



RECEPCIÓN A LAS ESCUELAS PÚBLICAS DE ROCKLAND

Se ata el paquete del registro de su estudiante. Las primeras 2 páginas explican qué documentación es necesaria para terminar el proceso de registro. Lea por favor cada página cuidadosamente pues no podemos aceptar los paquetes que son incompletos. Sea consciente que algunas formas tienen dos lados que se terminarán así como **1 tarjeta del contacto** y **1 tarjeta de la emergencia**.

Los paquetes terminados se deben volver a los **servicios de los personales del alumno situados en la escuela de Memorial Park, un Col. Brian Duffy Way, Rockland, MA 02370** (si usted está delante de escuela de Memorial Park, va por favor a la extrema izquierda del edificio y busca muestras de los servicios de los **personales del alumno**). Una vez que está revisada, la información será remitida a la escuela señalada. Aceptaremos usos el las mañanas de lunes y de martes a partir del 9:30 mañana al 12:30 P.M. Durante el verano las horas son lunes y martes a partir del 12:00 P.M. al 3:00 P.M. Llame por favor a Linda Ricciarelli en 781-878-1380 5020 exteriores para tomar otras medidas si usted no puede venir durante esas horas.

Si usted tiene cualquier pregunta satisfice para llamar los servicios en 781-878-1380, 5020 exteriores de los personales del alumno. Si usted necesita hablar a un intérprete, llame por favor 781-414-9086.

**Página 1 de las pautas de las escuelas públicas de Rockland
PROCESO DE REGISTRO**

Quisiéramos acogerle con satisfacción a las escuelas públicas de Rockland. Para ayudar a su niño a alistar lo más rápidamente posible, hemos creado la lista siguiente de información que usted necesitará proporcionar **antes de que** alisten a su niño oficialmente.

LOS REGISTROS NO SERÁN PROCESADOS HASTA QUE SE HAYAN RECIBIDO TODOS LOS MATERIALES SIGUIENTES

- Partida de nacimiento legal con el sello aumentado** (la partida de nacimiento del hospital no es legal)
- La prueba de la residencia** considera la forma en la página siguiente para la documentación requerida
- Examen físico e historia actuales de la inmunización.** Si las inmunizaciones de su niño no son actualizadas, entre en contacto con por favor al doctor de su niño inmediatamente para una cita.

	Child Care/Preschool ¹	Kindergarten	Grades 1-6	Grades 7-12
Hepatitis B ¹	3 doses	3 doses	3 doses	3 doses
DTaP/DTP/DT/Td/Tdap ¹	≥4 doses DTaP/DTP	5 doses DTaP/DTP	≥4 doses DTaP/DTP or ≥3 doses Td	4 doses DTaP/DTP or ≥3 doses Td; Plus 1 dose Tdap
Polio ²	≥3 doses	4 doses	≥3 doses	≥3 doses
Hib ³	1 to 4 doses ⁴	NA	NA	NA
MMR ⁷	1 dose	2 doses	Grades 1-5: 2 doses Grade 6: 2 doses measles, 1 mumps, 1 rubella (See Phase-In Schedule)	2 doses
Varicella ⁸	1 dose	2 doses	Grades 1-5: 2 doses Grade 6: 1 dose (See Phase-In Schedule)	2 doses
Meningococcal ^{9,10}	NA	NA	NA ¹⁰	1 dose for new full-time residential students ⁹

¹These requirements also apply to all new "enterers." NA = no vaccine requirement for the grades indicated.

Llene el formulario por favor incluidos enumerada abajo:

- Forme el boletín de inscripción de #1-/la información de la inscripción del censo del estudiante
- Forme la información de emergencia del estudiante de #2-
- Forme la actualización de la información de la salud del estudiante de #3-

Formas opcionales (uso solamente si procede a la situación de su estudiante)

- Forme la forma del lanzamiento de registro del estudiante de #4-
- Forme la verificación de #5- de la forma de la residencia del estudiante (**uso solamente si el padre/el guarda Y el estudiante están residiendo con los miembros de la familia y no poseen o no alquilan donde están viviendo**)

**** Observe por favor si el padre/el guarda y el estudiante están residiendo con un miembro de la familia y no poseen ni alquilan**

la residencia donde están viviendo, usted debe proporcionar el siguiente:

