

ESCUELAS PÚBLICAS DE FALL RIVER
“CIUDAD DE BECAS”

Fred Houle
Centro de Información para Padres
Y
Asignación del Estudiante



2010-2011

"ESCUELA DE ELECCIÓN" FORMA DE REGISTRACIÓN

Apellido/s _____ Nombre _____ Inicial _____

Dirección _____ # Teléfono _____ # Emergencia _____

Fecha de Nacimiento ___/___/___ Edad: _____ Género 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 del cualquier programa de cuidado? | SI | NO |
| 2. ¿Si su hijos/as tiene un plan medico? | SI | NO |
| 3. ¿Usted esta interesado en Clases 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 similar razón. | SI | NO |

* Si En algunas de las respuestas arriba es SI, le gustaría que alguien le contacte para ofrecer servicios de información el cual usted cualifique SI NO

- Yo entiendo que toda Forma de Registración tiene que ser completa para la Ubicación de cualquier estudiante en la "Elección de Escuela" 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/ Guardián

Relación con el Estudiante

Fecha

Firma del Funcionario

Fecha

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

Effective Date: _____

Waiting List: _____

Transportation: Bus# _____ RT _____

** Date Letter Sent: _____

School Assigned: Name: _____

Code: _____

District School: Name: _____

Code: _____

FALL RIVER PUBLIC SCHOOLS

"The Scholarship City"

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

Meg Mayo-Brown, Superintendent

Diane Gouveia, Director

Registración para Nuevos Estudiantes Contacto de Información para el Estudiante

El Estudiante será solo despachado a la persona que tenga adecuada identificación y adecuada información 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/Guardián _____ Fecha _____

★NOMBRE ESTUDIANTE _____ DOB _____ FECHA _____

Padres/Guardián #1 _____ Relación _____ Prioridad # _____

Si No *Si el contacto, también es contado para otro estudiante (presente antiguo) 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 Estudiante? Si No ¿Puede recoger al Estudiante?

Padres/Guardián #2 _____ Relación _____ Prioridad # _____

Si No *Si el contacto, también es contado para otro estudiante (presente antiguo) 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 Estudiante? Si No ¿Puede recoger al Estudiante?

Codes for Emergency Priority

0 = Parent/Guardian

1= Family Members

2=Neighbors/Friends

3=Other

Por Adicional Contacto al Reverso
Información Adicional del Contacto

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

Si No *Si el contacto, también es contado para otro estudiante (presente antiguo) 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 Estudiante? Si No ¿Puede recoger al Estudiante?

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

Si No *Si el contacto, también es contado para otro estudiante (presente antiguo) 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 Estudiante? Si No ¿Puede recoger al Estudiante?

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

Si No *Si el contacto, también es contado para otro estudiante (presente antiguo) 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 Estudiante? Si No ¿Puede recoger al Estudiante?

Codes for Emergency Priority #

0 = Parent/Guardian

1= Family Members

2=Neighbors/Friends

3=Other

FALL RIVER PUBLIC SCHOOLS

"The Scholarship City"

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 a usted la mejor posible 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 Escuela Presente / Previa _____ Fecha que registró 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)

FALL RIVER PUBLIC SCHOOLS

"The Scholarship City"

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

Meg Mayo-Brown, Superintendent

Diane Gouveia, Director

CERTIFICADO DE RESIDENCIAL

Se dice que la póliza del Comité de Fall River:

"todo niño que se registre y que atienda las Escuelas Pública de Fall River a costa de los ciudadanos de Fall River sean legalmente residentes que su actual principal residencia es en Fall River. Esta póliza puede proveer igualdad de oportunidad a cada niño sin tener en cuenta raza, color, creó, nacionalidad de origen, sexo o incapacidad."

1. Yo entiendo que _____ soy residente a la ciudad de Fall River.
(Nombre del estudiante)
2. Yo certifico que _____ soy residente con mi persona a 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 _____ legal guardián.
(Nombre del estudiante)

Soy existen guardián, favor de adjuntar legal documentación.

5. Yo certifico que esta situación es no un acomodamiento conveniente temporero por solo el propósito de tener al estudiante residiendo con usted para que atienda las Escuelas Pública de Fall River.

Liste la razón (s) por la corriente situación de vida. (Si esta situación de vida es resultada a un matrimonio o por separación/divorcio, adjunte documentación evidente a la orden de la custodia)

Yo entiendo que al matricular al niño nombre arriba en las Escuelas Pública de Fall River continuo con las condiciones de la póliza de residencia, la cual yo he leído. Yo también entiendo al violar esta póliza puede ser resultado de determinación de registración para mi niño y también puede ser responsable por reembolso de clases.

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

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

Fecha

(Firma de Padres)

Fecha

Vserrano/Spanish

ESCUELAS PÚBLICAS DE FALL RIVER

Cuestionario de Entrada para Kindergarten/Pre-Escolar

(Para ser llenado por padres o guardián)

Fecha: _____

Nombre completo del Niño _____

El siguiente cuestionario es designado a ayudarnos a tener una mejor vista de su hijo/a, de su fortaleza, debilidades, y conducta para que podamos encontrar las necesidades necesarias en el Kindergarten.

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

FAMILIA

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

2. El/ Ella 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. Algún 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. Medicaciones: ¿Cuales? _____ ¿Por que razón? _____
- k. Hospitalizaciones: ¿Edad? _____ ¿Razón? _____
- l. Convulsiones: ¿Edad? _____ ¿Razón? _____
- m. Accidentes: ¿Edad? _____ ¿Razón? _____
- n. Físicos defectos (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. Sigue objetos con los ojos _____
- 4. Imita el habla _____
- 5. Habló _____
- 6. Jugar con juguetes _____
- 7. Vestirse por si mismo _____
- 8. Ir 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 _____ Lloro 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 nueva situaciones _____ Se calma por si mismo _____
- Se motiva en tratar cosas nuevas _____
- Comentarios: _____

DESARROLLO DEL LENGUAJE

- Presente hábitos del habla (por favor marque)
Titubear frecuentemente _____
Habla de bebé _____
Repetición frecuente _____
Hablar claro generalmente _____
¿Alguien unifamiliar que entienda el habla de su hijo/a? _____
- ¿Usted sabe si su hijo/a tiene dificultad en el habla? SI _____ NO _____
(Si sabe explique) _____
- Cuál miembro de la familia experiencia dificultad con:
Habla _____
Lectura _____
Deletreo _____
Aritmética _____

DESARROLLO DE MOBILIDAD

- 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

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

DISPOSICIÓN

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

PREVIA EXPERIENCIA EN 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 _____

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

FAVOR: Devolver esta forma al centro de Registración

Firma de Padres o Guardián _____

VSerrano/Spanish

FALL RIVER PUBLIC SCHOOLS

"The Scholarship City"

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

Meg Mayo-Brown, Superintendent

Diane Gouveia, Director

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 _____

Language 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 retornar 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 aseguibles 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/Guardián/Otro _____

Padre/Guardián/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 contactara padres/guardián 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 escrita orden del doctor y padres es necesaria si se toma la medicina en la escuela. Aspirina y / o cualquier otra medicina no se puede ser dada si no se tiene la orden mencionada y la medicina que se provea por los padres/guardián. Favor de contactar la enfermera escolar de su hijo/a para la forma apropiada.

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 médica? 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 _____