

This year the Secondary Handbook is online at [*www.hobbsschools.net*](http://www.hobbsschools.net).

Click Departments

Click Secondary Instruction

Click Secondary Handbook

Click picture of Handbook

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

***School*** ***Date***

*Please read the Secondary Handbook and look over your child’s enrollment packet carefully. Remove the school calendar (last page) from the packet and have your child return the white pages to his/her school after they have been completed and signed.*

***Forms to be returned are:***

Separate Forms These are all on one Form

* *Student/Parent Contract*
* *Student Information Update Sheet*
* *Emergency Information & Permission Form (2 pages)*
* *Field Trip Permission Form*
* *Media Release Form*
* *Permission Slip for Internet Use*
* *Pesticide Application Notification Form*

**Hobbs Municipal Secondary Schools**

**Student/Parent Contract**

*I have received and read the Student/Parent Packet that describes the discipline policies and student dress code to be followed by all students enrolled in the Hobbs Municipal Schools. My son/daughter and I have discussed and understand the contents of these policies.*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

***Student’s Last, First, M.I.******Grade***

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

***Student’s Signature Parent’s/Guardian’s Signature***

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

***Home Telephone Work Telephone***

***Please specify the language in which you would prefer all school notices to be received.***

***English Spanish Other (What Language)*** *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

***NOTICE: Return all signed forms to your teacher.***



Este año el Manual de Secundaria esta en línea en [*www.hobbsschools.net*](http://www.hobbsschools.net).

Haga clic en Departments

Haga clic en Secondary Instruction

Haga clic en Secondary Handbook

Haga clic en la foto del manual

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

***Escuela*** ***Fecha***

*Por favor, lea el Manual de Secundaria y revise el paquete de inscripción de su hijo con cuidado.* *Remueva el calendario escolar (la ultima pagina) del paquete y devuelva las paginas blancas a su escuela con su hijo después de que hayan sido llenadas y firmadas.*

***Formas que deben ser devueltas:***

Formas Por Separado Estas están en una sola Forma

* *Contrato para Padre/Estudiante*
* *Pagina para Actualizar la Información del Alumno*
* *Información de Emergencia y Forma de Autorización (2 paginas)*
* *Forma de Permiso para Viajes de Campo*
* *Liberación de Información a Medios de Comunicación*
* *Forma de Permiso para el Uso del Internet*
* *Forma de Notificación para la Aplicación de Pesticidas*

**Escuelas Municipales de Hobbs**

**Contrato para Padre/Estudiante**

*He recibido y leído el paquete de estudiante / padre que describe las políticas de disciplina y el código de vestir seguido por todos los estudiantes matriculados en las Escuelas Municipales de Hobbs. Mi hijo / hija y yo hemos hablado y entendemos el contenido de estas políticas.*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Apellido, Nombre, Inicial Grado**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nombre del Estudiante Firma de Padre/Guardián**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Número Telefónico del Hogar Número Telefónico del Trabajo**

***Por favor, especifique en cual idioma prefiere recibir los avisos escolares.***

***Inglés Español Otro (Cual idioma)***

***Aviso: Regrese todas las formas firmadas a la maestra***

**Hobbs Municipal Secondary Schools**

Student Information Update Sheet

2012/2013

***(Please Print)***

Student Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ SS# \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Student Address:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

No. Street City State Zip

Home Phone: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Parent/Guardian E-Mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Parent/Guardian’s Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Address: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

No. Street State Zip

Employer: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Work Phone: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cell Phone: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Primary and secondary contact information for Parents/Stepparents/Guardians only.**

**Primary contact will be notified first and then we will notify the other contacts in the order you list them.**

Primary \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Circle one:** Father Mother Stepparent Guardian

Home Phone \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cell\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Work Phone \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Employer: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Secondary \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Circle one:** Father Mother Stepparent Guardian

Home Phone \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cell\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Work Phone \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Employer: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Emergency contact and additional persons who have permission to pick up student:**

* 1. Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Relative: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Phone Number: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
  2. Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Relative: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Phone Number: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
  3. Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Relative: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Phone Number: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ESCUELAS MUNICIPALES DE HOBBS**

**PAGINA PARA ACTUALIZAR LA INFORMACION DEL ALUMNO**

**2012 - 2013**

***(Por favor use letra de molde)***

NOMBRE DEL ALUMNO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ SS# \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## DOMICILIO :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NO. CALLE ESTADO ZONA POSTAL

TELEFONO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PADRE/TUTOR: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(HOGAR) (DIRECCION CORREO ELECTRONICO)

Padre/Tutor \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Domicilio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(NOMBRE) (CALLE, ESTADO, ZONA POSTAL)