- Verificación certificada ante notario de la forma de la residencia del estudiante del cabeza de familia que indica que el niño y los padres/los guardas están residiendo en la dirección indicada.
- La licencia de conductor de Massachusetts/identificación de Massachusetts para la cabeza de ese hogar con la dirección actual e identificación de la licencia/de Massachusetts de conductor de Massachusetts para los padres/los guardas.
- Prueba de la residencia como se declaró anteriormente

Página 2 de la pauta de las escuelas públicas de Rockland
PROCEDIMIENTOS PARA
INSCRIPCIÓN Y PRUEBA DE LA RESIDENCIA

Debajo de MGL, el capítulo 76, sección 5, cada persona "tendrá la derecha de asistir a la escuela pública de la ciudad en donde él reside realmente." Los procedimientos siguientes serán seguidos para verificar la residencia de un estudiante:

Antes de que alisten a cualquier estudiante en las escuelas públicas de Rockland, el padre o el guardian* legal del estudiante debe probar la residencia legal en las ciudades de Rockland. Los niños cuya residencia primaria está fuera de Rockland no son elegibles asistir al distrito escolar de Rockland. La residencia significa el domicilio donde un niño pasa a la mayoría de su tiempo. Las aplicaciones de Rockland del estándar son simples: La ley está muy clara que la determinación para la residencia miente en el establecimiento de "domicilio" - donde reside el estudiante, según lo determinado por el establecimiento de donde está el centro de su vida nacional, social y cívica, y éste es donde está asistir uno a la escuela. Este estándar debe ser el primer paso resuelto antes de que una familia intente demostrar la residencia del niño.

Todos los candidatos deben someter por lo menos **tres pruebas de residencia.**

Los documentos se deben imprimir con el nombre y dirección del padre o del guarda del estudiante. * **Al registrar a un estudiante para las escuelas públicas de Rockland, el secretario del distrito confirmará la residencia.** Estos documentos también serán requeridos para cualquier **cambio de dirección.**

Todos los candidatos deben presentar por lo menos un documento de <u>cada uno de las</u> columnas siguientes:		
Columna A	Columna B	Columna C
<p><i>Debe mostrar a Rockland la dirección actual **</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • La licencia de conductor válida • Foto válida de Massachusetts Carné de identidad • Pasaporte válido, anticuado dentro del último año <p><u>Si license/ID no muestra la dirección actual, usted puede ir en línea a www.massdot.state.ma.us/rmv y hacer clic en el cambio de dirección, fe enviarán por correo electrónico un recibo. Someta por favor una copia al secretario.</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Copia del arriendo • Declaración de la hipoteca • Acuerdo de la sección 8 • Affidavit legal del propietario arrendamiento de afirmación • Copia del hecho o de la compra y acuerdo de ventas <p>Utilice la forma 5 si usted no hace tenga un de los arriba. Forma 5 debe ser certificado ante notario.</p>	<p><i>Una orden de la factura de servicios públicos o de trabajo anticuada en el plazo de los últimos 60 días incluyendo.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuenta de gas • Cuenta del aceite • Cuenta eléctrica • Cuenta de teléfono casera (ningún teléfono celular) • Cuenta del cable • Cuenta del teléfono celular <p><i>Observe por favor que las empresas de servicio público proporcionan el acceso en línea para transferir sus cuentas/declaraciones.</i></p>

la tutela *Legal requiere la documentación adicional de una corte o de una agencia.

La política de la residencia de Rockland no se aplica a los estudiantes sin hogar. (Acto de McKinney-Vento)

I/we entienden que todos los candidatos deben residir en Rockland (las leyes generales de Massachusetts, capítulo 76, sec 5 cada persona tendrán una derecha de asistir a las escuelas públicas de la ciudad en donde él reside realmente, sujeto a la sección siguiente. No se requiere a ningún comité de la escuela alistar a una persona que no resida realmente en la ciudad a menos que dijera que la inscripción es autorizada por la ley o por el comité de la escuela. **Cualquier persona que viole o las ayudas en la violación de esta disposición puede ser requerida remitir la restitución completa a la ciudad de las escuelas públicas incorrectamente asistidas.** No se excluirá de ni será discriminado a ninguna persona contra en la admisión a una escuela pública de cualquier ciudad, o en la obtención de las ventajas, de los privilegios y de los cursos del estudio de tal escuela pública debido a la raza, al color, al sexo, a la religión, al origen nacional o a la orientación sexual.

