



LAKE JOY ELEMENTARY

985 Lake Joy Road • Warner Robins, GA 31088

Phone: 478-971-2712 • Fax: 478-971-2710

Mrs. Tami Godman, Principal

Mrs. Rose Campbell
Assistant Principal

Mrs. Kristin Keith
Counselor

Dr. Jeff Washington
Assistant Principal

Elementary Student Handbook

Dear Parents and Students:

For the 2019-2020 school year, Lake Joy Elementary is making our school handbook available electronically for viewing online. We encourage you to access our handbook by going to <http://ljes.hcbe.net>. Click on the "Parents and Students" tab and then select the appropriate handbook version. The purpose of this handbook is to serve as a guide for students and to inform parents about the policies and procedures of our school. Please read this handbook carefully; lack of knowledge of these rules is no excuse for breaking them and does not exempt a student from receiving consequences for inappropriate behavior.

After reading the handbook, please complete the attached forms. The forms are divided into two sections – *Required Forms* and *Optional Forms*. **Please return the entire packet to your student's homeroom teacher no later than Friday, August 16, 2019.**

Required Forms

- Parent Signature Page
- Internet Acceptable Use and B.Y.O.D Agreement
- GA DOE Parent Occupational Survey
- Health Related Services Medical Questionnaire
- Personal Body Safety
- Household Information Form

Optional Forms

- Student Prohibition from Extracurricular Activities
- Photo, Video, and Media Interview Opt Out Form

If you would prefer to have a printed copy of the handbook, please indicate in the space provided below. We will be glad to send you a hard copy of the handbook where you can refer to policies and procedures. Indicate your request below.

_____ I would like to receive a printed, hard copy of the school handbook. Please send one home with my child.

_____ I do not wish to have a printed, hard copy of the school handbook. I will access the one provided on the school's webpage.

Signature of Student: _____ Date: _____

Signature of Parent: _____ Date: _____

We look forward to a great year at Lake Joy Elementary School. If you have any questions or concerns, please feel free to call us for assistance.

Sincerely,

Tami Godman

Tami Godman
Principal





Manual del Estudiante de La Escuela Elementaría

Estimados Padres y Estudiantes:

Para el año escolar 2019-2020, Lake Joy Elementary School está haciendo el manual de la escuela disponible electrónicamente para ser visto en línea. Le recomendamos que consulte nuestro manual en la siguiente dirección: <http://ljes.hcbe.net>. El propósito de este manual del estudiante es servir de guía para los estudiantes e informar a los padres sobre las políticas y procedimientos de nuestra escuela. Por favor lea cuidadosamente este manual. La falta de conocimiento de las reglas no es excusa para romperlas y no exime a un/a estudiante de recibir consecuencias por comportamiento inapropiado.

Después de leer el manual, por favor complete las páginas adjuntas y devuelva los formularios marcados como **requeridos**.

- Página para la firma del padre **(requerido)**
- Acuerdo del Uso Aceptable del Internet y B.Y.O.D **(requerido)**
- Encuesta Ocupacional de Padres "GA DOE" **(requerido)**
- Cuestionario Medico de Servicios Relacionados con la Salud **(requerido)**
- Seguridad Personal del Cuerpo **(requerido)**
- Formulario de Información del Hogar **(requerido)**
- Prohibición al Estudiante de participar en Actividades Extracurriculares (opcional)
- Formulario de opción para no permitir fotos, videos o media. (opcional)

Si usted prefiere tener una copia impresa del manual, sírvase indicarlo en el espacio proporcionado a continuación. Estaremos encantados de enviarle una copia impresa del manual donde puede consultar nuestras políticas y procedimientos. Indique su solicitud a continuación.

_____ Me gustaría recibir una copia impresa del manual de la escuela. Por favor envíe una a casa con mi hijo/a.

_____ No deseo tener una copia impresa del manual de la escuela. Consultare el que se ofrece en la página web de la escuela.

