

ESCUELAS PÚBLICAS DE FALL RIVER
“CIUDAD DE BECAS”

Fred Houle
Centro de Información para Padres
Y
Matrícula del Estudiante

Matricula de Kindergarten/Pre-escolar



2012-2013

"ESCUELA DE ELECCIÓN" FORMA DE MATRICULA

Apellido/s _____ Nombre _____ Inicial _____

Dirección _____ # Teléfono _____ # Emergencia _____

Fecha de Nacimiento ___/___/___ Edad: _____ Sexo M F Grado que Comienza: _____

Nombre de Escuela Anterior: _____

Dirección: _____

Ciudad/Estado: _____

- ESCUELA DE ELECCIÓN:
1. _____
 2. _____
 3. _____

¿Usted tiene algún otro hijo/a en la primera escuela de elección? Si ___ No ___ Grado _____

Comentarios: _____

- | | | |
|---|----|----|
| 1. ¿Usted cree que su hijo/a se beneficiara de cualquier programa de cuidado? | SI | NO |
| 2. ¿Su hijo/a tiene un plan medico? | SI | NO |
| 3. ¿Usted esta interesado en Clases de Educación Básica para Adulto (GED ___ ESOL ___) | SI | NO |
| 4. ¿Usted comparte casa con otra persona debido a pérdida de casa, alto Caso de economía, o alguna razón similar? | SI | NO |
| * Si En algunas de las respuestas arriba contesto SI, le gustaría que alguien le contacte para ofrecer Servicios de información el cual usted cualifique? | SI | NO |

- Yo entiendo que todo Formulario de Matricula debe ser completada para la Ubicación de cualquier estudiante en la "Escuela de Eleccion" en base del criterio en líneas generales en la póliza de Nombramiento Estudiantil
- Yo entiendo que la **TRANSPORTACIÓN** es proveída por los **Padres/Guardián**

Firma de Padre/ Encargado

Relación con el Estudiante

Fecha

Firma del Funcionario

Fecha

NO ESCRIBA DEBAJO DE LA LINEA (PARA USO DE OFICINA SOLAMENTE)

Effective Date: _____
Waiting List: _____
Date Release Sent _____
Transportation: _____
Date Letter Sent: _____

School Assigned: Name: _____
Code: _____
District School: Name: _____
Code: _____
Computer Input Person _____

Escuelas Públicas de Fall River

"Ciudad de Becas"

417 Rock Street, Fall River, MA 02720

ENCUESTA DE LENGUAJE NATIVO

Estimados Padres o Encargados: Para poder ayudar al progreso de sus hijos en la escuela, le pedimos de favor que nos conteste las siguientes preguntas. Su respuesta nos ayudará a ofrecerle el mejor programa de educación disponible para su hijo/a.

Apellido de Estudiante _____ (Nombre) _____ (IM) _____

Fecha Nacimiento _____ Sexo: ___M ___F Grado: _____

Lugar de Nacimiento _____ Si nació fuera de US fecha de llegada a U.S. _____

Nombre de Escuela Presente / Previa _____ Fecha de matricula en la escuela en U.S. _____

1. ¿Qué lenguaje su hijo/a entendió o habló primero? _____
2. ¿Qué lenguaje usted usa mas cuando habla con su hijo/a en la casa? _____
3. ¿Qué lenguaje usa su hijo/a mas frecuente cuando habla con usted en la casa? _____
4. ¿Que lenguaje usa su hijo/a mas frecuente cuando habla con otro miembro de la familia? _____
5. ¿Qué lenguaje habla su hijo/a mas frecuente con sus amigos? _____
6. ¿Qué lenguaje(s) lee su hijo/a? _____
7. ¿Qué lenguaje(s) escribe su hijo/a? _____
8. ¿A que edad su hijo/a comenzó asistir la escuela? _____
9. ¿Su hijo/a asistió la escuela cada año desde esa edad? _____ Si _____ No
Si no, favor de explicar: _____
10. ¿Usted prefiere comunicación oral o escrita de parte de la escuela en Inglés o en su lenguaje nativo?