Empleador \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Celular del trabajo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono del Trabajo\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Información de Contacto Primario y Secundario para Padres/Padrastros/Tutores Únicamente**

**Contacto primario será notificado primero luego los otros contactos en el orden que lo especifique.**

### Primer Contacto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

### Circule uno: Padre Madre Padrastro/Madrastra Tutor

### Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono Celular: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono del Trabajo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Empleador \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

### Segundo Contacto:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

### Circule uno: Padre Madre Padrastro/Madrastra Tutor

### Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono Celular: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono del Trabajo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Empleador \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Contactos adicionales de emergencia o personas que pueden recoger a su alumno:**

1. Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**HMS Emergency Information & Permission Form 2012/13**



|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| School: | | Teacher: | | | Grade: |
| Student Information | | | | | |
| **Student ID #:** | **Last Name:** | | | **First Name:** | **MI:** |
| **Sex: M F** | **Enroll Date:** | | | **Date of Birth:** | |
| **Address:** | | | | | |
| **Home Phone:** | | | **Language Spoken at Home:** | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Primary Family Contacts (who the school should call first) | | | | |
| Parent/guardian name: | Relationship: | Work number: | Cell number: | Lives with:  **Y N** |
| Parent/guardian name: | Relationship: | Work number: | Cell number: | Lives with:  **Y N** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Emergency Contacts (who the school should call if parent/guardian cannot be reached) | | | | | | | | | | | |
| Name: | | | Relationship: | | Home Phone: | | | | Cell: | | Work: |
| Name: | | | Relationship: | | Home Phone: | | | | Cell: | | Work: |
| Name: | | | Relationship: | | Home Phone: | | | | Cell: | | Work: |
| ***TO GRANT CONSENT - In case of emergency involving my child and I cannot be reached, I hereby give my consent to transport my child to the following medical care providers and hospital, and authorize these providers and hospital to give any reasonable and customary medical and health care deemed necessary:*** | | | | | | | | | | | |
| Primary Care Provider:  (Physician, Nurse Practitioner or Physician Assistant) | | | | | | | Phone #: | | | | |
| Dentist: | | | | | | | Phone #: | | | | |
| Medical Insurance: | | | | ID #: | | | No insurance ❑ | | | | |
| Preferred Hospital: | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| Facts Concerning Student’s Medical History | | | | | | | | | | | |
| ❑ Student has no current health problems | | | | | | | | | | | |
| *Please indicate if the student has had or is currently under treatment for any of the following conditions:* | | | | | | | | | | | |
| *Condition* | *Year/Age* *Problem Occurred* | ***Condition*** | | | | *Year/Age* *Problem Occurred* | | *Condition* | | *Year/Age* *Problem Occurred* | |
| ADHD/ADD |  | Seizures | | | |  | | Meningitis | |  | |
| Asthma Inhaler yes ❑ no ❑ |  | High Blood Pressure | | | |  | | Migraine Headaches | |  | |
| Diabetes Insulin yes ❑ no ❑ |  | Gastrointestinal Conditions | | | |  | | Muscular Weakness or Paralysis | |  | |
| Ear/Hearing Problems  Type: |  | Emotional Problems  Type: | | | |  | | Bleeding Disorders  Type: | |  | |
| Heart Problems  Type: |  | Infectious Diseases  Type: | | | |  | | Hepatitis  Type: | |  | |
| Vision Problems  Type:  Glasses:  Contacts: |  | Cancer | | | |  | | Other  Type: | |  | |

