivos correctamente y manténgalos limpios.
- Asegure y guarde los dispositivos CMS cuando no estén en uso.
- Utilice únicamente los adaptadores de carga proporcionados por CMS para cargar los dispositivos.
- Cumplir con las expectativas enumeradas en la Política de la Junta de CMS (Política IJNDB-R) para el uso del internet y Sitios Web.

EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD SOBRE EL FILTRADO DE CONTENIDO

CMS utiliza medidas de protección tecnológica para limitar o restringir el acceso a material considerado dañino o inapropiado para los estudiantes. Es posible que CMS no pueda evitar absolutamente dicho acceso. A pesar de nuestros mejores esfuerzos y más allá de los límites de la tecnología de filtrado de contenido, un estudiante puede encontrarse con algún material que sea objetable.

Ningún usuario de recursos tecnológicos, incluidas las personas que envían o reciben comunicaciones electrónicas, puede participar en la creación, la visualización, el acceso, la descarga, el almacenamiento, la impresión o la transmisión intencional de imágenes, gráficos (incluidas imágenes fijas o en movimiento), archivos de sonido, archivos de texto, documentos, mensajes u otro material que sea obsceno, difamatorio, profano, pornográfico, acosador, abusivo, que promueva actos ilegales o que se considere dañino para menores.

Está prohibido el uso de proxies anónimos para eludir el filtrado de contenidos.

SIN DERECHO A LA PRIVACIDAD

CMS se reserva el derecho de examinar los dispositivos de CMS y buscar su contenido en cualquier momento y por cualquier motivo. Ni los estudiantes ni los tutores tienen derecho a la privacidad de los datos guardados en los dispositivos o en una cuenta basada en la nube a la que se conectan los dispositivos. CMS puede involucrar a la aplicación de la ley si se cree que los dispositivos se han utilizado para un propósito ilegal. CMS se reserva el derecho de exigir la devolución de cualquier dispositivo proporcionado en cualquier momento.

NOTIFICACIÓN DE PÉRDIDA, DAÑO O MAL FUNCIONAMIENTO

El estudiante, los padres o representantes aceptan notificar de inmediato al personal de CMS sobre cualquier pérdida, daño o mal funcionamiento de cualquier parte del dispositivo proporcionado por cualquier motivo. Si el dispositivo es robado fuera de las instalaciones/terrenos de la escuela, es responsabilidad de los padres/representantes comunicarse con la agencia de aplicación de la ley local aplicable, presentar un informe policial y proporcionar una copia a CMS.

DAÑO O PÉRDIDA DE DISPOSITIVOS PROPORCIONADOS POR CMS

El padre/representante/estudiante es responsable del costo de reparación o reemplazo a la fecha de la pérdida si el dispositivo(s) es:

- No es devuelto
- Dañado intencionalmente
- Perdido por negligencia
- Robado, pero no se ha denunciado a la escuela o a la policía

Todos los dispositivos y cargadores son propiedad de las Escuelas de Charlotte-Mecklenburg. Si se le entrega un dispositivo, está obligado a presentar el dispositivo para su inspección o recolección en cualquier momento durante el año escolar. Si un estudiante no proporciona su dispositivo en ese momento, el padre y el estudiante son responsables del costo de reemplazar el dispositivo. Si un estudiante daña dos dispositivos en un solo año escolar, CMS, a su discreción, entregará un dispositivo usado más antiguo al estudiante o requerirá que el dispositivo permanezca en la escuela.

Las tarifas asociadas con los daños se pueden encontrar en el sistema de pago escolar en línea. Para obtener más información sobre obligaciones y daños, comuníquese con el director de su escuela.

INDEMNIZACIÓN

En la máxima medida permitida por la ley, el padre, madre/representante y sus herederos aceptan indemnizar, defender y eximir de responsabilidad a CMS, su Junta de Educación y sus miembros individuales de la Junta, empleados y agentes, de cualquier reclamo, daños y perjuicios, pérdidas, causas de acción y similares relacionadas con, conectadas o que surjan del uso de los dispositivos provistos por el distrito o de este Acuerdo.