Por favor especifique el lenguaje de preferencia: _____

Firma de Padres o Encargados

Fecha

Proficiency Testing Results and Placement Recommendation:

W-APT Proficiency Level Testing Result	Mass Level - Placement Recommendation
1. Composite Proficiency Level <input type="text"/>	L1 ___ Beginner L2 ___ Early Intermediate
2. Grade Adjusted Composite Proficiency Level <input type="text"/>	L3 ___ Intermediate L4 ___ Transitioning
	L5 ___ Not LEP (Reclassification Recommended)

Escuelas Públicas de Fall River

“Ciudad de Becas”

Matricula del Estudiante & Centro de Padres – 360 Elsbree Street, Fall River MA 02720

Meg Mayo-Brown, Superintendente

Barbara Allard, Directora

CERTIFICADO RESIDENCIAL

Se dice que la póliza del Comité de Fall River:

“todo niño que se matricule y que asista las Escuelas Públicas de Fall River a costa de los ciudadanos de Fall River sean legalmente residentes que su residencia actual es en Fall River. Esta póliza puede proveer igualdad de oportunidad a cada niño sin tener en cuenta raza, color, creencia, nacionalidad de origen, sexo o incapacidad.”

1. Yo entiendo que _____ debe ser residente de la ciudad de Fall River.
(Nombre del estudiante)
2. Yo certifico que _____ reside conmigo en la siguiente dirección.
(Nombre del estudiante)

3. Yo certifico que soy residente legal en Fall River. (Adjunto prueba de residencia)

4. Yo soy no soy guardián legal de _____ .
(Nombre del estudiante)

Si existe custodia legal, favor de adjuntar documentación legal.

5. Yo certifico que este modo de vivienda no es un arreglo por conveniencia con el propósito de afirmar que el estudiante reside conmigo para que pueda asistir las Escuelas Publicas de Fall River.

Nombre las razones por su modo de vivienda actual. (Si este modo de vivienda es resultado de un acto matrimonial, separación/divorcio, favor de adjuntar documentación como evidencia de los arreglos custodiales.)

Yo entiendo que al matricular al niño nombrado arriba en las Escuelas Pública de Fall River estoy sujeto a las condiciones de la póliza de residencia, la cual yo he leído. Yo también entiendo que violar esta póliza puede afectar la determinación de la matricula de mi niño y también podría tener como resultado el ser responsable por el reembolso de la matricula.

Yo entiendo y certifico bajo molestias y penalidades que la información proveída arriba es precisa y verdadera.

(Firma de Encargado, Abuelos, padres adoptivos, otro pariente o cualquier residente en Fall River) Fecha

(Firma de Padres) Fecha

Jrodriguez/Spanish

Escuelas Publicas de Fall River

"Ciudad de Becas"

Student Registration & Parent Center - 360 Elsbree Street, Fall River, MA 02720

Meg Mayo-Brown, Superintendente

Barbara Allard, Directora

Matricula para Nuevos Estudiantes Información de Contacto del Estudiante

El Estudiante será solo despachado a la persona que tenga identificación e información adecuada en los archivos. Favor de notificar a la Escuela de cualquier cambio referente a los contactos o Información del estudiante durante el año escolar. Muchas Gracias.

Firma de Padres/Encargado _____ Fecha _____

★ NOMBRE DEL ESTUDIANTE _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

Padres/Encargado #1 _____ Relación _____ Prioridad # _____

Si No *Si el contacto, también es contacto para otro estudiante en las EPFR?*

Si No *Si el contacto, también es miembro o estudiante (presente o en los últimos 5 años) en las EPFR?*

Dirección Física _____ Ciudad, Estado, Zip _____

Dirección Postal _____ Ciudad, Estado, Zip _____

Escriba la palabra SAME si la dirección Postal y Residencial son las mismas

TEL. 01 _____ Tipo _____ TEL. 02 _____ Tipo _____

Lenguaje en la casa _____ Correo Electrónico _____

Si No ¿Vive con Estudiantes? Si No ¿Tiene Custodia del Estudiante? Si No ¿Puede recoger al Estudiante?

