

Note: If a family cannot complete this form, additional assistance may be needed from an interpreter or school personnel.



WINSTON-SALEM/FORSYTH COUNTY SCHOOLS
HOME (PRIMARY) LANGUAGE SURVEY
CUESTIONARIO DEL PRIMER IDIOMA DEL ESTUDIANTE
Revised and updated 9-19-08



This survey must be administered to every student prior to his/her enrollment in school. If the answer to any one of the questions reveals that the student or family speaks a language other than English, the student must take an English Language assessment (W-APT) at the Newcomer Center (747-6804). The purpose of this English language assessment is to identify students who may need additional academic support as they acquire English language skills (Lau. v. Nichols, U.S. Supreme Court, 1974). If a student is identified as needing additional English language support, parents or guardians will have the option to accept or waive ESL services. If a family cannot complete this form, additional assistance may be needed from an interpreter or school personnel.

Este cuestionario se debe administrar a todos los estudiantes antes de ser registrados en la escuela. Si la respuesta a cualquiera de estas preguntas revela que el estudiante o la familia hablan un idioma diferente del inglés, el estudiante deberá tomar una evaluación del idioma inglés (W-APT) en el Centro de Matrícula para Recién Llegados (747-6804). El propósito de esta evaluación del idioma del inglés es para identificar a los estudiantes que necesiten apoyo académico adicional mientras adquieren destrezas en el idioma de inglés (Lau. v. Nichols, Suprema Corte EE. UU., 1974). Si el estudiante es identificado como un estudiante que necesita ayuda adicional en el idioma de inglés, los padres o encargados tendrán la opción de aceptar o rechazar los servicios de Inglés como Segundo Idioma. Si la familia no puede llenar esta forma, puede que necesiten asistencia adicional de un intérprete o empleado de la escuela.

Student's Name/Nombre del Estudiante Birthdate/Fecha de Nacimiento
Last (Apellido) First (Nombre) Middle (Segundo Nombre) Month/Day/Year Mes/Día/Año
School/Escuela Grade/Grado
Country of Birth/País de Nacimiento Phone #/ # Teléfono
Parent's Name/Nombre de los Padres
Address/Dirección
Date of Entry into US Public Schools/ Fecha de entrada en las Escuelas Públicas de EE.UU.

Answer each question carefully / Conteste cuidadosamente:

- 1. What is the first language the student learned to speak?
¿Cuál es el primer idioma que el estudiante aprendió a hablar?
2. What language is most often spoken in the home?
¿Qué idioma se habla con más frecuencia en la casa?
3. What language does the student use most often?
¿Qué idioma el estudiante usa con más frecuencia?
4. Does the student speak any other language at home on a regular basis?
¿El estudiante habla otro idioma en la casa regularmente? No Yes/Sí

If so, what are they? / ¿Si es así, cuál es?
Do not include foreign languages studied in school or solely learned through media (TV, tape, CDs, toys)/ No incluya idiomas estudiados en la escuela o aquellos aprendidos por medio de la televisión, casetes, CDs o juguetes.

Signature/Firma del Padre de Familia o Encargado Home Language Survey Date/Fecha en que se administro esta evaluación

This form is to be filled out one time and placed in the student's cumulative folder.
Esta forma se debe llenar una vez y ser colocada en el expediente acumulativo.

# WINSTON-SALEM/FORSYTH COUNTY SCHOOLS

## STUDENT ENROLLMENT INFORMATION--INFORMACIÓN DE INSCRIPCIÓN DEL ESTUDIANTE

<b>Student's Last Name:</b> Apellido del Estudiante:	<b>First</b> Nombre:	<b>Middle</b> 2do Nombre:	<b>Nickname</b> Apodo:	<b>Student Number</b> Número del Estudiante:
---	-------------------------	------------------------------	---------------------------	---

**Gender/Género:** (Check one/Marque uno)      **DOB/Fecha de Nacimiento:**      **Home Phone/Tel. de Casa:**      **Grade/Grado:**  
**Male/Masculino:**     **Female/Femenino:**

### RACE AND GENDER/RAZA Y GÉNERO:

WS/FCS is required by law to file statistical reports regarding students' race and gender. It will not be used to discriminate against your child with respect to any programs or activities provided by WS/FCS. La ley requiere que WS/FCS haga reportes estadísticos acerca de la raza y género de los estudiantes. Los cuales, no serán usados para discriminación en contra de su hijo(a) con respecto a cualquier programa o actividades proveídos por WS/FCS.