**HMS Información de Emergencia Y Forma de Autorización**



|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Escuela: | | Maestro(a): | | | Grado: |
| **Información del Estudiante** | | | | | |
| **Número de Identificación** | **Apellido:** | | | **Nombre:** | **Inicial:** |
| **Genero: M F** | **Fecha de Inscripción:** | | | **Fecha de Nacimiento:** | |
| **Dirección:** | | | | | |
| **Teléfono de la casa:** | | | **Lenguaje hablado en casa:** | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Contactos familiares primarios (a quien la escuela debe llamar primero) | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre del Padre/Madre/Tutor Legal: | | | Relación: | | Teléfono del Trabajo: | | | | | Teléfono Móvil: | | Vive con:  **S N** | |
| Nombre del Padre/Madre/Tutor Legal: | | | Relación: | | Teléfono del Trabajo: | | | | | Teléfono Móvil: | | Vive con:  **S N** | |
| **contactos de emergencia (A QUIEN LA ESCUELA DEBE DE LLAMAR SI EL PADRE/TUTOR NO PUEDE SER LOCALIZADO)** | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre: | | | Relación: | | | Teléfono de la casa: | | | | | Teléfono Móvil: | Trabajo: | | |
| Nombre: | | | Relación: | | | Teléfono de la casa: | | | | | Teléfono Móvil: | Trabajo: | | |
| Nombre: | | | Relación: | | | Teléfono de la casa: | | | | | Teléfono Móvil: | Trabajo: | | |
| ***Para Otorgar Consentimiento*** *- En caso de emergencia relacionado con mi hijo y yo no pueda ser localizado, yo doy mi consentimiento, por este medio, para transportar a mi hijo al siguiente hospital y proveedores de atención medica y autorizo que este hospital y proveedores den cualquier atención medica y cuidado de salud razonable y habitual que se consideren necesarios.* | | | | | | | | | | | | | | |
| Proveedor de atención Primaria:  (Medico, Asistente de médico, enfermero) | | | | | | | | # De Teléfono: | | | | | | |
| Dentista: | | | | | | | | # De Teléfono: | | | | | | |
| Seguro medico: | | | | # de ID: | | | | Sin Seguro❑ | | | | | | |
| Hospital preferido: | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| Datos Relacionados con el Historial Médico del Estudiante | | | | | | | | | | | | | | |
| ❑ Estudiante no tiene problemas médicos actuales | | | | | | | | | | | | | | |
| *Por favor, indique si el estudiante ha tenido o está en tratamiento para cualquiera de las siguientes condiciones.* | | | | | | | | | | | | | | |
| **Condición** | **Año / Edad**  **Problema Ocurrió** | **Condición** | | | | | **Año / Edad**  **Problema Ocurrió** | | **Condición** | | | | **Año / Edad** Problema Ocurrió | |
| ADHD/ADD |  | Convulsiones | | | | |  | | Meningitis | | | |  | |
| Asma  Inhalador si ❑ no ❑ |  | Presión arterial alta | | | | |  | | Migraña | | | |  | |
| Diabetes Insulina si ❑ no ❑ |  | Enfermedades Gastrointestinales | | | | |  | | Debilidad muscular o parálisis | | | |  | |
| Oídos/Problemas Auditivos  Tipo: |  | Problemas emocionales  Tipo: | | | | |  | | Desórdenes de la Sangre  Tipo: | | | |  | |
| Problemas del corazón  Tipo: |  | Enfermedades Infecciosas  Tipo: | | | | |  | | Hepatitis  Tipo: | | | |  | |
| Problemas de la Visión  Tipo:  Lentes:  Contactos: |  | Cáncer | | | | |  | | Otro  Tipo: | | | |  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Student Name:** | **Grade:** | **Date of Birth:** |
| **Facts Concerning Student’s Medical History continued…** | | |
| Allergies: \_\_Seasonal \_\_Bee Sting \_\_Animals \_\_Food (list\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) \_\_Other (list\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)  *Does this student require an EpiPen for life threatening Allergies?* **Y N** | | |
| Allergy Testing: Date: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Doctor’s name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Phone #: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| Reactions to medicine or injections? **Y N** (if **Y** explain) | | |
| Hospitalized for serious illness, surgery, or accidents? **Y N** (if **Y** explain) | | |
| List any problems not identified above : | | |
| List current medications (prescription, herbal, over-the-counter): | | |

|  |
| --- |
| ***Parental/Guardian Permission*** |
| * If for any reason, the above listed medical providers or hospital cannot be reached, I give permission for appropriate medical care and transport to be provided for my child to any appropriate medical care provider, hospital or medical facility. This authorization does not cover major surgery unless at least two licensed medical providers concur to the need. Nothing in this section shall be construed to impose liability on any school official or school employee who in good faith attempts to comply with this section. It is understood that I will be financially responsible for all emergency care.   Signature Parent/Guardian: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   * I, the undersigned as legal parent/guardian of \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ authorize the sharing of information related to my child’s health between the school nurse (and designee) and the health care providers listed above. This constitutes a release of information for mutual exchange of health/medical information for educational or emergency purposes of my child for the current school year only.   Signature Parent/Guardian: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   * I give permission for my child to participate in all school health screenings according to school district policy unless I provide the school nurse and/or administration with a separate written notification requesting exclusion from specified screenings.   Signature Parent/Guardian: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| ***School Nurse* NOTES: N** |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombre del Estudiante:** | **Grado:** | **Fecha de Nacimiento:** |
| **Datos Sobre el Historial Médico del Estudiante continuado…** | | |
| Alergias: \_\_\_Alergias Estaciónales \_\_\_ Alergias a: Abejas \_\_\_Animales \_\_\_Alimentos (lista \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)  Otros (lista\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ) ¿Requiere este estudiante un EpiPen para las alergias que ponen su vida en peligro? **S N** | | |
| Pruebas de alergia: Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nombre del médico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ # de teléfono:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| ¿Reacciones a medicamentos o inyecciones? **S N** (Si **S** explique) | | |
| Hospitalizado por enfermedad grave, cirugía o accidentes? **S N** (Si **S** explique) | | |
| Lista cualquier problema no mencionado anteriormente: | | |
| Lista medicamentos actuales (con receta, a base de hierbas, de venta libre) | | |