Firma del Estudiante: _____ Fecha: _____

Firma del Padre: _____ Fecha: _____

Esperamos tener un grandioso año en Lake Joy Elementary School. Si tiene alguna pregunta o preocupación, por favor no dude en llamarnos para atenderlo.

Atentamente,
Tami Godman
Principal

REQUIRED FORMS SECTION

This section contains the forms that are REQUIRED. These forms must be completed. Please return the entire packet to your student's homeroom teacher no later than August 16, 2019.

PARENT'S SIGNATURE PAGE

Please sign and return this page to your child's school.

Student Name (please print) _____

I have read the information in the Lake Joy Elementary School Student Handbook and understand that the school must operate in accordance with the stated policies and procedures. I have paid particular attention to the following subjects:

- **Attendance Policy**
- **Bus Conduct Policy**
- **Family Educational Rights and Privacy Act (FERPA)**
- **Grievance Procedures for Title IX, Title I, Title II, Section 504 and General Complaints**
- **ESSA "Right to Know Professional Qualifications of Teachers and Paraprofessionals"**
- **School Clubs/Activities** available at the school and have completed the Student Prohibition from Extracurricular Activities form for any clubs or activities I prohibit my child from participating
- **Student Code of Conduct** which includes information about **Bullying** and **Sexual Harassment**

Signature of Student: _____

Signature of Parent: _____

Date: _____

PAGINA PARA LA FIRMA DEL PADRE

Por favor firme y devuelva esta página a la escuela de su hijo/a.

Nombre del Estudiante (por favor escriba en Imprenta) _____

He leído la información en el Manual del Estudiante de la Escuela en Lake Joy Elementary y entiendo que la escuela debe operar de acuerdo con las políticas y procedimientos establecidos. He prestado especial atención a los siguientes temas:

- **Política de Asistencia**
- **Política de Conducta en el bus Escolar**
- **Ley de Derechos Educativos y Privacidad de la Familia (FERPA)**
- **Procedimientos de Queja para Título IX, Título I, Título II, Sección 504 y Quejas Generales**
- **“Derecho a Conocer las Cualificaciones Profesionales de Maestros y Paraprofesionales” - ESSA**
- **Clubes/Actividades Escolares** disponibles en la escuela y he completado el formulario de Prohibición de las Actividades Extracurriculares del Estudiante para cualquier club o actividad en la cual prohíbo a mi hijo/a participar.
- **Código de Conducta del Estudiante**, que incluye información sobre la **Intimidación** y el **Acoso Sexual**

Firma del Estudiante: _____

Firma del Padre: _____

Fecha: _____

Internet Acceptable Use Agreement and BYOD Understanding

Parent / Guardian Agreement

Please read policy IFBG – Internet Acceptable Use Found in Your Child’s Handbook

As the parent or guardian of this student, I have read the Terms and Conditions for Internet access in policy IFBG in my child’s handbook. I understand that this access is designed for educational purposes and the Houston County School System has taken available precautions to eliminate controversial material. I also recognize that it is impossible for the school system to restrict access to all controversial materials, and I will not hold the school system responsible for materials acquired through the Internet. Further, I accept full responsibility for supervision if and when my child’s use of the Internet is not in a school setting. I hereby give permission for my child to use the Internet on resources provided by the Houston County board of Education and certify that the information on this form is correct.

I also have read and understand the B.Y.O.D. procedures and furthermore I acknowledge that the school district has the right to collect and examine any device that is suspected of violating school rules and/or procedures.

Name of Student _____

Name of Parent/Guardian (please print) _____

Signature of Parent/Guardian _____

Date _____

Student Agreement

I understand and will abide by the Terms and Conditions for Internet use as detailed in policy IFBG. I further understand that any violation, of the policy IFBG may be unethical and may constitute a criminal or school system offense. Should I commit any violation, my access privileges may be revoked, other school disciplinary action may be taken, and appropriate legal action may be taken.