<b>Ethnic Category/Categoría Étnica</b> (Check one/Marque uno) <input type="radio"/> Hispanic/Hispano <input type="radio"/> Non-Hispanic/No Hispano <b>Race/Raza</b> (Check all that apply/Marque todas las que apliquen) <input type="radio"/> White/Blanca <input type="radio"/> Black/Negra o Africana Americana <input type="radio"/> Asian/Asiática <input type="radio"/> American Indian/Amerindio <input type="radio"/> Hawaiian/Pacific Islander/Hawaiana/Isleños del Pacífico	<b>Office Use Only..... Enrollment Code:</b> <b>E1 Init Enroll – this year</b> <b>R3 Transfer from another LEA</b> <b>E2 Init Enroll from non-NC sch</b> <b>R5 Re-enroll Previous W1</b> <b>R2 Transfer within same LEA</b> <b>R6 Re-enroll Previous W2</b>
--	--

**Physical Street Address or PO Box/Dirección:**xxxxxxxxxxxxx    **City/Ciudad:**xxxxxxxxxxxxx    **State/Estado:**xxx    **Zip/Código Postal:**xxxx

**Mailing Address or PO Box/Dirección:**xxxxxxxxxxxxx    **City/Ciudad:**xxxxxxxxxxxxx    **State/Estado:**xxx    **Zip/Código Postal:**xxxx

### EDUCATIONAL INFORMATION/ INFORMACIÓN EDUCACIONAL:

**For new enrollees or students transferring schools only/Para estudiantes nuevos o transferidos solamente**

<b>Grade in School</b> Grado en la Escuela:	<b>Date Enrolled</b> Fecha que Comenzó:	<b>Date Exited</b> Fecha que Salió:	<b>School's Phone Number</b> Número de Teléfono de la Escuela: ( )	<b>School's Fax Number</b> Número de Fax de la Escuela: ( )
<b>Name of Last School Attended</b> Nombre de la escuela que asistió por último:	<b>Street Address/Dirección:</b>	<b>City/Ciudad:</b>	<b>State/Estado:</b>	<b>Zip/Código Postal:</b>

**What is the primary language spoken in the home/¿Cuál es el idioma principal que se habla en el hogar?:**

English/Inglés     Spanish/Español     Other/Otro (describe/describa):

### MARITAL STATUS/ ESTADO CIVIL:

If the parents are separated or divorced, the school needs the following information to determine the legal rights of the parents. As a general rule, both parents have an equal right to make decisions regarding their child's education, to visit with their child at school, and to access their child's education records. These rights may be restricted to one parent by court order or agreement./Si los padres del estudiante están divorciados o separados, la escuela necesita la siguiente información para determinar los derechos legales de los padres. Como regla general, los dos padres tienen el mismo derecho en tomar decisiones sobre la educación de sus hijos, a visitarlos en la escuela, y a tener acceso a sus expedientes escolares. Estos derechos se pueden restringir a un padre de familia por orden judicial o por acuerdo.