RECONOCIMIENTO

Yo (padre, madre/representante que firma abajo) he revisado este acuerdo, lo entiendo y estoy de acuerdo con los términos y condiciones, las exenciones de responsabilidad y las declaraciones enumeradas en este acuerdo. Además, doy permiso a mi estudiante para usar los dispositivos proporcionados por CMS para el aprendizaje. También ayudaré a garantizar la devolución segura y oportuna del dispositivo a CMS dentro del período de préstamo.

NOMBRE DEL ESTUDIANTE _____

NÚMERO DEL ESTUDIANTE _____

NOMBRE DEL PADRE, MADRE DE FAMILIA / REPRESENTANTE _____

FIRMA DEL PADRE, MADRE / REPRESENTANTE _____

CORREO ELECTRÓNICO DEL PADRE, MADRE / REPRESENTANTE _____

DE TELÉFONO DEL PADRE, MADRE/REPRESENTANTE _____

FECHA _____



ASIGNACIÓN DE LOS CASILLEROS PARA LOS ESTUDIANTES (GRADO 6-12)

Los casilleros son propiedad del distrito. Ellos solamente deben de contener los materiales necesarios para la escuela y están sujetos a inspecciones autorizadas en cualquier momento, incluyendo inspecciones de olfato por perros especialmente entrenados tal como lo permite la Política de la Junta Directiva JIHD de CMS.

Firma del estudiante _____

Firma del Padre, Madre / guardián _____

Escuela _____ No. de casillero asignado _____

Fecha de asignación _____ Fecha _____

Asignado por _____ Combinación del casillero _____



PARTICIPACIÓN EN LAS CLASES DE EDUCACIÓN FÍSICA (GRADO K-12)

Todos los estudiantes deben participar en la clase de educación física. No se le permitirá que ningún estudiante renuncie o la substituya por otras clases exceptuando: La educación física adaptada incluida como parte del programa de Educación Individualizada del Estudiante con problemas médicos crónicos, otras discapacidades u otras necesidades especiales que impiden seguir con la sección de Educación Física de los Estándares Esenciales: IDEA: <http://goo.gl/1Tuike>

Nombre del estudiante _____

Maestro _____ Grado _____

Escuela _____

Por favor, marque una opción:

- Mi estudiante puede participar totalmente en la clase de educación física
- Me gustaría que el maestro de educación física supiera las siguientes condiciones médicas que requieren modificaciones o un programa de educación física especialmente diseñado (ejemplo: diabetes, alergias, asma y condiciones cardíacas).

Firma del padre, madre / guardián _____ Fecha _____



FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE LA TOMA DE FOTOS Y VIDEOS

Yo autorizo a las escuelas de Charlotte-Mecklenburg el derecho ilimitado a usar y/o reproducir fotografías*, semejanzas o la voz de mi estudiante de cualquier forma legal para el uso promocional interno o externo y para actividades informativas de las escuelas de Charlotte-Mecklenburg. También estoy de acuerdo en permitir que se entreviste a mi estudiante y/o sea fotografiado* por los representantes de los medios de comunicación externos, el personal de la escuela y los Servicios de Comunicaciones de CMS en relación a cualquiera y toda la cobertura de las escuelas de Charlotte-Mecklenburg en las que él/ella este participando. También estoy de acuerdo en permitir que el trabajo y/o fotografía de mi estudiante sea publicado en cualquier comunicación de CMS, incluyendo sitios web e intranet, canales de medios de difusión y publicaciones impresas y electrónicas, así como el sitio web e intranet de las escuelas de Charlotte Mecklenburg y en las publicaciones de CMS. También entiendo que, al firmar esta autorización, renuncio a cualquier compensación por los presentes o futuros derechos para el uso de el/los material(s) arriba mencionados incluyendo los medios impresos, electrónicos y en línea.