I also have read and understand the B.Y.O.D. procedures and furthermore I acknowledge that the school district has the right to collect and examine any device that is suspected of violating school rules and/or procedures.

Student Signature _____ Date _____

Grade _____ Teacher Name _____

Acuerdo de Uso Aceptable de Internet y Comprensión de BYOD
Acuerdo Padre/Guardián

Por favor Lea la política IFBG - Uso aceptable del Internet, que se encuentra en el manual de su hijo/a

Como padre o guardián de este estudiante, he leído los Términos y condiciones para el acceso a Internet en la política IFBG del manual de mi hijo/a. Entiendo que este acceso está diseñado con fines educativos y que el Sistema Escolar del Condado de Houston ha tomado las precauciones posibles para eliminar material controvertido. También reconozco que es imposible para el sistema escolar restringir el acceso a todos los materiales controversiales y no responsabilizaré al sistema escolar por los materiales adquiridos a través de Internet. Además, acepto la responsabilidad total de la supervisión cuando el uso de Internet de mi hijo/a no esté en el entorno escolar. Por la presente doy permiso para que mi hijo/a use Internet en los recursos proporcionados por la Junta de Educación del Condado de Houston y certifico que la información en este formulario es correcta

También leí y entiendo los procedimientos del B.Y.O.D. y, además, reconozco que el distrito escolar tiene el derecho de recopilar y examinar cualquier dispositivo que se sospeche que quebranta las normas y/o procedimientos de la escuela.

Nombre del Estudiante _____

Nombre del padre/Guardián (por favor escriba en Imprenta) _____

Firma Del Padre/Guardián _____

Fecha _____

ACUERDO DEL ESTUDIANTE

Entiendo y cumpliré los Términos y condiciones para el uso de Internet como se detalla en la política IFBG. Además, entiendo que cualquier violación de la política de la IFBG puede no ser ética y puede constituir una ofensa criminal o del sistema escolar. Si cometo alguna violación, mis privilegios de acceso pueden ser revocados, se pueden tomar otras medidas disciplinarias en la escuela y se pueden tomar las medidas legales correspondientes

También leí y entiendo los procedimientos del B.Y.O.D. y, además, reconozco que el distrito escolar tiene el derecho de recopilar y examinar cualquier dispositivo que se sospeche que quebranta las normas y/o procedimientos de la escuela

Firma del Estudiante _____ Fecha _____

Grado _____ Nombre del Maestro/a _____



Richard Woods, Georgia's School Superintendent

"Educating Georgia's Future"

School District: _____

Date Completed: _____

Parent Occupational Survey

Please complete this form to determine if your child(ren) qualify to receive additional services under Title I, Part C

Has your family moved in order to work in another city, county, or state, in the last three (3) years? ☐ Yes ☐ No

If so, what is the date your family arrived in the city/town you reside? _____

Has anyone in your immediate family been involved in one of the following occupations, either full or part-time or temporarily during the last three (3) years? (Check all that apply)

- ☐ 1) Agriculture; planting/picking vegetables or fruits such as tomatoes, squash, grapes, onions, strawberries, blueberries, etc.
- ☐ 2) Planting, growing, or cutting trees (pulpwood)/raking pine straw
- ☐ 3) Processing/packing agricultural products
- ☐ 4) Dairy/Poultry/Livestock
- ☐ 5) Meatpacking/Meat processing/Seafood
- ☐ 6) Fishing or fish farms
- ☐ 7) Other (Please specify occupation): _____

Name of Student(s)	Name of School	Grade
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Names of Parent(s) or Legal Guardian(s) _____

Current Address: _____

City: _____ State: _____ Zip Code: _____ Phone: _____

Thank You!

Please return this form to the school

The answers to this survey will help determine if your child(ren) are eligible to receive supplemental services from the Title I, Part C Program.