**Parents' Marital Status (check one)/Estado Civil de los Padres (marque uno):**

Married/Casados     Separated/Separados     Divorced/Divorciados     Widow(er)/Viudo(a)     Single/Soltero(a)

**If separated/divorced, who has primary physical custody/Si separado(a)/divorciado(a), ¿quién tiene la custodia física?**

Father/Padre     Mother/Madre     Joint/Ambos     Other/Otro: \_\_\_\_\_

**Copy of court order or written agreement/Copia de la orden judicial o del acuerdo escrito.**

**How was custody awarded/¿Como fue concedida la custodia?**

Court Order/Orden Judicial     Written Separation Agreement/Acuerdo de separación escrito

**You must provide a copy of the order/agreement within 10 days/Debe proporcionar una copia de la orden/acuerdo en un plazo de 10 días.**

**Does the court order or separation agreement limit the non-custodial parent's rights/¿Limita la orden judicial o el acuerdo de separación los derechos del padre sin-custodia?**     No     Yes/Sí    **If yes, attach a copy/Si sí, adjunte una copia.**

**If yes, what rights are limited/restricted/Si sí, ¿que derechos han sido limitados/restringidos?**

Educational Decisions/Decisiones Educativas     Visitation/Visitas     Access to Records/Acceso a los expedientes

**PARENT/GUARDIAN INFORMATION/INFORMACIÓN DEL PADRE/ENCARGADO**

Parent/Guardian (check one)/ Padre/encargado (marque uno):

Father/Papá  Mother/Mamá  Guardian/Encargado  Other/Otro \_\_\_\_\_

First Name/Nombre:	Last Name/Apellido:	Home Phone/Tel. de Casa:	Cell Phone/Tel. Celular:
Employer/Empleador:	Employer Address/Dir. Del Trabajo:	Work Phone/Tel. Trabajo:	Email/Correo Electrónico:

Parent/Guardian (check one)/ Padre/encargado (marque uno):

Father/Papá  Mother/Mamá  Guardian/Encargado  Other/Otro \_\_\_\_\_

First Name/Nombre:	Last Name/Apellido:	Home Phone/Tel. de Casa:	Cell Phone/Tel. Celular:
Employer/Empleador:	Employer Address/Dir. Del Trabajo:	Work Phone/Tel. Trabajo:	Email/Correo Electrónico:

**CONTACT INFORMATION/INFORMACIÓN DE CONTACTO**

Please list person{s} who you authorize to pick up your child **OTHER THAN THE PARENT**.

Por favor nombre la{s} persona{s} a quien usted autoriza recoger a su hijo(a) (Otras personas que no sean los padres de familia o encargados).

First Contact/1er Contacto:	Relation/Relación:	Home Phone/Tel. de Casa:	Work Phone/Tel. Trabajo:	Cell Phone/Tel. Celular:
Second Contact/2do Contacto:	Relation/Relación:	Home Phone/Tel. de Casa:	Work Phone/Tel. Trabajo:	Cell Phone/Tel. Celular:
Third Contact/3er Contacto:	Relation/Relación:	Home Phone/Tel. de Casa:	Work Phone/Tel. Trabajo:	Cell Phone/Tel. Celular:
Name of After School Provider Nombre del que Proporciona Cuidado Después de Escuela:	Address/Dirección:	Work Phone/Tel. Trabajo:	Cell Phone/Tel. Celular:	

**EMERGENCY MEDICAL INFORMATION/INFORMACIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA DEL ESTUDIANTE**

Please complete "Student Health History and Emergency Medical Information Form". You also may provide any emergency medical information the school needs for the health, safety and welfare of your child below./Por favor llene la "forma del Historial Médico del Estudiante e Información Médica de Emergencia". También puede proporcionar cualquier información médica de emergencia que la escuela necesite para la salud, seguridad y bienestar de su hijo(a) abajo.


