



# Transcript Request Form

Date: \_\_\_\_\_ Prior School Type: \_\_\_\_\_ Public \_\_\_\_\_ Private

To: \_\_\_\_\_  
Name of Last School Attended

\_\_\_\_\_  
Complete Address Required

\_\_\_\_\_  
City State Zip

**Please send the following information to Emma Donnan Elementary & Middle School, as soon as possible**

Cumulative Folder of all records

1. Transcript of grades - Including grades to date of withdrawal and attendance records
2. Results of testing
3. Certificate of Immunization and health records
4. Birth certificate
5. Special program enrollment (such as mentally handicapped, physically handicapped, specific learning disability, gifted, etc.) and psychological evaluation records
6. **\*IEP\*** - *Individual Learning Plan*
7. **\*504 Plan\***
9. **\*ILP or ESL\*** - *English as a Second Language*
8. **\*Disciplinary Records\***

STUDENT Name	Grade	Date of Birth	Withdrawal Date

I hereby give permission to forward records for the above-named student to Emma Donnan Elementary & Middle School

Does your student have and **\*IEP or 504 Plan\*** circle: Yes or No

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

***\*PLEASE DO NOT WRITE BELOW THIS BOX for OFFICE USE ONLY\****

Phone: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

1202 E Troy Avenue, Indianapolis, IN 46203 Phone: 317-217-1979 Fax: 317-217-1984  
Enrollment Manager Direct #: 317-860-0993 Fax #: 317-860-0994 mmorris@emmadonnanms.org



1202 E Troy Avenue, Indianapolis, IN 46203 Phone: 317-217-1979

**Formulario de solicitud de expediente académico**

Fecha: \_\_\_\_\_ Tipo de escuela anterior: \_\_\_\_\_ Pública \_\_\_\_\_ Privada

To: \_\_\_\_\_  
Nombre de la escuela actual

\_\_\_\_\_ **Dirección complete obligatoria**

\_\_\_\_\_ **Ciudad Estado Código postal**

Por favor envíe la siguiente información a Emma Donnan Elemental & Middle School, tan pronto como sea posible

Folder acumulado de todos los registros

1. Transcripción de notas - Incluye grados hasta la fecha de los registros de abstinencia y de asistencia (**Current Grades**)
2. Resultados de las pruebas (**Testing**)
3. Certificado de Inmunización y los registros de salud (**Immunization Records**)
4. Certificado de nacimiento (**Birth Certificate**)
5. Programa especial de inscripción (como discapacitados mentales, disminuidos físicos, específica discapacidad de aprendizaje, dotado, etc.) y los registros de evaluación psicológica
6. **\*IEP\*** - *Individuales Aprendizaj Plan*
7. **\*504 Plan\***
8. **ILP o ESL\*** *Ingles como un Segundo Idioma*
9. **\*Expedientes Disciplinarios\***

Nombre del Estudiante	Grado	Fecha de nacimiento	Fecha de retiro

Entiendo que al firmar esta autoización, renuncio a mis derechos de no divulgar esto registros según la ley federal solo a las organizaciones que se indicant específicamente. Además, entiendo que esta autorización es voluntaria y puedo negarme a firmarla.

¿Tiene su estudiante y \* IEP o el Plan 504 \* círculo: Sí o No

Firma del Padre/Madre/TutorSignature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

***\*PLEASE DO NOT WRITE BELOW THIS BOX for OFFICE USE ONLY\****

School Phone #: \_\_\_\_\_ School Fax #: \_\_\_\_\_

**Please send requested documents to Preferred Method**

Enrollment Managers Direct Fax # 317-860-0994 or Email: mmorris@emmadonnanms.org



1202 E. Troy • Indianapolis, IN 46203

[www.emmadonnanms.org](http://www.emmadonnanms.org)

(317) 217-1979

### MEDICATION

Physicians may find it necessary to prescribe medication to be given during school hours. Such medication should be in a container with a child-proof cap and labeled with:

1. Student's name
2. Name of prescribing physician
3. Name of medication
4. Instructions such as dosage and time to be given

Grade: \_\_\_\_\_

Student's Name:	
Diagnosis/Purpose of Medication:	
Name of Medication:	
How is medication to be administered?	
Should the school be aware of any adverse reactions or precautions?	

The undersigned parent/guardian authorizes Emma Donnan Elementary & Middle School through its administrators and/or staff to administer medication or to supervise the taking of medication by my child.

It is understood that the undersigned parent/guardian shall immediately notify the school personnel in writing in the event the prescription shall be discontinued or modified. Refills of the prescription shall be the responsibility of the parent/guardian.

Further, the undersigned shall release and indemnify Emma Donnan Elementary & Middle School and its employees from any liability or damage, which may result from the administration of said medication as prescribed by the physician.

Student's Name: \_\_\_\_\_

Parent or Guardian Signature: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_





1202 E. Troy • Indianapolis, IN 46203

[www.emmadonnanms.org](http://www.emmadonnanms.org)

(317) 217-1979

### MEDICAMENTO

Los médicos pueden prescribir medicación que debe darse durante el horario escolar. Tal medicamento debe estar en un recipiente con una tapa y etiquetados con:

1. Nombre del estudiante
2. Nombre del médico
3. Nombre de la medicina
4. Instrucciones con la dosis y el tiempo cuando se debe tomar la medicina

Grado: \_\_\_\_\_

Nombre del estudiante	
Diagnóstico/razón por la medicina	
Nombre de la medicina	
Comó se debe tomar la medicina?	
Reacciones adversas relacionada con esta medicina	

El padre / tutor autoriza Emma Donnan Primaria y Escuela Media a través de sus administradores y / o el personal para administrar medicamentos o para supervisar la toma de la medicación por mi hijo.

Se entiende que el padre / tutor deberá notificar de inmediato al personal de la escuela por escrito en el caso de la prescripción se suspenderá o modificado. Recargas de la prescripción será la responsabilidad del padre / tutor.

Además, el abajo firmante deberá liberar e indemnizar a Emma Donnan Primaria y Escuela Media y sus empleados de cualquier responsabilidad o daño que pueda resultar de la administración de dicho medicamento según lo prescrito por el médico

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

Firma del padre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_