Nombre de la escuela _____

Nombre de la estudiante _____ Nombre del maestro/a _____

Firma del padre, madre / guardián _____ Fecha _____

Nombre del padre/guardián (escriba en imprenta) _____

Dirección del padre, madre / guardián _____

**Cuando se refiere a "fotografía", en éste formulario, únicamente se refiere a las fotografías y los videos de su estudiante sólo. Las fotografías de grupo y los videos (dos o más niños), sin información de identificación adicional, se consideran como Información del Directorio. Por favor, consulte la hoja de información de la "Ley Federal de los Derechos de Educación y Privacidad de la Familia (FERPA) en el Manual de Padres-Estudiantes.*

This information to be completed by school officials only.

(Esta información debe ser completada solo por personal de la escuela)

Your Name: _____ Date: _____

Type of Material

- Photograph
- Slide
- Videotape
- Other (please specify) _____

Use of Material

(Please provide additional information such as name of news outlet, brochure, purpose of presentation, etc.)

- News outlet _____
- CMS Web site/Intranet site _____
- Brochure _____
- CMS TV _____
- PowerPoint presentation _____

Áreas para Almacenar los Instrumentos

Nota: Los estudiantes registrados en música instrumental (banda o cuerda) deben completar ésta planilla.

Si fuera necesario, las escuelas pueden proveer áreas de almacenamiento para los instrumentos que necesiten ser guardados en la noche. Estas áreas de almacenamiento no son los casilleros individuales sino áreas de estantes. Debido a que los estudiantes tienen acceso a estas áreas la Junta de Educación de Charlotte Mecklenburg no asume ninguna responsabilidad por ningún daño o pérdida de los instrumentos guardados en estos lugares, en los buses escolares o en las paradas de los autobuses.

Instrumentos que son Propiedad de la Escuela

Antes que un instrumento propiedad de la escuela, pueda ser asignado a un estudiante, los padres o guardianes tienen que completar el **Formulario de Préstamo de un Instrumento Musical**, en el cual el estudiante será *responsable financieramente por daños superiores a los del uso normal del instrumento*.

Este formulario se puede obtener con el maestro de música instrumental.

Instrumentos que son Propiedad de la Escuela

Todos los cambios de instrumentos están a discreción del director musical.

Reparación de Instrumentos

Si un instrumento de propiedad de un estudiante necesita reparación, debe llevarse a un taller de reparación de instrumentos de manera oportuna. Proporcione una nota escrita o un correo electrónico del padre o tutor con el nombre del taller de reparaciones, la fecha en que se retiró el instrumento y cuándo se espera que se devuelva para que la calificación de su hijo no se vea afectada. Los instrumentos de propiedad de la escuela que necesiten reparación deben comunicarse directamente con el director musical.

Nombre de la escuela _____
(escriba en letra imprenta)

Nombre del estudiante _____
(escriba en letra imprenta)

Firma del padre, madre / guardián _____ Fecha _____



AUTORIZACIÓN PARA TOMAR MEDICAMENTOS PARA LOS ESTUDIANTES DE CMS

Nombre de la Escuela	Número de Teléfono de la Escuela	For School Use Only
		Date Received/Receiver's Signature:
Para ser enviado por Fax: 704-432-2079 (School Health)		Medication Received? <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no
Nombre del Estudiante (Por favor escriba en letra imprenta)	Fecha de Nacimiento del Estudiante	Date Approved/Nurse's Signature
		Entered in EHR? <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no

Se requiere el consentimiento por escrito del padre/guardián y una autorización de un proveedor de atención médica, con licencia en Carolina del Norte, para administrar medicamentos con y sin prescripción médica en la escuela (Política JLCD y Regulación JLCD-R de CMS). Si se ha mudado de otro estado y tiene órdenes de un proveedor médico fuera del estado, comuníquese con la enfermera de la escuela para obtener ayuda. Algunos medicamentos puede que no sean adecuados en el ámbito escolar. Además se podría requerir documentación adicional para algunos medicamentos (ejemplos: medicamentos para el uso de investigación, medicamentos con potencial de efectos secundarios graves e inmediatos). Comuníquese con la enfermera de la escuela si tiene preguntas.