|  |
| --- |
| ***Permiso de Padres/ Tutor Legal*** |
| Si por alguna razón no se puede llegar al hospital o a los proveedores médicos antes mencionados, yo doy mi permiso para que atención médica adecuada y transporte sean proveídos para mi hijo a cualquier proveedor de atención médica, hospital o centro médico adecuado. Esta autorización no cubre cirugía mayor a no ser que, por lo menos, dos proveedores de servicios médicos con licencia concurran a la necesidad. Nada en esta sección se interpretará para imponer responsabilidad a cualquier funcionario o empleado de la escuela quien, de buena fe, intente cumplir con esta sección. Se entiende que seré financieramente responsable de todos los cuidados de emergencia.  Firma del Padre/Tutor Legal:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   * Yo, el abajo firmante, como padre legal/ tutor legal de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , autorizo el intercambio de información relacionada con la salud de mi hijo entre la enfermera de la escuela (y representante) y los proveedores de cuidado de la salud mencionados anteriormente. Esto constituye una divulgación de información para el intercambio mutuo de la salud e información médica con fines educativos o de emergencia de mi hijo para el año escolar actual.   Firma del Padre / Tutor Legal:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   * Doy permiso para que mi hijo participe en todas las pruebas de detección de salud escolares de acuerdo a la política del distrito escolar a menos que le proporcione a la enfermera de la escuela y / o al administrador con una notificación escrita por separado solicitando la exclusión de pruebas de detección especificadas.   Firma del Padre / Tutor Legal:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| **NOTAS *de la Enfermera Escolar*: N** |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

**Hobbs Municipal Secondary Schools’ Enrollment Forms 2012/2013**

**Parental/Guardian Permission**

* **If for any reason, the above listed medical providers or hospital cannot be reached, I give permission for appropriate medical care and transport to be provided for my child to any appropriate medical care provider, hospital or medical facility. This authorization does not cover major surgery unless at least two licensed medical providers concur to the need. Nothing in this section shall be construed to impose liability on any school official or school employee who in good faith attempts to comply with this section. It is understood that I will be financially responsible for all emergency care.**

**Signature Parent/Guardian: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

* **I give permission to share my child’s health information with appropriate school personnel when needed to assure the health, safety and well-being of my child.**

**Signature Parent/Guardian: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

* **I give permission for my child to participate in all school health screenings according to school district policy unless I provide school nurse and/or administration with a separate written notification requesting exclusion from specified screenings.**

**Signature Parent/Guardian: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Student's Name\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_School \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Permission Slip for Internet Use

Please review the Hobbs Municipal School District Computing and Internet Acceptable Use Policy with your student.

Your student needs permission to participate in class activities which may involve use of the Internet and lab computer systems, understanding that the Internet is an open and uncensored media. While the instructor will exercise due care in the supervision of the student’s use of the computer system, I will hold harmless the instructor and the Hobbs School District.

I understand failure of the student to comply with the Hobbs Municipal School District Computing and Internet Acceptable Use Policy could result in loss of computer lab privileges and other disciplinary action deemed appropriate by school administration.

Give Permission \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Do Not Give Permission\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Please Initial Please Initial*

1. Media Release Form

Hobbs Municipal Schools advertises school events on its web site –www.hobbsschools.net. Information often includes photographs and video of students engaged in school-related activities.

In addition, the Hobbs News-Sun and other media sources occasionally take photographs or videotape school events.

In order for your student to be photographed or videotaped for media purposes you must sign the form below. Failure to sign and return this form will be construed as a release to photograph/videotape students. Please sign in only one location.

Give Permission \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Do Not Give Permission\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Please Initial Please Initial*

1. Field Trip Permission Form

Classes in our secondary schools occasionally take field trips to add enrichment to classroom studies.

Your student needs permission to go on a field trip. These field trips are school sponsored and bus transportation is provided.