Padres/Encargado #2 _____ Relación _____ Prioridad # _____

Si No *Si el contacto, también es contacto para otro estudiante en las EPFR?*

Si No *Si el contacto, también es miembro o estudiante (presente o en los últimos 5 años) en las EPFR?*

Dirección Física _____ Ciudad, Estado, Zip _____

Dirección Postal _____ Ciudad, Estado, Zip _____

Escriba la palabra SAME si la dirección Postal y Residencial son las mismas

TEL. 01 _____ Tipo _____ TEL. 02 _____ Tipo _____

Lenguaje en la casa _____ Correo Electrónico _____

Si No ¿Vive con Estudiantes? Si No ¿Tiene Custodia del Estudiante? Si No ¿Puede recoger al Estudiante?

Codes for Emergency Priority

0 = Parent/Guardian

1= Family Members

2=Neighbors/Friends

3=Other

Contactos Adicionales
Información Adicional del Contacto

Contacto _____ **Relación** _____ **Prioridad #** _____

Si No *Si el contacto, también es contacto para otro estudiante en las EPFR?*

Si No *Si el contacto, también es miembro o estudiante (presente o desde los últimos 5 años) en las EPFR?*

Dirección Física _____ **Ciudad, Estado, Zip** _____

Dirección Postal _____ **Ciudad, Estado, Zip** _____

Escriba la palabra SAME si la dirección Postal y Residencial son las mismas

TEL. 01 _____ **Tipo** _____ **TEL. 02** _____ **Tipo** _____

Lenguaje en la casa _____ **Correo Electrónico** _____

Si No ¿Vive con Estudiantes? Si No ¿Tiene Custodia del Estudiante? Si No ¿Puede recoger al Estudiante?

Contacto _____ **Relación** _____ **Prioridad #** _____

Si No *Si el contacto, también es contacto para otro estudiante en las EPFR?*

Si No *Si el contacto, también es miembro o estudiante (presente o desde los últimos 5 años) en las EPFR?*

Dirección Física _____ **Ciudad, Estado, Zip** _____

Dirección Postal _____ **Ciudad, Estado, Zip** _____

Escriba la palabra SAME si la dirección Postal y Residencial son las mismas

TEL. 01 _____ **Tipo** _____ **TEL. 02** _____ **Tipo** _____

Lenguaje en la casa _____ **Correo Electrónico** _____

Si No ¿Vive con Estudiantes? Si No ¿Tiene Custodia del Estudiante? Si No ¿Puede recoger al Estudiante?

Contacto _____ **Relación** _____ **Prioridad #** _____

Si No *Si el contacto, también es contacto para otro estudiante en las EPFR?*

Si No *Si el contacto, también es miembro o estudiante (presente o desde los últimos 5 años) en las EPFR?*

Dirección Física _____ **Ciudad, Estado, Zip** _____

Dirección Postal _____ **Ciudad, Estado, Zip** _____

Escriba la palabra SAME si la dirección Postal y Residencial son las mismas

TEL. 01 _____ **Tipo** _____ **TEL. 02** _____ **Tipo** _____

Lenguaje en la casa _____ **Correo Electrónico** _____

Si No ¿Vive con Estudiantes? Si No ¿Tiene Custodia del Estudiante? Si No ¿Puede recoger al Estudiante?

Codes for Emergency Priority #
0 = Parent/Guardian 1= Family Members 2=Neighbors/Friends 3=Other

ESCUELAS PÚBLICAS DE FALL RIVER

Cuestionario de Entrada para Kindergarten/Pre-Escolar

(Para ser llenado por padres o encargados)

Fecha: _____

Nombre completo del Niño _____

El siguiente cuestionario es designado a ayudarnos a tener una mejor vista de su hijo/a, de sus fortalezas, debilidades, y conducta para que podamos cumplir con sus necesidades en el Kindergarten.