Enmendado por st.1971, c.622, c.1; st.1973, c.925, s.9A, st.1993, c.282; st.2004, c.352, s.33)

Escuelas públicas de Rockland
Información de la inscripción del censo del estudiante del boletín de inscripción

(Imprima por favor)

El nombre legal completo del estudiante: _____
Dure el primer sufijo medio

Fecha de nacimiento (MM/DD/YYYY): Género del _____ : Grado que entra del ___ de F ___ N del ___ de M: _____

Ciudad/estado/país de nacimiento: _____

Información anterior de la escuela

¿El estudiante ha asistido a otra escuela de Rockland? Yes ___ ningún ___ si sí: Escuela/Grade _____

La escuela pasada asistió fuera de las escuelas públicas de Rockland

Escuela: Grado del _____ : Año escolar del _____ : Estado del _____ : _____

Raza/pertenencia étnica (conteste por favor a AMBAS preguntas 1 y 2)

1. ¿Es este estudiante hispano o Latino? (elijá solamente uno)
___ningún, no hispánico o Latino

___sí, hispanos o Latino (persona de A cría del cubano, del mexicano, del puertorriqueño, del sur o centroamericana, o de la otra española del origen sin importar la raza)

2. ¿Cuál es la raza del estudiante? (elijá uno o más)

Natural indio del ___ o de Alaska americano (persona de A que tiene orígenes en la población original ua de los del norte y de Suramérica (America Central incluyendo), y quién mantiene la afiliación tribal o el accesorio de la comunidad)

Asiático del ___ (persona de A que tiene orígenes en la población original ua de los del Extremo Oriente, Asia sudoriental, o el subcontinente indio incluyendo, por ejemplo, Camboya, China, la India, Japón, Corea, Malasia, Paquistán, las islas Filipinas)

Negro o afroamericano (persona del ___ de A que tiene orígenes en grupos raciales negros uces de los de África)

Isleño hawaiano del ___ u otro pacífico nativo (persona de A que tiene orígenes en la población original ua de los de Hawaii, de Guam, de Samoa, o de otras islas del Pacífico)

Blanco del ___ (persona de A que tiene orígenes en gente originales unas de los de Europa, Oriente Medio, o África del Norte)

Información de ELA/encuesta sobre casera la lengua

¿Qué lengua su niño primero entendía o habló? _____

¿Qué lengua usted utiliza lo más a menudo posible al hablar con su niño en casa? _____

¿Qué lengua su niño utiliza lo más a menudo posible al hablar con usted en casa? _____

¿Qué lengua su niño utiliza lo más a menudo posible al hablar con otros miembros de la familia? _____

¿Qué lengua su niño utiliza lo más a menudo posible al hablar con los amigos? _____

¿Qué lengua su niño lee? _____

¿Qué lengua su niño escribe? _____

¿En qué edad su niño comenzó a asistir a la escuela? _____

¿Su niño ha asistido para enseñar cada año desde entonces que envejece? ___ No de los ___ Yes si ningún, explique por favor:

¿Usted preferiría documentos traducidos? ¿Sí o ningún qué lengua usted quiere los documentos? _____

Información de servicios de la educación especial

¿Su niño está recibiendo servicios de la educación especial? ___ No de los ___ Yes

SOBRE



Circunde por favor la mejor declaración:

1. No, no miembro de una familia militar
2. Sí, niño del miembro del servicio activo
3. Sí, niño del miembro o veteranos que se descargan o se retiran médicamente por 1 año
4. Sí, niño del miembro que muere en servicio activo

Situación inmigrante:

1. Provea por favor de la copia del pasaporte un puerto de entrada y el sello de fecha
2. ¿Es usted un inmigrante? Del _____ sí ningún
- 3.Cuál es su país de _____ del origen
4. ¿Le han alistado en las escuelas de Massachusetts por los últimos 3 años? Del _____ sí ningún
Cuando _____
El otro _____ de la escuela

Forme 2 al estudiante ID#: _____

Escuelas públicas de Rockland

Forma confidencial de la información de emergencia del estudiante

Fecha: _____

Nombre del estudiante: _____

Dure el primer centro

Dirección: _____ casero del teléfono del _____.

Las emergencias tales como una enfermedad o un accidente súbita ocurren a menudo en la escuela. En caso de emergencia, transportarán a su niño al hospital local más cercano.