Give Permission \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Do Not Give Permission\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Please Initial Please Initial*

1. Pesticide Application Notification Form

SBE 9.13.4e "At the beginning of each year, and when new students register, schools will develop a list of parents and guardians who wish to be notified prior to pesticide application during the school year. These parents/guardians will be notified in writing prior to pesticide application. General notification of anticipated pesticide applications will occur by posting or dissemination of notices or oral communication or other means of communication. In emergency cases where a pest infestation threatens the health and/or safety of the occupants of public school property no pre-­notification is required. Immediately following the application of a pesticide in emergency cases, signs will be posted indicating an application was made. "

Applications of outdoor herbicide to control weeds are exempt from the pre-notification regulation (SBE 9.13.4e). Hobbs Municipal Schools will make every effort to notify parents/guardians (on the notification list) the day in which the warehouse applies the herbicide.

Contact school office to view Hobbs Municipal Schools' Pesticide Application Policy and MSDS information of all chemicals used in the Hobbs Municipal Schools.

Please Inform Me \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Notification not Necessary \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Please Initial Please Initial*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Parent’s/Guardian’s Signature Date*

**Formas de Inscripción 2012/2013 de las Escuelas Municipales de Hobbs**

Nombre del Alumno\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Escuela\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Forma de Permiso para el Uso del Internet

Por favor repase la Póliza de Computación y el Uso Apropiado del Internet del distrito de las Escuelas Municipales de Hobbs con su estudiante.

Su estudiante necesita permiso para participar en las actividades de la clase que involucran el uso del Internet y los sistemas de computadora del LAB comprendiendo que el uso del Internet es un medio libre y sin censura. Aunque, el instructor ejecutará el cuidado necesario para supervisar el uso de las computadoras por el alumno, yo mantendré inocuo al instructor y al Distrito de las Escuelas.

Yo comprendo que incumplimiento de las pólizas del Distrito de las Escuelas, de la Escuela Secundaria de Hobbs, y del salón del uso del Internet y el acceso a las computadoras, puede resultar en la perdida de los privilegios y otras acciones disciplinarias consideradas adecuadas por el administrador de la escuela.

Doy permiso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No doy permiso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Inicial por favor Inicial por favor*

1. Liberación de Información a Medios de Comunicación

Las Escuelas Municipales de Hobbs promocionan eventos escolares sobre la red mundial- [www.hobbsschools.net](http://www.hobbsschools.net). La información a menudo incluye fotos de los alumnos ocupados en actividades escolares.

Además, el Hobbs News-Sun y otros medios de comunicación, de vez en cuando toman fotos o videos de eventos escolares.

Para que su hijo sea fotografiado o grabado en video para fines de medios de comunicación, usted debe firmar el formulario de abajo. El no firmar o regresar este formulario será interpretado como una liberación para fotografiar/grabar estudiantes. Por favor, firme en un solo lugar.

Doy Permiso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No doy permiso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Inicial por favor Inicial por favor*

1. Forma de Permiso para Día de Campo

Los alumnos de las escuelas secundarias de vez en cuando, toman viajes escolares para enriquecer sus estudios en el salón.

Su estudiante necesita permiso para ir en una excursión. Estas excursiones son patrocinadas por la escuela y el transporte en autobús es proporcionado.

Doy Permiso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No doy permiso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Inicial por favor Inicial por favor*

1. Forma de Notificación para la Aplicación de Pesticidas

“Al principio de cada año, y cuando los alumnos nuevos se registran, las escuelas preparan una lista de padres y tutores que quieren que les avisen antes de que apliquen pesticidas durante el año escolar. Estos padres/tutores serán notificados por escrito antes de que se apliquen pesticidas. Aviso general de aplicaciones anticipadas de pesticidas ocurrirá por letreros o difundiendo avisos o por comunicación verbal o por otros medios de comunicación. En casos de emergencia donde una plaga de insectos amenaza la salud y/o la seguridad de los inquilinos en la propiedad de las escuelas públicas no se requiere aviso previo. Inmediatamente después de la aplicación del pesticida en casos de emergencia, pondrán letreros indicando el sitio donde se aplicó el pesticida.”

Aplicación de herbicida para el control de las hierbas en los recintos escolares esta excepto de las regulaciones de aviso anticipado. (SBE 9.10.4e.). Las Escuelas Municipales de Hobbs harán el esfuerzo de avisarle a los padres/tutores (en la lista de aviso) el día en que se aplicará el herbicida.

Comuníquese con la oficina de la escuela para ver la Póliza de Aplicación de Pesticida de las Escuelas Municipales de Hobbs y la información de MSDS de las químicas que usa el Distrito de las Escuelas Municipales de Hobbs.

Por favor, avíseme que se usaran pesticidas\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No es necesario que me avisen \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Por favor inicial Por favor inicial* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma de Padre/Tutor Fecha