Fecha de Nacimiento _____ Lugar de Nacimiento (Ciudad, Estado, País) _____

FAMILIA

1. ¿Quién está llenando este cuestionario? Madre _____ Padre _____ Otro _____

2. Su Dirección _____ Teléfono _____

3. El niño vive con un padre _____ Padres _____ Otro _____

4. Padre:
Ocupación _____

Fecha Nacimiento _____ Lugar de Nacimiento _____

Ultima grado completado _____

5. Madre:
Ocupación _____

Fecha Nacimiento _____ Lugar de Nacimiento _____

Ultima grado completado _____

6. Algún otro lenguaje(s) hablado en la casa (cual es) _____

7. Otros niños en la casa:
Nombre: _____ Sexo _____ Fecha Nacimiento _____ Grado _____

Nombre: _____ Sexo _____ Fecha Nacimiento _____ Grado _____

Nombre: _____ Sexo _____ Fecha Nacimiento _____ Grado _____

Nombre: _____ Sexo _____ Fecha Nacimiento _____ Grado _____

Nombre: _____ Sexo _____ Fecha Nacimiento _____ Grado _____

Nombre: _____ Sexo _____ Fecha Nacimiento _____ Grado _____

SALUD:

Marque cualquier área que aplique a su hijo/a y comente:

- a. Se cansa fácilmente _____
- b. Requiere dormir _____
- c. Callado, apático _____
- d. Frecuentemente fríos _____
- e. Moja la cama _____
- f. Ensuciar con facilidad _____
- g. Infección de oídos _____
- h. ¿Alguna alergia en la familia? _____
- i. ¿Alguna diabetes en la familia? _____
- j. Medicamentos: ¿Cuales? _____ ¿Por que razón? _____
- k. Hospitalizaciones: ¿Edad? _____ ¿Razón? _____
- l. Convulsiones: ¿Edad? _____ ¿Razón? _____
- m. Accidentes: ¿Edad? _____ ¿Razón? _____
- n. Defectos Físicos (ojos, oídos, otros): Comentarios: _____
- o. Alergias (asmático, eczema) _____
- p. Extremamente activo _____
- q. Marcas de nacimiento _____
- r. Dolores de cabeza _____
- s. Prematuro _____
- t. Pobre de apetito _____

CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO

Edad al cual el niño:

1. Se sentó _____
2. Camino _____
3. Siguió objetos con los ojos _____
4. Imitó el habla _____
5. Habló _____
6. Jugó con juguetes _____
7. Se vistió por si mismo _____
8. Fue al baño durante el día _____

DESARROLLO SOCIAL Y EMOCIONAL

Marque cualquier área que aplique a su hijo/a y comente:

- Confianza en si mismo _____ Se come las uñas _____ Comparte fácilmente _____
- Distraído _____ Chupa dedo grande _____ Tiene pesadillas _____
- De mal humor _____ Llora fácilmente _____ Temperamento explosivo _____
- Tiene muchos amigos _____ Prefiere jugar solo _____
- Comparte actividades en grupos _____ Se mantiene en una actividad desde que comienza _____
- Corre a la madre en situaciones nuevas _____ Se calma por si mismo _____
- Se motiva en tratar cosas nuevas _____
- Comentarios: _____
- _____

DESARROLLO DEL LENGUAJE

1. Presente hábitos del habla (por favor marque)
Titubea frecuentemente _____ Repetición frecuente _____
Habla como bebé _____ Habla claro generalmente _____
¿Alguien unifamiliar entendería el habla de su hijo/a? _____
2. ¿Usted sabe si su hijo/a tiene dificultad en el habla? SI _____ NO _____
(Si sabe explique) _____
3. Cuál miembro de la familia experiencia dificultad con:
Habla _____
Lectura _____
Deletreo _____
Aritmética _____