Note for the school/district: When both "yes" and one or more of the boxes from 1 to 7 is/are checked, please give this form to the migrant liaison or migrant contact for your school/district. Please file original in student's records. Non-funded (consortium) systems should fax occupational parent surveys to the regional MEP office serving their district. For additional questions regarding this form, please call the MEP office serving your district:

GaDOE Region 1 MEP, P.O. Box 780, 201 West Lee Street Brooklet, GA 30415
Toll Free (800) 621-5217 Fax (912) 842-5440
GaDOE Region 2 MEP, 221 N. Robinson Street, Lenox, GA 31637
Toll Free (866) 505-3182 Fax (229) 546-3251



Richard Woods, Georgia's School Superintendent

"Educating Georgia's Future"

School District: _____

Date Completed: _____

Encuesta Ocupacional para Padres

Por favor llene este formulario para determinar si sus hijos califican para recibir servicios a través del Programa de Título I, Parte C

¿Ustedes se han movido para trabajar en otra ciudad, condado, o estado, en los últimos tres (3) años? ☐ Sí ☐ No

Si su respuesta es "Sí", ¿en qué fecha llegaron a la ciudad/pueblo donde viven actualmente? _____

¿Alguien de su familia trabaja, ha trabajado, o tiene la intención de trabajar, en una de las siguientes actividades en forma permanente o temporal o ha hecho este tipo de trabajo en los últimos tres años? (Marque todos los que apliquen)

- ☐ 1) Agricultura; plantando/cosechando vegetales o frutas como tomates, calabazas, uvas, cebollas, fresas, arándanos, etc.
- ☐ 2) Plantando o cortando árboles/juntando agujas de pino (*pine straw*)
- ☐ 3) Procesando /empacando productos agrícolas
- ☐ 4) Lechería o ganadería
- ☐ 5) Empacadoras o procesadoras de carne/pollo o mariscos
- ☐ 6) Pescando o criando pescado
- ☐ 7) Otra actividad. Por Favor especifique en cuál: _____

Nombre de los Estudiantes

Nombre de la Escuela

Grado

Nombre de los padres o guardianes legales: _____

Dirección donde vive: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Teléfono: _____

¡Muchas Gracias!

Por favor regrese este formulario a la escuela

Las respuestas a este formulario van a ayudar a determinar si sus hijos califican para recibir servicios a través del programa de Título I, Parte C.

Note for the school/district: When **both** (Yes) "Si" and one or more of the boxes from 1 to 7 is/are checked, please give this form to the migrant liaison or migrant contact for your school/district. Please file original in student's records. Non-funded (consortium) systems should fax occupational parent surveys to the regional MEP office serving their district. For additional questions regarding this form, please call the MEP office serving your district:

GaDOE Region 1 MEP, P.O. Box 780, 201 West Lee Street Brooklet, GA 30415

Toll Free (800) 621-5217 Fax (912) 842-5440

GaDOE Region 2 MEP, 221 N. Robinson Street, Lenox, GA 31637

Toll Free (866) 505-3182 Fax (229) 546-3251



Houston County Student Health Record

Health Related Services



Student's Name: _____ Student's ID #: _____ DOB: _____

School: _____ Grade: _____ Home Room Teacher: _____ Date: _____

Does this student have any medical concerns? ☐ Yes (complete form) ☐ No (stop form here)

Allergies (medication, food, insect, environment): _____

What kind of reaction occurs with these allergies? _____

☐ Has your student ever had an Anaphylactic Reaction? ☐ Y ☐ N ☐ EMERGENCY Injectable Epinephrine ☐ Y ☐ N