Termine por favor la información siguiente:

_____ del _____ del _____ del _____

Dirección del nombre de la madre/del guarda si diverso **correo electrónico de la madre** de ciudad/del pueblo/de la cremallera

_____ del _____

Teléfono celular de madre del teléfono del trabajo de la madre

_____ del _____ del _____ del _____

Dirección del nombre del padre/del guarda si diverso **correo electrónico del padre** de ciudad/del pueblo/de la cremallera

_____ del _____

Teléfono celular del padre del teléfono del trabajo del padre

Vidas del niño con: Ambos () engendran () la madre del guarda de la madre () (/) el padre/a la madrastra del padrastro () ()

Arregle por favor para que dos otros adultos responsables cuiden para su niño en caso que usted no pueda ser alcanzado

Name _____ Address _____

Ciudad/Town _____ tel./relación al student _____

Name _____ Address _____

Ciudad/Town _____ tel./relación al student _____

Enumere a otros niños que viven en el hogar

Nombre	Fecha de nacimiento	Nombre de la escuela

Expedientes/imágenes confidenciales del estudiante

Si deseo para que los expedientes de mi niño sean confidencial o no deseo para que las imágenes de mi niño sean tomadas mientras que en la escuela, yo entiendo que debo enviar una letra a la atención del director del edificio que pide tan.

Lanzamiento de la información con respecto a Medicaid

Como padre/guarda del niño nombrado arriba, doy el permiso para divulgar la información de los expedientes de la educación de mi niño a los distritos escolares y los designees, estado, y los representantes federales de la administración de Medicaid con el único propósito de demandar el reembolso de MEDICAID para los servicios de asistencia relativos a la salud en el plan individualizado de la educación de mi niño.

_____ INICIAL

Firma del padre/del guarda: Fecha del _____:

Forme 3 al estudiante ID#: _____

Escuelas públicas de Rockland

Forma de la actualización de la información de la salud del estudiante (Impresión de Pease)

Padres: Para asegurar respuesta exacta en caso de problema médico, termine por favor todos los campos enumerados abajo.

Nombre del estudiante: _____
Dure el primer centro

Fecha de nacimiento (MM/DD/YYYY): Ciudad/estado/país del _____ de nacimiento: _____

INFORMACIÓN MÉDICA

Nombre del médico: _____ teléfono #: _____

Nombre del dentista: _____ teléfono #: _____

Proveedor del seguro médico: _____

Seguro privado del ____ No de la salud de la masa del __ del seguro del __ público del seguro del __

Si usted no tiene ningún seguro médico, la Commonwealth de Massachusetts tiene un plan del seguro médico que provea de niños sin seguro atención sanitaria asequible (las restricciones pueden aplicarse). Si usted está interesado en más información sobre este programa, entre en contacto con por favor a la enfermera de la escuela.

Alergias: _____

Problemas de salud actuales: _____

Medicación actual: _____

Tiempo de la dosis del nombre de la dosis

Medicación actual: _____

Tiempo de la dosis del nombre de la dosis

PERMISO PARA SOBRE LAS MEDICACIONES CONTRARIAS

Mi niño hace el permiso para recibir las medicaciones de no-aspirin a discreción de la enfermera de la escuela, y los órdenes permanentes autorizar por médico de las escuelas públicas de Rockland': _____ NO del ____ YES

¿Puede la protección solar ser aplicada, si es necesario, para los acontecimientos al aire libre? _____ NO del ____ YES

LANZAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

Autorizo a la enfermera de la escuela a entrar en contacto con al médico antedicho, cuando es apropiado, para un intercambio bidireccional de información médica. Entiendo que me entrarán en contacto con antes de esta comunicación. _____ NO del ____ YES

PERMISO PARA EL TRATAMIENTO

En caso de enfermedad seria/de lesión, autorizo por la presente la escuela para entrar en contacto con al médico de mi niño y/o para buscar asistencia médica de la emergencia incluyendo el transporte a una instalación médica. Autorizo por la presente el personal de la sala del médico y de urgencias a administrar el cuidado que se juzga necesario. Entiendo que todo lo posible será hecho para entrar en contacto con a la familia y la emergencia entra en contacto con primero.