SECTION 1: LICENSED HEALTHCARE PROVIDER AUTHORIZATION	
<ul style="list-style-type: none"> When possible, medications should be taken before or after school. Administration of non-prescription medications at school is discouraged. CMS action plans for asthma, diabetes, seizure disorders and severe allergies may be used instead of this form. See CMS Coordinated School Health webpage. When using this form, complete a separate form for each medication; write legibly; use lay terms. Complete Section 3 for students who will self-carry and/or self-medicate. 	
Medication: (Generic/Brand)	Controlled Substance? <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no
Dose/Dosing Instructions:	Route:
Administration Time: Relationship to meals: <input type="checkbox"/> Not applicable <input type="checkbox"/> With meals <input type="checkbox"/> With snacks <input type="checkbox"/> Other:	<input type="checkbox"/> PRN (specify time interval):
Purpose:	Check here if this medication is to be used for emergencies only. <input type="checkbox"/>
Side Effects/Adverse Reactions:	
Anticipated length of treatment: <input type="checkbox"/> School Year <input type="checkbox"/> _____ Months <input type="checkbox"/> _____ Weeks <input type="checkbox"/> _____ Days	Other Instructions (including emergency situations):

In my professional opinion, it is medically necessary for this student to receive this medication during school hours.

Signature of Healthcare Provider: _____ **Date:** _____

Stamp, Print or Type Healthcare Provider's Name & Address	Office Phone
	Office Fax

SECCIÓN 2: CONSENTIMIENTO DE / PADRE / GUARDIAN LEGAL		
<p>• Yo Entiendo: que no se administrará ningún medicamento en la escuela hasta que esta autorización haya sido aprobada por una enfermera de la escuela. Se requieren nuevas planillas de autorización al comienzo de cada año escolar, cuando la dosis o las instrucciones cambian, y cuando se prescribe un nuevo medicamento. Es mi responsabilidad suministrar el medicamento. Cada medicamento debe estar en el envase original etiquetado por la farmacia o el proveedor del cuidado de la salud. Algunas farmacias proveerán un contenedor adicional para uso escolar. La información acerca este medicamento y la salud de mi hijo puede ser compartida con el personal de la escuela o agentes de la escuela para ayudar a asegurar el cuidado y el éxito de mi hijo en la escuela. La enfermera de la escuela puede comunicarse con el proveedor de atención médica que le prescribió el medicamento y la farmacia donde se llenó la prescripción para discutir esto medicamentos y la salud de mi hijo. Los medicamentos son administrados por una enfermera o personal capacitado de CMS.</p> <p>• Yo doy permiso para que mi hijo reciba el medicamento descrito arriba durante las horas escolares. Doy permiso para que el Proveedor del cuidado de la salud, farmaceuta y su personal proporcione información a la enfermera de la escuela acerca de este medicamento y la salud de mi hijo.</p> <p>• En nombre de mi hijo, dejo libre de toda responsabilidad civil a la Junta de Educación de Charlotte-Mecklenburg, sus agentes y empleados de lo que pueda suceder como resultado de que mi hijo tome este medicamento en la escuela.</p>		
Firma del Padre/ Guardián Legal:	Fecha:	Números de Teléfono (Celular, Trabajo, Casa):



AUTORIZACIÓN PARA TOMAR MEDICAMENTOS PARA LOS ESTUDIANTES DE CMS

SECCION 3: AUTORIZACION PARA QUE ESTUDIANTES DE CMS SE AUTO-MEDIQUEN

Nombre del Estudiante	Fecha de Nacimiento del Estudiante
Nombre del Medicamento	Propósito del Medicamento