**SIBLING INFORMATION/INFORMACIÓN DE LOS HERMANOS**

Name of Brother/Sister Attending School Nombre del(la) hermano/hermana que asiste a la escuela	School to which each is assigned Escuela a la cual cada uno esta asignado	Grade Grado

**SPECIAL EDUCATION/EXCEPTIONAL CHILDREN / EDUCACIÓN ESPECIAL/ NIÑOS EXCEPCIONALES**

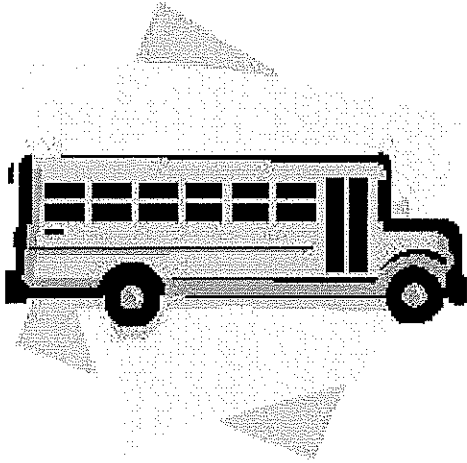
Has this child been identified as a child with disabilities/¿Han identificado a este(a) niño(a) como un(a) niño(a) con incapacidades?  No  Yes/Sí  
Does this child receive any special services/? ¿Recibe su hijo (a) cualquier servicio especial?  504 Plan  AIG/Gifted  Title I Reading

**CERTIFICATION/CERTIFICACIÓN**

I, the undersigned parent, guardian or caretaker of the child named above, certify that all of the information provided above is true to the best of my knowledge and belief./Yo, el padre o encargado del estudiante nombrado arriba, certifico que toda la información proporcionada es verdadera de acuerdo a mi conocimiento y creencia.

\_\_\_\_\_  
Signature of Parent, Guardian or Caretaker/Firma del Padre de familia o Encargado:

\_\_\_\_\_  
Date/Fecha:



WINSTON-SALEM/FORSYTH COUNTY SCHOOLS  
Transportation Routing Request Form (*Forma para pedir transporte*)

*All information must be provided. Do not leave any information blank. (Llene todo)*

Student's ID # \_\_\_\_\_ Grade: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
*Número de Estudiante Grado Fecha*  
Student's Last Name: \_\_\_\_\_ First Name: \_\_\_\_\_  
*Apellido del Estudiante Nombre*  
Street Address: \_\_\_\_\_ Apt # \_\_\_\_\_  
*Dirección*  
City: \_\_\_\_\_ Zip Code \_\_\_\_\_  
*Ciudad Código Postal*

Parent Last Name: (*Apellido de los padres*) \_\_\_\_\_  
First Name: (*Primer Nombre*) \_\_\_\_\_  
Daytime Phone Number: (*Número de teléfono durante el día*) \_\_\_\_\_  
E-mail: (*Correo electrónico*) \_\_\_\_\_

Requested Stop Location:  
*Localización de Parada Solicitada:*

A.M.: \_\_\_\_\_

P.M.: \_\_\_\_\_

Please keep in mind that buses can only travel on state or city maintained roads and will be routed on main or primary roads and not onto side streets or into housing developments unless certain criteria stated in Policy 3541 are met. Policy 3541 details the criteria for assigning bus stops in the "walk zone". A complete copy of this policy can be located on the WS/FC Schools website: <http://wsfcs.k12.nc.us/>

Por favor tenga en mente que los autobuses pueden viajar solamente en caminos mantenidos por el estado o la ciudad y serán encaminados en los caminos principales y no sobre las calles laterales o dentro de complejos multifamiliares a menos que se reúnan ciertos criterios declarados en la Política 3541. La Política 3541 detalla los criterios para asignar paradas de autobús en la "zona de caminar". Una copia completa de esta política puede ser localizada en la página de web de las escuelas de WS/FC: <http://wsfcs.k12.nc.us/>



## Winston-Salem/Forsyth County Schools Student Health History and Emergency Medical Information

Student's Name:	School:	
Parent, Guardian, Caretaker Name:	Grade:	Date of Birth:
Home Telephone:	Work Telephone:	

Please complete this brief health history form and return it to your child's teacher or school as soon as possible. This information is needed to care for your child in case of illness or injury and to meet your child's health needs at school. If your child needs medication at school, an **Administration of Medication Form** must be completed and returned to the teacher or school. The form can be obtained at school. Contact the school secretary if you need to talk with the school nurse.