_____ NO del ____ YES

Hospital preferido: _____

Firma del padre/del guarda: Fecha del _____:

Nombre de la impresión: Relación del _____:

Forme 4 al estudiante ID#: _____

Escuelas públicas de Rockland

Forma del lanzamiento de registro del estudiante

La ley estatal requiere estudiantes y/o padres/a guardas proporcionar un expediente completo de la escuela sobre la inscripción en un nuevo distrito. Firme por favor abajo para permitir que el comunicado de todos los expedientes de la escuela para que el estudiante nombrado termine la inscripción en el distrito escolar de Rockland.

Lance por favor el expediente completo de la escuela para el _____
Nombre del estudiante

Fecha de nacimiento

Escuela asistida por último: _____
Nombre del sistema escolar anterior o de los terceros

Dirección: _____
Dirección del sistema escolar anterior o de los terceros

El incluir:

Tarjeta de la transferencia del ____o letra de la descarga

Historiales médicos del ____ (inmunizaciones, partida de nacimiento)

Expedientes del Academic del ____ (datos de prueba objetivos)

____ otra educación especial/informes de evaluación (psicológicos, IEP, etc.)

Expediente de la disciplina del ____

____ todo el arriba

Hágase seguir por favor, a:

Escuela secundaria de Juan W. Rogers	de la escuela de Jefferson	de la escuela de Memorial Park	de la escuela de R. Stewart Esten
100 Taunton Avenue	93 George Street	One Col. Brian Duffy Way	733 Summer Street
Rockland, MA 02370	Rockland, MA 02370	Rockland, MA 02370	Rockland, MA 02370
781-878-4341	781-871-8400	781-878-1367	781-878-8336
FAX 781-871-8448	FAX 781-871-9449	FAX 781-871-8450	FAX 781-871-8451

High School secundaria de Rockland
52 MacKinlay Way
Rockland, MA 02370
781-871-0541
FAX 781-878-0158

Firma de la fecha del padre o del guarda

Las escuelas públicas de Rockland no discriminan en base de la raza, del color, del sexo, de la edad, de la religión, de la incapacidad, del origen nacional o de la orientación sexual.

Forma 5

Escuelas públicas de Rockland

Verificación de la residencia del estudiante

(PARA EL ESTUDIANTE Y PARENT/GUARDIAN RESIDING/LIVING EN EL REFUGIO O CON UN MIEMBRO DE LA FAMILIA)

I, _____, atestiguo por la presente que residen los individuos siguientes
actualmente adentro

(imprima por favor legible)

mi hogar situado en la dirección

siguiente: _____

en la ciudad del _____, mA.

Teléfono: _____

Nombre del padre/del guarda: _____

Nombre de estudiantes: _____

* I/We entendemos que todos los candidatos deben residir en Rockland. Cada persona tendrá una derecha de asistir a las escuelas públicas de la ciudad en donde él reside realmente, sujeto a la sección siguiente (leyes generales de Massachusetts, capítulo 76, sec 5). No se requiere a ningún miembro del comité de la escuela alistar a una persona que no resida realmente en la ciudad a menos que dijera que el comité de la escuela autoriza por ley o la inscripción. Cualquier persona que viole o las ayude en la violación de esta disposición puede ser requerida remitir la restitución completa a la ciudad de las escuelas públicas incorrectamente asistidas. No se excluirá de ni será discriminado a ninguna persona contra en la admisión a una escuela pública o a cualquier ciudad, o en la obtención de las ventajas, de los privilegios y de los cursos del estudio de tal escuela pública debido a la raza, al color, al sexo, a la religión, al origen nacional o a la orientación sexual.

Certifico que todas las declaraciones hechas en esta forma están correctas según mi entender.

Cabeza de fecha de firma de la familia

El término "residencia" o "residencia" refiere a su residencia legal como resuelto del gobierno tarjeta de la identificación de la licencia o del estado los documentos-primario su de conductor publicado. La documentación justificativa se puede requerir además de su licencia. Revise la lista de documentos de la residencia.

Reconocimiento de la firma

En este día del ___ de ___, de 20___, ante mí, el notario público infrascrito, personalmente

_____ aparecido (nombre del firmante del documento), demostrado a mí con pruebas satisfactorias de la identificación, que eran _____ del _____, ser la persona cuyo nombre se firma en el precedente o documento atado, y reconocido a mí que (él) lo firmó voluntariamente para su propósito indicado.