REQUISITOS DE ELEGIBILIDAD DE CMS PARA AUTOMEDICARSE

Los estudiantes con afecciones crónicas como asma, diabetes, alergias severas y aquellos que requieren dosis frecuentes de productos sin prescripción, pueden ser elegibles para auto-medicalse. La auto-administración de una sustancia controlada se considerará en algunos casos en que puedan ocurrir episodios médicos potencialmente dañinos. Para la auto-medicalción, los estudiantes: 1) tienen que estar mental, emocional y físicamente capaz de auto-administrar el medicamento, 2) tienen que haber sido enseñados en el uso apropiado y el cuidado seguro de sus medicamentos, 3) tienen que demostrar un comportamiento maduro y responsable usando su medicamento 4) tienen que mantener su medicamento para sí mismo seguro, o de otra manera que haya sido acordado con la enfermera y la administración de la escuela, y 5) no pueden compartir o mostrar el medicamento a otros estudiantes. El privilegio de ser autorizado a auto-medicalse puede ser quitado si hay alguna causa justa. El incumplimiento de las políticas y regulaciones de CMS puede resultar en acciones disciplinarias como se indica en el Código de Conducta Del Estudiante. La Junta de Educación de CMS, sus designados y agentes, no asumen la responsabilidad de la auto-medicalción por parte de los estudiantes. Los detalles adicionales se encuentran en la Política de CMS JLCD / Regulación JLCD-R.

HEALTHCARE PROVIDER

The student named above meets the CMS eligibility requirements for self-medication. This student is capable of, has been instructed on the procedures for and has demonstrated the skill to self-administer this medication as directed in Section 1 of this form. This student will not require adult supervision while taking this medication.

Is this medication a controlled substance? yes no

Check applicable items below:

- Please allow this student to self-administer this medication while at school during school hours.
- This student should carry this medication with him/her at all times during the school day, while at school-sponsored events, or while in transit to or from school or school-sponsored activities.

Healthcare Provider Signature:	Date:
Healthcare Provider (Print Name):	

PADRE/ GUARDIAN LEGAL

Mi hijo es capaz de auto-medicalse y cumple con los requisitos de elegibilidad de CMS. Doy mi consentimiento a las Escuelas de Charlotte-Mecklenburg y permito que mi hijo se auto-administre este medicamento en la escuela. Entiendo que mi hijo y yo asumimos la responsabilidad del uso adecuado y el cuidado de este medicamento. Si este medicamento es para una emergencia que pone en peligro la vida como lo es la anafilaxia para el asma, estoy de acuerdo en proporcionar un suministro de reserva del medicamento el cual se mantendrá en la escuela en un lugar en el cual mi hijo tenga acceso inmediato para asegurar que el medicamento esté disponible si se necesita. Dejo libre de toda responsabilidad civil a la Junta de Educación de Charlotte-Mecklenburg, sus agentes y empleados de lo que pueda suceder como resultado de que mi hijo tome este medicamento en la escuela. Entiendo que la información sobre este medicamento y la salud de mi hijo puede ser compartida con el personal escolar y los agentes de la escuela para ayudar a asegurar el cuidado y el éxito de mi hijo en la escuela. La enfermera de la escuela puede comunicarse con el proveedor de atención médica que le prescribió el medicamento y la farmacia donde se llenó la receta para discutir este medicamento y la salud de mi hijo.

Firma del Padre/ Guardián Legal:	Fecha:
Nombre del Padre/ Guardián Legal (Por favor escriba en letra imprenta):	

ESTUDIANTE

Soy capaz de tomar este medicamento por mi cuenta. Acepto tomar este medicamento según lo ordenado. Lo mantendré seguro y fuera de la vista de los demás cuando no lo esté usando. No dejaré que otros tengan o usen mi medicamento o suministros médicos. Yo entiendo que seré disciplinado bajo el Código de Conducta del Estudiante de CMS si abuso del privilegio de ser autorizado a auto-medicalme mientras estoy en la escuela o actividades patrocinadas por la escuela. Entiendo que puedo perder el privilegio de auto-administrar mi medicamento si no sigo estas reglas.

Firma del Estudiante:	Fecha:
Estudiante (letra imprenta):	

SCHOOL NURSE

I have reviewed this request and acknowledge that this student has demonstrated the skill level to self-administer this medication. I have informed this student that he or she must tell an appropriate staff member whenever he or she has used the medication at school.