DESARROLLO DE MOBILIDAD

1. Comenzó a caminar frecuentemente y fácilmente al _____
Coordinación: (por favor marque) brincar _____ correr _____ balancear en un solo pies _____
Puede usar bien las tijeras _____ puede usar bien los lápiz o crayolas _____

DOMINACIÓN

1. ¿Domina una mano mas que la otra? _____ ¿Cuál es? _____

DISPOSICIÓN

1. Sabe:
Dirección de la casa _____
Número de teléfono _____
Cortos mensajes _____
3. Muestra imaginación en:
Cuenta historias _____
Pintar _____
Construir _____
Actividades de juego _____
Otros _____
4. Puede reconocer:
Abecedario _____
Colores _____
Números _____
Tarjetas de palabras _____
5. Actividades favoritas _____
2. Puede escribir su nombre _____

EXPERIENCIA PREVIA EN LA ESCUELA

SI _____ NO _____

Donde (Nombre de la escuela, ciudad, estado)

Fechas: _____

Podemos contactar la escuela. SI _____ NO _____

Nombre de Doctor del niño/a _____ Fecha del último examen _____

Información Adicional referente a su hijo/a que usted crea que nos ayude al ajuste de su hijo/a:

FAVOR: Devolver esta forma al centro de Registración

Firma de Padres o Encargado _____

Spanish

Escuelas Publicas de Fall River

“Ciudad de Becas”

Student Registration & Parent Center – 360 Elsbree Street, Fall River, MA 02720

Meg Mayo-Brown, Superintendente

Barbara Allard, Directora

FAVOR DE LLENAR LOS BLANCOS:

Nombre completo _____ Teléfono _____

Dirección _____

Fecha de Nacimiento: Año ____ Mes ____ Día ____ Ciudad de Nacimiento _____

Nombre del Padre _____ Ocupación _____

Nombre del Madre _____ Ocupación _____

Ciudad de Nacimiento del Padre _____

Ciudad de Nacimiento de la Madre _____

De hermanas: Mayores _____ Menores _____ # de hermanos: Mayores _____ Menores _____

Nota: Los Sigüientes documentos son presentados durante Registración al Centro de Información a Padres

Certificado de Nacimiento _____

Certificado de Paperas Inmunización _____

Certificado de Tuberculosis _____

Prueba de Plomo _____

Certificado Inmunización de D T P _____

Hib _____

Certificado Inmunización de Polio _____

Hepatitis B _____

Certificado Inmunización Sarampión _____

Varicela _____

Certificado Inmunización Rubéola _____

2nd M M R _____

Lenguaje Nativo: _____

Student Assignment Specialist: _____

Fecha del último Examen Medico: _____

Sitió de llegada: _____

Fecha: _____

ESCUELAS PÚBLICAS DE FALL RIVER

SISTEMA DE SALUD INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Favor de completar la siguiente información y devolver a la escuela de inmediato

Escuela: _____ Grado: _____ Salón: _____

Nombre del Estudiante: _____
Apellido Segundo Nombre Nombre

Dirección de Casa: _____ Teléfono de Casa: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: _____ Primer Idioma: _____

Si su hijo/a tiene Plan Medico: SI _____ NO _____

Si es SI, ¿Cuál es el nombre de la compañía del Plan Medico? _____

Si usted no tiene Plan Medico, Massachussets tiene Plan Médicos de Salud que le provee al estudiante no asegurado con cuidado de salud (pueden haber restricciones). Favor de contactar a la enfermera escolar para más información referente a estos programas. Toda comunicación será confidencial.

Madre/Encargado/Otro _____

Padre/Encargado/Otro _____

Nombre & Fecha de Nacimiento de estudiantes **hermanos** en el Sistema Escolar de Fall River.