_____ del _____
Firma de la impresión del notario del notario público de Massachusetts aquí

El aviso parental de Massachusetts con el consentimiento de una sola vez de permitir que el distrito escolar tenga acceso a MassHealth (Medicaid) se beneficia

Escuelas públicas de Rockland

Estimado padre/guarda:

El propósito de esta letra es pedir su permiso para cargar en cuenta MassHealth para el coste de servicios de la educación especial que el distrito proporciona a su niño bajo IEP que desarrollamos con usted. Si usted está de acuerdo, MassHealth reembolsará el coste de los servicios que cubren, por ejemplo servicios de la terapia así como el coste de tiempo pasado por los proveedores de tales servicios para participar en reuniones del equipo, no podemos enviar expedientes y la información sobre sus servicios del IEP del niño y de su niño a MassHealth para pedir el reembolso sin su consentimiento y sin primero la notificación de usted del siguiente:

El distrito escolar no puede requerirle firmar para arriba para MassHealth para que su niño reciba los servicios de la educación especial a los cuales dan derecho su niño;

El distrito escolar no puede requerirle pagar cualquier cosa hacia el coste de los servicios de la educación especial de su niño. Esto significa que el distrito escolar no puede requerirle pagar una co-paga o un deducible de modo que pueda cargar en cuenta MassHealth. El distrito escolar puede acordar pagar la co-paga o el deducible si se espera tal coste.

Si el distrito escolar recibe su consentimiento:

- a. Su consentimiento no disminuirá la cobertura disponible del curso de la vida de su niño o el otro MassHealth ventaja; ni él en cualquier límite de la manera que el uso de su propia familia de MassHealth beneficie fuera de escuela.
- b. Su consentimiento no afecta a los servicios de la educación especial de su niño o a las derechas del IEP de ninguna manera.
- c. Su consentimiento no llevará a ninguna cambios en las derechas de MassHealth de su niño; y
- d. Su consentimiento no llevará a ningún riesgo de perder la elegibilidad para otro Medicaid o programas financiados MassHealth.

Si usted consiente, usted tiene la derecha de cambiar su mente y de retirar su consentimiento en cualquier momento.

Si usted retira su consentimiento, o la basura para acordar permitir que el distrito escolar comparta los expedientes y la información de su niño con MassHealth con el fin de cargar en cuenta el coste de servicios de su IEP, el distrito escolar continuará siendo responsable de proporcionar a su niño los servicios de la educación especial en su IEP sin coste para usted.

He leído el aviso y lo entiendo. He hecho mis preguntas, eventualmente, contestar. Acuerdo dar mi consentimiento al distrito escolar los expedientes de la parte y la información referente a mi niño y los servicios de su IEP cuanto sea necesario para cargar en cuenta MassHealth para obtener el reembolso federal para el coste de los servicios del IEP que MassHealth cubre.

Firma del padre/del guarda:

Fecha

Nombre del estudiante:

DOB:

SASID: _____

**ESCUELAS PÚBLICAS DE ROCKLAND
ROCKLAND, MASSACHUSETTS**

PARA:Padres de los estudiantes que entran en las escuelas públicas de Rockland

DE:Patricia Penney, operador de sistema

RE:AUTOBÚS

Si usted quisiera a su niño transportado por el autobús, llame por favor a Patti Penney en 781-878-1540 o envíele por correo electrónico ppatricia@rocklandschools.org. ¡Gracias!

TARJETA DEL PADRE CONTACT/DISMISSAL

Transporte el _____ del cuidado de día del _____ (uso de la oficina)

(el uso de la oficina)

PRE/ESTEN/JEFF/MP/RMS/RHS/OOD

_____ del nombre del estudiante

Dure el primer centro

Califique la fecha de nacimiento del _____ de la edad del _____ de Homeroom del _____ el _____

_____ de la dirección del estudiante

(1) relación del _____ del nombre del padre/del guarda al _____ del estudiante

Dirija el _____ del código postal del _____ del estado del _____ de la ciudad del _____

Teléfono celular del teléfono de casa # del _____ # teléfono # _____ del trabajo del _____

El mejor número para que número automatizado del _____ del mensaje mejor le alcance _____

¿Usted quiere mensajes de texto? _____ del correo electrónico de **Y N**

¿Tenga custodia? **¿Y N puede recogerla? ¿Y N puede tener acceso a X2? Y N**

¿Puede recibir correos del grado? **¿Y N puede recibir el correo de la conducta? Y N**

(2) relación del _____ del nombre del padre/del guarda al _____ del estudiante

Dirija el _____ del código postal del _____ del estado del _____ de la ciudad del _____