Student's Current Medical History: **(Check All That Apply)**

- | | | |
|--|---|--|
| ☐ ADHD | ☐ Cancer | ☐ Limb Loss |
| ☐ Anemia | ☐ Cardiac ☐ Chest Pain | ☐ Missing Organs (<i>eye, kidney, etc.</i>) |
| ☐ Arthritis | ☐ Crohns/IBS | ☐ Pacemaker or ☐ Defibrillator |
| ☐ Asthma: ☐ Y / ☐ N | ☐ Convulsions w/Fever | ☐ Premature Birth (Complications) |
| ☐ Inhaler | ☐ Cystic Fibrosis | ☐ Rheumatic Fever |
| ☐ Seasonal | ☐ Diabetes: _____ ☐ Glucagon | ☐ Seizures: (Type): _____ |
| ☐ Nebulizer | ☐ Insulin injection or ☐ Pump | ☐ Diastat _____ VNS _____ |
| ☐ Trigger(s): _____ | ☐ Fainting Spells/Dizziness | ☐ Sickle Cell Condition |
| ☐ Auto Immune Disorder | ☐ Frequent Headaches/Migraines | ☐ Skin Condition |
| ☐ Bleeding Problems/Blood Disorder | ☐ Frequent Nose Bleeds | ☐ Speech Difficulty |
| ☐ Blood Pressure: | ☐ Hearing Problems | ☐ Surgery/Hospitalization |
| ☐ High | ☐ Heart Murmurs/ Type: _____ | ☐ Vision Problems/Contacts |
| ☐ Low | ☐ Heat Exhaustion | ☐ Weight Problems |
| ☐ Bowel/Bladder Problem | ☐ Hemophilia | ☐ Other: _____ |
| ☐ Bronchitis (<i>Chronic</i>) | | |

Describe how the above checked items affect your student at school (you may use back of form if needed).

Does your student have any potentially life threatening condition(s)? _____ If yes, please explain. _____

List **all** medication(s) the student takes (if taken at school, see Health Tech for form): _____

Has a doctor ordered any special dietary modifications? (See Health Tech for Meal Modification form, updated annually)

Current Physician: _____ Family Pediatrician: _____ Specialist: _____

Sign if you consent to the exchange of relevant medical information between the student's physician and the school nurse to include diagnosis, prognosis, treatment medical orders and records.

Signature: _____ Relationship to Student: _____

Date: _____

After School Program: _____

After School Daycare: (*Name*) _____

Car Ride: _____

Bus #: _____



Registro de Salud del Estudiante del Condado de Houston

Health Related Services



Nombre del estudiante: _____ # ID del estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Escuela: _____ Grado: _____ Maestro/a de salón de clases: _____ Fecha: _____

¿El estudiante sufre de algún problema de salud? ☐ Si (complete la forma) ☐ No (no complete la forma)

Alergias (medicina, comida, insectos, ambiente): _____

¿Qué tipo de reacción ocurre cuando se tiene esta alergia? _____

☐ ¿Alguna vez el estudiante ha tenido una reacción anafiláctica? ☐ S ☐ N ☐ EMERGENCIA Epinefrina Inyectable ☐ S ☐ N

Historial médico actual del estudiante: (Marque todas las que apliquen)

- | | | |
|--|---|---|
| ☐ ADHD | ☐ Cáncer | ☐ Pérdida de extremidad |
| ☐ Anemia | ☐ Cardíaco ☐ Dolor de pecho | ☐ Pérdida de órgano (ojo, riñón, etc.) |
| ☐ Artritis | ☐ Coronarios/IBS | ☐ Marcapaso o ☐ Desfibrilador |
| ☐ Asma: ☐ S / ☐ N | ☐ Convulsiones con/Fiebre | ☐ Nacimiento Prematuro (Complicaciones) |
| ☐ Inhalador | ☐ Fibrosis Cística | ☐ Fiebre Reumática |
| ☐ De ambiente | ☐ Diabetes: _____ ☐ Glucagón | ☐ Convulsiones: (Tipo): _____ |
| ☐ Nebulizado | ☐ inyección de Insulina o ☐ Válvula | Diastat _____ VNS _____ |
| ☐ Provocado por: _____ | ☐ Momentos de fatiga/Mareos | ☐ Condición celular Sickle |
| ☐ Desorden auto inmune | ☐ Dolor de cabeza frecuente/Migrañas | ☐ Condición de piel |
| ☐ Problemas de sangrado/Problemas de sangre | ☐ Sangrado frecuente por la nariz | ☐ Dificultad de habla |
| ☐ Problemas de presión Sanguínea: | ☐ Problemas de escucha | |
| ☐ Alta | ☐ Soplo de corazón/ Tipo: _____ | ☐ Cirugía/Hospitalización |
| ☐ Baja | ☐ Cansancio por calor | ☐ Problemas de Visión /Contactos |
| ☐ Problemas de Intestino/vejiga | ☐ Hemofilia | ☐ Problemas de peso |
| ☐ Bronquitis (Crónica) | | ☐ Otro: _____ |

