

"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 _____

Forma de Registración para las Escuelas Públicas de Fall River

Nombre _____	Vive con _____
Segundo Nombre _____	(padres, madre, padre,...ect)
Apellido _____	Padres/Encargados _____ (Nombre Completo)
Sexo M F	Dirección _____
Fecha Nacimiento (m/d/a) _____/_____/_____	Ciudad Fall River _____
Grado de Entrada _____	Estado MA _____
Teléfono de la Casa _____	Área Postal _____
Teléfono de Emergencia _____	Condado Bristol _____
Lenguaje Materno _____	EST. Ciudad de Nacimiento _____
Étnico: Marque solo 1 Hispano Non-Hispano	
Nacionalidad: Blanco Negro o Africano/Americano	
Marque necesario Asia Indias Americano Nativo Alaska	Los padres trabajan para las Escuelas de FR SI ___ NO ___
Nativo Hawai u otro Isla Pacífica	
Firma de Padres _____	Nombre Padres (letra molde) _____
Fecha de Registración _____	Firma del Funcionario _____

Para uso de Oficina SOLAMENTE

¿El estudiante ha sido registrado en la EPFR?	SI NO	Escuela _____	Grado _____
¿El estudiante ha sido registrado en cualquier escuela en MA?	SI NO	Ciudad _____	Cuando _____
Estatus inmigrante (si, solo el estudiante <u>no</u> nació en los US & <u>no</u> en escuela US por 3 años)	SI	NO	
¿Si es SI, en que condado nació el estudiante?	_____		
Destreza de Inglés (¿Puede el estudiante desempeñar su trabajo en inglés?)	SI	NO	
El estudiante esta registrado en el Programa de Ingles como Segundo Idioma?	SI	NO	
El estudiante recibe Servicios de Educación Especial?	SI	NO	
Si es Si, Prototipo? _____			
El estudiante recibe Servicios de Titulo I	SI	NO	
¿El estudiante a estado Bajo la Tutela Judicial del Estado o Bajo el Departamento de Servicios a Niños y Familia (DCF)?	SI	NO	

LAS ESCUELAS PÚBLICAS DE FALL RIVER ASEGURAN IGUALDAD DE OPORTUNIDAD DE EDUCACIÓN EN LO QUE SE REFIERE A RAZA, COLOR, SEXO, RELIGIÓN, NACIÓN DE ORIGEN O IMPEDIMENTO EN CONFORMIDAD CON EL CAPITULO 622 Y OTROS APLICABLES A LA LEY DE DERECHOS CIVILES ESTATALES Y FEDERALES

Escuelas Públicas 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

"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 custodiaros.)

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 Públicas de Fall River

“Ciudad de Becas”

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

Meg Mayo-Brown, Superintendente

Bárbara 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 Tuberculosis

Certificado Inmunización de D T P _____

Certificado Inmunización de Polio

Certificado Inmunización Sarampión _____

Certificado Inmunización Rubéola

Certificado de Paperas Inmunización _____

Prueba de Plomo

Hib _____

Hepatitis B

Varicela _____

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

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: _____



FALL RIVER PUBLIC SCHOOLS

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

Meg Mayo-Brown, Superintendent

Barbara Allard, Director

RELEASE OF INFORMATION

NAME OF CHILD _____ **D.O.B.** _____

ADDRESS _____

To assist the above named individual in education and occupational placement, school authorities are requesting your authorization for release of information in accordance with chapter 71 of the General Laws of the Commonwealth of Massachusetts.

I hereby authorize the release of information as requested by colleges, schools, employers and military services to which the above-named individual has applied.

PARENT/ GUARDIAN SIGNATURE

DATE

Send student records to:

Barbara Allard, Director
Fall River Public Schools
Student Assignment/
Parent Information Center
417 Rock St.
Fall River, MA 02720