Teléfono celular del teléfono de casa # del _____ # teléfono # _____ del trabajo del _____

El mejor número para que número automatizado del _____ del mensaje mejor le alcance _____

¿Usted quiere mensajes de texto? _____ del correo electrónico de **Y N**

¿Tenga custodia? **¿Y N puede recogerla? ¿Y N puede tener acceso a X2? Y N**

¿Puede recibir correos del grado? **¿Y N puede recibir el correo de la conducta? Y N**

Vidas del estudiante con:

Ambo ___ sin hogar del ___ del guarda del ___ del padre del ___ de la madre del ___ el otro ___

Vecinos/parientes/contactos próximos de la lista dos que asumirán cuidado temporal de su estudiante si usted no puede ser alcanzado.

_____ del teléfono del _____ de la relación del _____ del nombre

_____ de la dirección

_____ del teléfono del _____ de la relación del _____ del nombre

_____ de la dirección

¿Hay cualquier persona a quién su estudiante no puede ser despedido? **Y N** si es así enumera sus nombres:

¿Hay documentación legal? **Y N** si sí, proporciona por favor una copia a la oficina central.

¿Su estudiante se relaciona con un miembro militar activo? **Y N**

Tarjeta de información de emergencia PRE/ESTEN/JEFF/MP/RMS/RHS/OOD

_____ de Homeroom del _____ del _____ Grade del nombre del estudiante

Dure el primer MI

Dirija el _____ casero de la fecha de nacimiento del _____ del _____ tel.

Enumere por favor el mejor número de teléfono para el mensaje automatizado: _____

¿Dónde pueden los padres/guarda ser alcanzados cuando no en casa?

_____ del correo electrónico del _____ del teléfono de la célula del _____ del teléfono del trabajo del _____ del nombre

_____ del correo electrónico del _____ del teléfono de la célula del _____ del teléfono del trabajo del _____ del nombre

Firma _____ de la fecha del _____ del padre o del guarda

¿Hay cualquier persona que su niño **NO PUEDE** ser despedido a? _____ de los _____ yes ningún si es así _____ del nombre de la lista

Vecinos o parientes próximos de la lista dos que asumirán cuidado temporal de su niño si usted no puede ser alcanzado

_____ del _____ tel. del nombre

_____ del _____ tel. del nombre

_____ del _____ tel. del nombre del medico local

_____ del _____ tel. del nombre del dentist local

En caso de accidente o de enfermedad seria, solicito la escuela para entrar en contacto con me y, si es necesario, transporte a

_____ Hospital

Alergias: Dolencias del _____ :

¿Puede lo que sigue sobre las medicaciones contrarias ser dado? ¿Tylenol? ¿Sí __ningún __ Advil? Sí __ningún __

¿Preescolar/elemental solamente - la protección solar de mayo sea aplicada, si es necesario, para los acontecimientos al aire libre?

Sí __ningún __

¿RHS/RMS solamente - Sudafed? ¿Sí __ningunos antiacidos del __? ¿Yes __ningún __ Robitussin? Sí __ningún __

_____ del Co. del seguro dental del _____ del Co. del seguro médico

Lanzamiento de la información con respecto a Medicaid

Certifico que he leído y entiendo la letra Inclúda referente al consentimiento de una sola vez para permitir el acceso del distrito escolar a las ventajas de MassHealth (Medicaid). Doy mi consentimiento al distrito escolar para tener acceso a estas ventajas si mi niño es un estudiante elegible. Entiendo más lejos que esto estará de ningún coste a mí, no afectará las disposiciones de los servicios del IEP a mi niño o ventajas disponibles para él/ella debajo de MassHealth, y que puedo revocar mi consentimiento en cualquier momento.

Firma del padre/del guarda: Fecha del _____ :

Para que poder manejar mejor las necesidades de la atención sanitaria de su niño (especialmente en una emergencia), complete por favor la información siguiente si se aplica a su niño.

¿Qué, eventualmente, la medicación de la PRESCRIPCIÓN su niño toma en casa sobre una base regular? Diario y/o según las necesidades.

Tiempo de la dosificación de la medicación

_____ del _____ del _____

_____ del _____ del _____

_____ del _____ del _____

_____ del _____ del _____

_____ del _____ del _____

_____ del _____ del _____

¿Se puede esta información compartir con el profesor de la sala de clase en una "necesidad de conocer" base?

Sí ningún