Nombre	Fecha de Nacimiento	Escuela

En caso de Emergencia, la Escuela hará el intento de contactar a padres/encargados antes de llamar al doctor de cabecilla. Su hijo/a será transportado en ambulancia a la sala de emergencia si es necesario.

Nombre del Doctor: _____ **Teléfono:** _____

Nombre del Dentista: _____ **Teléfono:** _____

Favor de escribir el nombre de cada medicina que su hijo/a tome:

Una orden escrita del doctor y padres es necesaria si se toma la medicina en la escuela. Aspirina y / o cualquier otra medicina no puede ser dada si no se tiene la orden mencionada y la medicina que se provea por los padres/encargados. Favor de contactar la enfermera escolar de su hijo/a para el formulario apropiado.

Favor de marcar si alguna aplican a su hijo/a.

Condición del Corazón Diabetes Asma Ataque Afección ADD/ADHD Migrañas Depresión

Otros (Especifique) _____

Alergias (comidas, insectos, medicinas, medio ambiente) (especifique) _____

Problema de Audición (Especifique) Oído Izquierdo _____ Oído Derecho _____ Aparato de Audición _____

Problema De Visión (Especifique) Usa Espejuelos _____ Lentes de Contacto _____

¿Su hijo/a puede participar en nuestro programa de educación física? SI _____ NO _____ Si NO, favor de explicar

Yo doy permiso a la enfermera escolar a compartir información referente a la condición médica de mi hijo/a con apropiado personal escolar cuando sea necesario para medir a mi hijo/a la seguridad y salud necesaria y a compartir información con el pediatra primario de mi hijo/a con propósitos referentes, diagnósticos y tratamientos.

Firma de Padre/Guardián _____ Fecha _____

Evaluación de Tuberculosis para Estudiantes

Herramientas Recomendadas para Evaluaciones de parte de la Junta de Asesores Médicos del Comité Eliminator de Tuberculosis en Massachusetts.

Nombre del Estudiante: _____

DIRECCION: _____

FECHA NACIMIENTO: _____ LUGAR DE NACIMIENTO: _____

USTED HA VIVIDO O PASADO TIEMPO CON ALGUN ADULTO QUE:

	SI	NO
1. Haya estado sin casa, vivido en la calle o en un refugio?	___	___
2. Haya tenido SIDA o este infectado con VIH?	___	___
3. Haya usado drogas por las venas o cualquier clase de drogas?	___	___
4. Haya vivido en una cárcel, casa de ancianos o una institución mental?	___	___
5. Haya tenido alguna vez tuberculosis en la piel positiva?	___	___
6. Haya vivido o pasado tiempo con cualquier persona que haya estado enfermo o haya tenido un examen de tuberculosis en la piel positiva?	___	___
7. ¿Usted a nacido en alguno de las ciudades de la lista que aparece al dorso del papel?	___	___
8. ¿Usted ha viajado o ha vivido por más de un mes a alguna de las ciudades de la lista que aparece al dorso del papel?	___	___

SI - A CUALQUIER PREGUNTA - Requiere un examen de tuberculosis en la piel, prueba negativa de examen de piel o nota del Doctor.

ALTO RIESGO

NO - A TODA PREGUNTA ARRIBA - Significa que usted no es considerado bajo riesgo de tuberculosis, y no es necesario un examen de tuberculosis en la piel.

BAJO RIESGO

FIRMA DE PADRES O ENCARGADO: _____

Fecha: _____

Favor de traer lo siguiente para completar el proceso de Matricula

Certificado de Nacimiento de su hijo/a

Registro Completo de Vacunas incluyendo la prueba de Plomo

Examen Físico completo mas reciente, firmado por el Médico

*La prueba más reciente de residencia tal como contrato de arrendamiento,
recibo de depósito de renta, o cualquier recibo de utilidades (gas, electricidad, cable, teléfono, etc.)*

*La llave del éxito
académico
de sus hijos
depende de la
participación
de los padres
en su educación*