Describa como las condiciones anteriores afectan a su estúdiante en la escuela (usted puede usar la parte de atrás de esta forma si es necesario).

¿Su hijo/a tiene alguna condición/es la cual potencialmente atente contra su vida? _____ Si marcó si, por favor explique.

Enumere **toda la/s medicina/s** que toma el estudiante (si se deben administrar en la escuela, visite a la enfermera de la escuela para llenar un formulario):

¿El Doctor medico ha ordenado modificación especial en la dieta? (si se necesita modificación de comida en la escuela, visite a la enfermera de la escuela para llenar un formulario de modificación de comida, el cual se actualiza anualmente)

Doctor medico actual: _____ Pediatra: _____ Especialista: _____
Firme si da consentimiento para el intercambio de información relevante medica entre el Doctor del estudiante y la enfermera de la escuela, que incluya el diagnostico, el pronóstico, las ordenes de tratamiento médico y el historial médico.

Firma: _____
 Fecha: _____

Relación con el estudiante: _____

Programa después de la escuela: _____
 Guardería después de la escuela: (Nombre) _____
 Ruta en carro: _____
 # de Bus: _____



PERSONAL BODY SAFETY

Dear Parents:

State law requires that each student be provided with a health and safety education program. The Houston County School System continues to provide its students with a quality health curriculum that includes programs that have been successfully implemented for a number of years. Written parental permission is required for a student to receive programs that are designated courses of study in **Personal Body Safety**. In grades K-5th Grade, we will be using the following curriculum:

Child Lures Prevention: Think First and Stay Safe *K-5th Grades*

Caring About Me (CAM) Fourth Grade Girls
Fifth Grade Boys and Girls

Each of the above courses is taught or coordinated through the counselor's office. All materials have been approved by the Health Education Review Committee. The committee is composed of parents and educators. The programs listed above will be made available upon request for parent review prior to implementation.

Thank you for your support and cooperation.

.....

_____ Yes, my child has permission to participate in courses of study designated as Personal Body Safety.

_____ No, my child does **NOT** have permission to participate in courses of study designated as Personal Body Safety.

Student's Name _____

Grade _____ Teacher's Name _____

Date _____ Parent's Signature _____

NOTE TO PARENTS: PLEASE SIGN AND RETURN

*Contact the school counselor if you wish to see the *Personal Body Safety* curriculum prior to the lesson.

Personal Body Safety Course Descriptions

K-2 Child Lures Prevention:

Using My Built In Computer: Staying Healthy and Safe
People are like the Weather: Being Kind and Respectful
Child Luring: Treat it Like a Fire Drill
Laws Help Protect Me: Kids Have Rights, Too!
Listening to My Instincts: No Secrets
The Kindness of Strangers: Choosing Safe Strangers
My Dignity: Safe and Healthy Boundaries

Supplemental Materials:

What ta doo?
It's Your Body: You're In Charge

Grades 3 and 4 Child Lures Prevention:

Using My Built In Computer: Staying Healthy and Safe
People are like the Weather: Being Kind and Respectful
Child Luring: Treat it Like a Fire Drill
Laws Help Protect Me: Kids Have Rights, Too!
Listening to My Instincts: Secrets Are Not Safe
The Kindness of Strangers: Choosing Safe Strangers
My Dignity: Everyone is Special

Supplemental Materials:

Now I Can Tell My Secret
Breaking the Silence

Grade 5 Child Lures Prevention:

Using My Built In Computer: An Effective Defense
People are like the Weather: Being Kind and Respectful
Child Luring: Bullying and Other Abusive Behaviors
Laws Help Protect Me: Our Right to Live Abuse Free
Listening to My Instincts: Trusting Your Gut
The Kindness of Strangers: Choosing Who Helps Us
My Dignity: Everyone is Worthy of Respect

Supplemental Materials:

Breaking the Silence

Caring About Me (CAM) – A puberty unit developed to provide 4th and 5th grade girls and 5th grade boys factual information pertaining to their changing bodies. Particular attention has been made to meet state requirements of human growth and development as it relates to adolescence, puberty, emotions, and abstinence in 5th grade. The following videos are shown discussing their changing body:

4th grade girls – Everything You Wanted to Know About Puberty...For Girls

5th grade girls – Just Around the Corner for Girls

5th grade boys – Everything You Wanted to Know About Puberty...For Boys

pubertad... para los niños



Household Information Form

Dear Parent/Guardian:

Please complete this quick form to help your school possibly benefit from state and federal funds. All information will be kept strictly confidential. If you have any questions, please contact the school district at 478-322-3308.

Section 1: Benefit Information

Does *any* member of your household receive SNAP, TANF, or FDPIR? If yes, provide the information below for the person who receives benefits. If no, please skip to Section 2.

First Name:																				
-------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Date of Birth:	M	M	D	D	Y	Y
----------------	---	---	---	---	---	---

Last Name:																				
------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Case #:																				
---------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Section 2: Student Information

Please complete this section for each Pre-K through 12th grade student who lives in your household. These students may or may not be family members, but are students who live in the same house.

	Last Name	First Name	Birth Date	Student ID (Lunch #)
1.			M M D D Y Y	
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				

I certify that all information on this form is true. I understand that school representatives may verify the information.

Signature of Parent/Guardian: _____ Date: _____

Thank you!



Formulario de información del hogar

Estimado Padre/Guardián:

Por favor complete este rápido formulario para ayudar a que su escuela posiblemente se beneficie con fondos estatales y federales. Toda la información se mantendrá estrictamente confidencial. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con el distrito escolar al 478-322-3308.

Sección 1: Información de beneficios

¿Algún miembro de su hogar recibe SNAP, TANF o FDPIR? En caso afirmativo, proporcione la información a continuación para la persona que recibe los beneficios. Si no, por favor salte a la Sección 2.

Primer Nombre:																				
----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Fecha de Nacimiento:	M	M	D	D	A	A
----------------------	---	---	---	---	---	---

Apellido:																				
-----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Caso #:																				
---------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Sección 2: Información del Estudiante

Por favor complete esta sección para cada estudiante de Pre-K hasta el grado 12 que vive en su hogar. Estos estudiantes pueden ser o no miembros de la familia, pero son estudiantes que viven en la misma casa.

	Apellido	Primer Nombre	Fecha Nacimiento	ID Estudiante - #almuerzo
1.			M M D D A A	
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				

Certifico que toda la información en este formulario es verdadera. Entiendo que los representantes de la escuela pueden verificarla.

Firma del Padre/Guardián: _____ Fecha: _____

¡Gracias!

P.O. Box 1850 • PERRY, GEORGIA 31069
(478) 988-6200 • FAX (478) 988-6259
WWW.HCBE.NET

OPTIONAL FORMS SECTION

This section contains the forms that may apply to your student. Please complete these forms ONLY if they apply.
Please leave blank any forms that are not needed.

STUDENT PROHIBITION FROM EXTRACURRICULAR ACTIVITIES

Note to Parent/Guardian: Please complete this form ONLY if there are school clubs and/or organizations in which you DO NOT WANT your child to participate.