The information contained on this form is confidential as provided by federal law, the Family Education Rights and Privacy Act, FERPA, 20 USC 1232g and state law. Only those school employees with a good educational reason may access and inspect this form. The school nurse has the right of access to this form. In a health related emergency, emergency personnel may be granted access to the information on this form.

**Where does the child receive health care:**

Name of Doctor/Clinic:	Telephone:	Date of last physical exam:
Name of Dentist:	Telephone:	Date of last dental exam:

**Does your child have:**

Allergies <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	If yes, what is your child allergic to?	Is medication needed at school? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Asthma <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	If yes, when was last attack?	Is medication needed at school? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Diabetes <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	If yes, does your child need a diabetes care plan?	Is medication needed at school? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Seizures <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	If yes, when was last seizure?	Is medication needed at school? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Vision Problem <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Does your child wear glasses or contacts? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
Hearing Problem <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Does child have a hearing loss? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Does child wear a hearing aid? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Heart Problem <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	If yes, name problem:	Is medication needed at school? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Is exercise limited? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Orthopedic Problem <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	If yes, describe problem:	
Other health problems <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If yes, please describe:		

Was your child hospitalized or did your child have major changes in health within the past year?  Yes  No  
If yes, please describe:


Signature of parent, guardian, or caretaker:	Date:
--	-------

# WINSTON-SALEM FORSYTH COUNTY SCHOOLS

School Escuela \_\_\_\_\_

## PERMISSION TO SECURE MEDICAL CARE *Permiso para obtener Servicios Médicos*

Dear Parent or Guardian: *Estimados padres de familia o encargados:*

It is extremely important that the school have on file current information for emergency use regarding your place of employment, work hours, names and telephone numbers of neighbors, relatives, baby-sitters, and child care providers. Please make an effort to keep this information on your child's record up-to-date. *Es muy importante que la escuela tenga archivada la siguiente información en caso de una emergencia: el lugar de su empleo, su horario de trabajo, los nombres y números de vecinos o parientes. Por favor infórmenos de cualquier cambio de dirección o teléfonos.*

In the event that your child becomes seriously ill or injured while at school, the school will take action as outlined below: *Si su hijo(a) se enferma o sufre un accidente en la escuela, la escuela tomará acción de acuerdo a lo siguiente:*

1. Appropriate first aid will be administered immediately when the situation calls for it. *Se le darán los primeros auxilios si la situación así lo exige.*
2. In extreme emergencies, your child will be taken immediately to the hospital emergency room by ambulance or private vehicle and you will be contacted and advised of the situation. In most cases, however, efforts will be made to contact you first and seek your advice concerning the action to be taken by the school. *En caso de una emergencia muy grave su hijo(a) será llevado al servicio de emergencia del hospital en ambulancia o en carro privado y usted será avisado de la situación. En la mayoría de los casos, sin embargo, la escuela hará esfuerzos de contactar a los padres primero para pedir consejo en cuanto a la acción que se tomará por la escuela.*
3. In the event you cannot be located, or in extreme emergencies, school officials will decide whether immediate medical treatment is needed and will act accordingly. *Si no podemos localizar a los padres o en extrema urgencia, los oficiales de la escuela decidirán si se necesita tratamiento médico inmediato y actuarán como tal.*

In order to assure that proper medical treatment can be obtained under the conditions described in section # 3 above, the school system requests that you complete the form below giving the school permission to obtain medical treatment for your child and certifying that you will accept the financial responsibility for payment of any ambulance, hospital and/or physicians. *Para asegurar que el tratamiento médico apropiado se pueda obtener bajo las condiciones mencionadas en la sección # 3 arriba, el sistema escolar pide que llene el formulario debajo dándole a la escuela permiso para obtener tratamiento médico para su hijo(a) y certificando que usted aceptara la responsabilidad financiera de pago a cualquier ambulancia, hospital y/o médicos.*

I, the undersigned, give permission to the Winston-Salem/Forsyth County School System and my child's school to act in my behalf in my absence or in emergency situations to obtain medical treatment for my child \_\_\_\_\_ I agree to

accept full responsibility for the payment of all ambulance, hospital and physicians' bills and charges for any services rendered.