Nurse Signature:	Date:
Nurse (Print Name):	

PRINCIPAL / DESIGNEE

I have reviewed this request and approve this student for self-administering this medication.

Principal/Designee Signature:	Date:
-------------------------------	-------

Pasos para Completar la Planilla de Autorización de Dieta

1. **Padre/Guardián**, complete la parte A. Firme y escriba la fecha en la planilla (se requiere para procesarla)
2. **Autorización Médica**, complete la parte B. Escriba el nombre, firme y escriba la fecha en la planilla; colocar el sello de la oficina del médico a la planilla (se requiere para procesarla).
3. Enviar la planilla por correo a: CMS Child Nutrition Services
PO Box 668847
Charlotte, NC 28266
Teléfono (980) 343-6041 – Fax (980) 343-6045
specialdiets@cms.k12.nc.us
4. Los Servicios de Nutrición para los Niños enviarán la planilla procesada a la cafetería de la escuela del estudiante
5. **La planilla que este incompleta será devuelta al padre/guardián.**

- El menú mensual con la información sobre los gramos de carbohidratos y sobre los principales alérgenos de los alimentos, se encuentran en <http://www.cms.k12.nc.us/cmsdepartments/cns>. No es necesario completar una Planilla de Autorización de Dieta si la información mencionada antes es suficiente para que los padres/guardianes supervisen la dieta del estudiante en la escuela.
- Esta planilla tiene que ser completada al comienzo de cada año escolar y cada vez que ocurra un cambio de tratamiento o diagnóstico durante el año escolar. El completar anualmente esta planilla por la autoridad médica del estudiante, asegura que las necesidades dietéticas actuales del estudiante están siendo cumplidas.

PARTE A. Para ser completado por el Padre/ Guardián

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE				
Número de ID del Estudiante	Apellido, Primer Nombre, Inicial del Segundo	Fecha de Nacimiento	Escuela Actual	Grado
INFORMACIÓN DEL PADRE/GUARDIÁN				
Nombre, Apellido		Teléfono Durante el Día	Dirección, Ciudad, Estado, Código Postal	
Correo Electrónico (lo usaremos para enviar confirmaciones y detalles sobre el plan del menú de su hijo. ESCRIBIR CLARAMENTE)				
Describe sus preocupaciones acerca de las necesidades dietéticas de su hijo y capacidad de participar de manera segura en el horario de comida en la escuela.				
AUTORIZACIÓN DE DIETA PARA EL AÑO ESCOLAR 20 - 20 <input type="checkbox"/> Primera Orden de Dieta <input type="checkbox"/> Revisión de Orden de Dieta		¿Qué comidas provistas por la Cafetería de la Escuela comerá el estudiante? <input type="checkbox"/> Desayuno <input type="checkbox"/> Almuerzo <input type="checkbox"/> Merienda	¿Tiene el estudiante una discapacidad identificada (IEP o un Plan 504)? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Mi hijo tiene una dieta especial y NO comerá de la cafetería de CMS.
Al firmar doy permiso a los Servicios de Nutrición para los Niños para hablar con el Médico Licenciado (MD) o con la Autoridad Médica Reconocida que firma la Planilla de Autorización de Dieta para discutir las necesidades dietéticas del estudiante descritas en la Parte B de esta planilla.			Firma del Padre/Guardián (requerido para procesar la planilla)	Fecha
			X	