Name of Student _____

School _____

Grade _____

Name of Parent/Guardian _____

My child (named above) is prohibited from participating in the following school clubs and organizations:

1 _____ 6 _____

2 _____ 7 _____

3 _____ 8 _____

4 _____ 9 _____

5 _____ 10 _____

Signature of Student _____

Signature of Parent/Guardian _____

Date _____

RETURN TO YOUR CHILD'S SCHOOL

PROHIBICION DEL ESTUDIANTE DE ACTIVIDADES EXTRACURRICULARES

Nota el Padre/Guardián: Por favor complete este formulario SÓLO si hay clubes y/u organizaciones escolares en las que NO QUIERE que su hijo/a participe.

Nombre del Estudiante _____

Escuela _____

Grado _____

Nombre del Padre/Guardián _____

Mi hijo (mencionado anteriormente) tiene prohibido participar en los siguientes clubes y organizaciones escolares:

- | | |
|---------|----------|
| 1 _____ | 6 _____ |
| 2 _____ | 7 _____ |
| 3 _____ | 8 _____ |
| 4 _____ | 9 _____ |
| 5 _____ | 10 _____ |

Firma del Estudiante _____

Firma del Padre/Guardián _____

Fecha _____

REGRESE ESTA HOJA A LA ESCUELA DE SU HIJO/A



PHOTO, VIDEO AND MEDIA INTERVIEW OPT OUT FORM

The Houston County School System receives numerous requests from the media (newspapers, magazines, television stations and radio stations) to interview, photograph, and/or videotape students. The Houston County School System also often takes pictures and/or video to positively promote the system or a school. For example, the school system may post the photos, videos or comments from honor roll, competitions, family night activities, field day, mentor pictures, and yearbook on the Internet, submit them to the media for publicity, include them in a newsletter, or use them in a brochure.

If you **object** to your child being interviewed by the media and/or the school system to obtain his or her comments, photographs, videotape, this form must be returned to your child's school.

____ **No**, I do not want my child to participate in any media or system interviews that would result in photographs, videos or quotes being published, broadcast or posted online.

Date _____

School _____

Student's Name _____

Homeroom Teacher _____

Parent/Guardian Name (please print) _____

Parent/Guardian Signature _____

RETURN TO YOUR CHILD'S SCHOOL



DR. MARK SCOTT, SUPERINTENDENT

HELEN HUGHES, VICE CHAIRMAN
DR. RICK UNRUH
BRYAN UPSHAW

BOARD MEMBERS
FRED WILSON, CHAIRMAN

LORI JOHNSON
HOKE MORROW
DAVE CROCKETT

OBJECION DE FOTO, VIDEO Y ENTRVISTA DE MEDIA

El sistema escolar del condado de Houston recibe muchas solicitudes por parte de la media (periódicos, magazines, estaciones de televisión y radio) para realizar entrevistas, fotografías y/o videos de los estudiantes. El sistema escolar del condado de Houston muy frecuentemente toma fotos y/o videos para promover positivamente el sistema o la escuela. Por ejemplo, el sistema escolar a veces publica las fotos, video o comentarios de los estudiantes de honor, competencias, actividades de noches de familia, día de campo, fotos de mentor y anuarios en el internet, las envía a la media para publicidad, incluyendo los periódicos o las usa en un folleto.

Si usted decide **OBJETAR** que su hijo/a sea entrevistado por la media y/o que el Sistema escolar obtenga sus comentarios, fotos y/o video; esta forma deberá ser retornada a la escuela de su hijo/a.

____ **No**, deseo que mi hijo/a participe en ninguna entrevista de la media o el sistema la cual resulte en fotografías, videos o publicaciones de comentarios que se publiquen o graben en línea.

Fecha _____

Escuela _____

Nombre del estudiante _____

Maestro/a de salón de clases _____

Nombre del Padre/Guardián (por favor escriba) _____

Firma del Padre/Guardián _____

P.O. Box 1850 • PERRY, GEORGIA 31069
(478) 988-6200 • FAX (478) 988-6259
WWW.HCBE.NET