Parent/Guardian Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_\_

*Yo, el que firma, doy permiso al sistema escolar de Winston-Salem/Forsyth County y a la escuela de mi hijo(a), para que puedan actuar en mi lugar en mi ausencia y en caso de emergencia para obtener tratamiento médico para mi hijo(a) \_\_\_\_\_ Acepto la responsabilidad completa de pagar las cuentas y cargos de todos los servicios de ambulancia, hospital y médicos por cualquier servicio hecho.*

Firma del Padre/encargado \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Medical Insurance (Seguro Médico) \_\_\_\_\_ Policy Number (número de póliza) \_\_\_\_\_

Check your preference (marque su preferencia): Baptist Hospital \_\_\_\_\_ Forsyth Hospital \_\_\_\_\_

Name of nearest Relative or friend and relationship (Nombre del Pariente más cercano o amigo y relación con su hijo(a)) \_\_\_\_\_ Phone (Teléfono) \_\_\_\_\_

**Photo/video-Parental consent      Fotos/Video-Permiso de Padres de Familia**

At various times during the year, representatives from the Winston-Salem Forsyth County Schools Public Information Office, the news media, and others request to visit our schools to observe various programs. Occasionally, these groups request permission to film, photograph, or videotape school publications, teachers training, presentations to professional and community groups, news releases and public affairs coverage, including television. We would not want to allow any depiction of your child without your consent.

*Ocasionalmente durante el año escolar, representantes de las escuelas de WS/FC, de los periódicos y de otros medios de comunicación, visitan nuestras escuelas para observar varios programas. Ocasionalmente, estos grupos piden permiso para filmar fotografiar o filmar publicaciones de las escuelas, entrenamiento de los maestros, para presentaciones dirigidas a grupos profesionales y de la comunidad, noticias y eventos públicos incluyendo la televisión. No quisiéramos permitir ninguna foto de su hijo(a) sin su consentimiento.*

- I Do**       **I Do not**      consent to the taking and use of pictures as set forth above.  
 **Si doy**       **No doy** permiso de que se tomen y usen fotos de mi hijo(a) como antes dicho.

Child's name *Nombre de su hijo(a)* \_\_\_\_\_

Parent Signature (*Firma del padre*) \_\_\_\_\_ Date (*Fecha*) \_\_\_\_\_

**FIELD TRIP PERMISSION**

**PERMISO PARA PASEOS**

During the course of the school year, our teachers plan field trips to provide opportunities for our students to observe in the community subjects that are being discussed in the classroom. Before your child can participate in the field trips, however we must have a permission slip from you on file.

Transportation for field trips will be by bus, charter bus, or private vehicles. The cost of trips will be determined by the admission cost, and transportation costs divided by the number of students going.

*Durante el curso del año escolar, nuestros maestros planean paseos y excursiones con el propósito de dar a los alumnos la oportunidad de estudiar cosas relacionadas con la comunidad y temas que se estudian en la clase. Antes de que su hijo(a) pueda participar en estas excursiones, necesitamos su permiso por escrito.*

*El transporte para las excursiones será en autobús de la escuela o rentado o en vehículos privados. Cada paseo tiene un costo diferente y los gastos de transporte se dividirán entre la cantidad total de estudiantes.*

My child *Mi hijo(a)* \_\_\_\_\_, has permission to accompany his/her class on field trips with WS/FC schools. I understand that the class will travel by bus and/or private vehicles and will be accompanied by the teacher or other personnel on the trips. *Tiene permiso de ir con su clase a las excursiones que organiza la escuela. Yo entiendo que su clase irá a estos paseos en el bus escolar o en vehículos privados y los estudiantes serán acompañados por su maestro u otras personas de la escuela.*

Parent/Guardian signature (*Padre de familia/Encargado*) \_\_\_\_\_