PART B. To be completed by Licensed Physician

STUDENT DIAGNOSIS OR CONDITION	
<input type="checkbox"/> Food Intolerance <input type="checkbox"/> Food Allergy <input type="checkbox"/> *Life Threatening Food Allergy - Check appropriate box: <input type="checkbox"/> Ingestion <input type="checkbox"/> Contact <input type="checkbox"/> Inhalation <input type="checkbox"/> Disability (Specify) _____ Describe major life activities affected _____ <input type="checkbox"/> Other (Specify) _____	*Students with life threatening food allergies must have an emergency action plan in place at school.
FOOD TEXTURE MODIFICATION	
If needed check ONE: <input type="checkbox"/> Pureed <input type="checkbox"/> Ground <input type="checkbox"/> Chopped	
FOOD(S) THAT SHOULD BE AVOIDED (Check all that apply)	
DAIRY <input type="checkbox"/> Fluid Milk. Substitute with <input type="checkbox"/> lactose-free milk <input type="checkbox"/> juice <input type="checkbox"/> water <input type="checkbox"/> Cheese and recipes with cheese listed as an ingredient <input type="checkbox"/> Ice Cream <input type="checkbox"/> Yogurt <input type="checkbox"/> Recipes with any dairy listed as an ingredient EGG <input type="checkbox"/> Whole eggs such as scrambled eggs or hard cooked eggs <input type="checkbox"/> Recipes with any egg listed as an ingredient WHEAT / GLUTEN <input type="checkbox"/> Recipes with any wheat listed as an ingredient FISH OR SHELLFISH <input type="checkbox"/> Fish <input type="checkbox"/> Shellfish (CMS cafeterias do not serve shellfish)	TREE NUTS (CMS cafeterias do not serve tree nuts) <input type="checkbox"/> Food products identified as manufactured in a plant that also handles tree nuts PEANUTS (CMS cafeterias do not serve peanuts or products processed in a peanut facility) <input type="checkbox"/> Peanuts - Diet order form is not required for peanut only allergy. CORN <input type="checkbox"/> Whole corn such as corn kernels, tortilla chips, corn muffin <input type="checkbox"/> Recipes with corn / corn products listed as an ingredient SOY <input type="checkbox"/> Soy Lecithin <input type="checkbox"/> Soy Protein (concentrate, hydrolyzed, isolate) <input type="checkbox"/> Recipes with any soy listed as an ingredient OTHER <input type="checkbox"/> Other, specify if it is a cooked ingredient or when consumed fresh _____ _____

LICENSED PHYSICIAN'S INFORMATION <i>Diet Order Form will be returned to parent / guardian and NO accommodations will be made if this section is not complete.</i>			
Medical Office Stamp (Required for processing)	Office Phone Number if not in the stamp	Medical Authority Signature	Date
		X	
	Fax Number	Medical Authority Printed Name	



TÍTULO VI ED CERTIFICADO DE ELEGIBILIDAD DEL ESTUDIANTE INDIO AMERICANO

OFICINA DEL DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN DE EE.UU PARA LA EDUCACIÓN DEL INDIO AMERICANO

Padres: Por favor devuelva este certificado completo a la escuela de su estudiante. Para poder solicitar la fórmula de subsidios bajo el Programa de Educación del Indio Americano, la escuela de su estudiante tiene que determinar el número de niños Indio Americanos registrados. Cualquier estudiante que cumpla con la siguiente definición puede ser contado para este propósito. No se requiere que usted complete o envíe esta planilla a la escuela. Sin embargo, si usted decide no enviar esta planilla, la escuela no podrá contar a su estudiante para recibir fondos bajo este programa. **Esta planilla hará parte de los archivos escolares de su estudiante y no necesitará completarse cada año.** Esta planilla se mantendrá en la escuela y la información que está contiene no se divulgará sin una aprobación escrita por usted o el previo consentimiento por escrito de un estudiante elegible (de edad de 18 o mayor) o si de otra manera fuera autorizado por la ley y si al hacerlo sería permitido bajo la Ley de Derechos Educativos y de Privacidad de la Familia, 20 U.S.C. § 1232g, y de acuerdo a cualquier requisito de confidencialidad estatal o local que aplique.

Definición: *Un Indio Americano es un individuo que es (1) un miembro (como lo define una tribu o grupo indio americano) de una tribu o grupo, incluyendo cualquier tribu o grupo desaparecida desde 1940 y cualquier tribu o grupo reconocido por el Estado en el cual la tribu o grupo reside; o (2) un descendiente en primer o segundo grado (padres o abuelos) como esta descrito en el párrafo (1); o (3) considerado por la Secretaria del Interior ser Indio Americano para cualquier propósito; o (4) un Esquimal, Aleutiano u otros Nativos de Alaska; o (5) un miembro de un grupo indígena establecido que recibe un subsidio bajo la Ley Federal de Educación del Indio Americano de 1988, la cual se hizo efectiva el 19 de octubre de 1994.*

Nombre del Estudiante _____ Fecha de Nacimiento _____
 (Como esta en los registros de inscripción de la escuela) Por favor tome en cuenta que se necesita una planilla separada para cada estudiante Indio Americano que se registre.
 Nombre de la Escuela _____ Grado _____

INSCRIPCIÓN DE LA TRIBU

Nombre del Individuo con membresía de la tribu: _____
 (El individuo nombrado tiene que ser un descendiente de la primera o segunda generación)
 El individuo nombrado es: (marque uno) ___ Niño/a ___ Padre del Niño/a ___ Abuelo del Niño/a ___ Guardián del Niño/a
 Nombre del individuo con membresía de la tribu: _____

Nombre de la Tribu, Grupo (marque uno):

- Reconocido Federalmente Reconocido por el Estado Tribu Desaparecida (se requiere mostrar documentación. Tiene que estar adjunta al formulario.)
- Miembro de un grupo Indio Americano organizado que recibió subsidio según la Ley de Educación del Indio Americano de 1988 como fue efectiva el 19 de octubre de 1994. (Se requiere mostrar documentación. Tiene que estar adjunta al formulario.)

Prueba de la membresía de una tribu o grupo así como lo define una tribu o grupo indígena:

- A. Membresía o número de inscripción (si está disponible) _____ O
- B. Otro evidencia de Membresía en una tribu mencionada anteriormente (describa y adjunte) _____

Nombre y dirección de la tribu o grupo que mantiene los datos de registro de los individuos mencionados arriba:

Nombre _____ Dirección _____
 Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

DECLARACIÓN CERTIFICADA *Yo confirmo que la información provista arriba es correcta:*

Firma del Padre, Madre / Guardián _____ Firma _____

Dirección Postal _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Dirección del correo electrónico del Padre, Madre o Guardián: _____ Fecha _____

Notificación: aviso del reporte público de exceso de trámites, al reverso de ésta hoja.
 Se provee la información para comunicarse con el Programa de Educación del Indio Americano Título VI

OMB Number: 1810-0021

Expiration Date: 04/30/2023

Por favor complete esta planilla y regrésela a la escuela de su estudiante.

DECLARACIÓN SOBRE EL EXCESO DE TRÁMITES

De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona está en la obligación de responder a una recolección de datos que no tenga un número de control vigente de OMB. El número de control vigente de OMB para esta recolección de datos es 1810-0021. El tiempo estimado para completar esta parte de la recolección de datos de acuerdo al tipo de persona encuestada es de un promedio de: 15 minutos por planilla de certificación de un estudiante Indio Americano (ED506), incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, la búsqueda de los recursos existentes de datos, la reunión de datos necesarios y el tiempo para completar y revisar la recolección de la información. **Si usted tiene algún comentario acerca de la exactitud del tiempo estimado o sugerencias para mejorar este formulario, por favor escriba a:** U.S. Department of Education, Washington, D.C. 20202-4651. **Si usted tiene comentarios o preocupaciones acerca del estado de la entrega de su planilla, escriba directamente a:** Office of Indian Education, U.S. Department of Education, 400 Maryland Avenue, S.W., LBJ/Room 3W203, Washington, D.C. 20202-6335.

Escuelas de Charlotte-Mecklenburg

Por favor entregue una copia completa de esta planilla de Título Vi ED
Certificado De Elegibilidad Del Estudiante Indio Americano a:

Chiquitha Lloyd

Directora de Diversidad e Inclusión
Directora del Programa de Educación Indígena Título VI

Oficina del Superintendente

4421 Stuart Andrew Blvd., Suite 100
Charlotte, NC 28217
980-343-8637 - Office
980-343-7135 - Fax
Courier #835-A

CharMeckSchools     cms.k12.nc.us

cms
Charlotte-Mecklenburg Schools