

Formulario de inscripción 2024-2025

ESTIMADOS PADRES:

Por favor, complete este formulario en su totalidad. Las falsificaciones, tergiversaciones u omisiones pueden descalificar su solicitud. La información que proporcione no se dará a ninguna otra persona / empresa para ningún propósito. Imprima claramente con tinta azul o negra.

Información Del Estudiante:

Nombre Legal del Estudiante: (Apellido) _____ (Nombre) _____
(Segundo Nombre) _____

Nombre preferido: _____

Género: Hombre Mujer **Fecha de Nacimiento:** _____

Teléfono de casa: (____) _____ **Etnicidad:** (elija una) Indio americano / nativo de Alaska Asiático Afroamericano, no Hispano Hispano Blanco, no Hispano Nativo hawaiano u otra isla del Pacífico

Nivel de grado que solicita: circule uno

Kindergarten Primero Segundo Tercero Cuarto Quinto Sexto Séptimo Octavo

Información del Padre/Tutor:

El estudiante vive con: Ambos padres Ambos padres alternadamente (custodia compartida) Madre solamente Padre solamente Tutor Legal

Nombre del Padre: _____

¿La dirección y teléfono es el mismo del estudiante? Sí No

En caso de No, complete lo siguiente:

Calle: _____ Apt #: _____

Ciudad: _____ Condado: _____ Estado: _____

Código Postal: _____

Nombre del empleador: _____ **Ocupación:** _____

Dirección del trabajo: Calle: _____ Suite #: _____

Ciudad: _____ Condado: _____ Estado: _____

Código Postal: _____ Teléfono del trabajo: (____) _____

Teléfono de casa: (____) _____ Celular: (____) _____

Dirección de correo electrónico: _____

Nombre de la Madre: _____

¿La dirección y teléfono es el mismo del estudiante? Sí No

En caso de No, complete lo siguiente:

Calle: _____ Apt #: _____

Ciudad: _____ Condado: _____ Estado: _____

Código Postal: _____

Nombre del empleador: _____ **Ocupación:** _____

Dirección del trabajo: Calle: _____ Suite #: _____

Ciudad: _____ Condado: _____ Estado: _____

Código Postal: _____ Teléfono del trabajo: (____) _____

Teléfono de casa: (____) _____ Celular: (____) _____

Dirección de correo electrónico: _____

Nombre del Padrastro/Tutor Legal: _____

¿La dirección y teléfono es el mismo del estudiante? Sí No

En caso de No, complete lo siguiente:

Calle: _____ Apt #: _____

Ciudad: _____ Condado: _____ Estado: _____

Código Postal: _____

Nombre del empleador: _____ **Ocupación:** _____

Dirección del trabajo: Calle: _____ Suite #: _____

Ciudad: _____ Condado: _____ Estado: _____

Código Postal: _____ Teléfono del trabajo: (____) _____

Teléfono de casa: (____) _____ Celular: (____) _____

Dirección de correo electrónico: _____

Contactos de emergencia:

Si no se puede contactar a un padre, intentaremos contactar a uno de los siguientes en el orden que se detalla a continuación. Enumere al menos un contacto de emergencia.

PRIMERA persona en contactar si no se puede contactar a los padres:

Nombre: (Apellido) _____ (Nombre) _____ Relación: _____

Teléfono de casa: (____) _____ Celular: (____) _____

Teléfono del trabajo: (____) _____

SEGUNDA persona en contactar si no se puede contactar a los padres:

Nombre: (Apellido)_____ (Nombre)_____ Relación: _____

Teléfono de casa: (_____)_____ Celular:(_____)_____

Teléfono del trabajo: (_____)_____

Información de Hermanos(as):

Hermanos(as)	Fecha de Nacimiento	Escuela	Relación con el estudiante
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			

Programas Especiales

¿Su hijo(a) ha sido evaluado para y/o participado en alguno de los siguientes servicios especiales?

Gifted & Talented Title 1/Chapter 1 Program Special Education (IEP)

English as a Second Language (ESL) Otro: _____

Si usted eligió Special Education (IEP), ¿usted tiene los registros de educación especial del estudiante? Si No

Seguro Médico e Información de Salud

Información del médico primario:

Nombre del médico: _____ Teléfono del médico: _____

Nombre del dentista: _____ Teléfono del dentista: _____

Tipo de seguro médico: HMO Medicaid Sin seguro médico Otro

Proveedor de seguro: _____

Si el estudiante está cubierto por Medicaid, proporcione el número de Medicaid:

Lea y Marque:

Entiendo que para aquellos servicios de salud escolar y relacionados con la salud que el estudiante elegible para Medicaid puede estar recibiendo, que incluyen, entre otros:

exámenes de visión y audición, servicios de enfermería, terapia del habla, terapia ocupacional y / o física, el distrito escolar tiene El derecho a recibir un reembolso parcial de Medicaid por los servicios prestados.

Enumere cualquier alergia, condición o restricción grave que tenga el estudiante:

Enumere cualquier discapacidad física o emocional que tenga el estudiante:

Indique cualquier necesidad especial de salud u otra que debamos tener en cuenta y que nos ayudará a planificar y proporcionar la experiencia educativa del solicitante:

LIBERACIÓN DE EMERGENCIA MCSCS intentará comunicarse con el padre / tutor legal o con una de las personas que figuran como contacto de emergencia, pero si no se puede contactar a ninguna de estas personas, el personal de MCSCS tiene mi permiso para usar discreción en la obtención de ayuda médica en una emergencia. SE ENTIENDE QUE NI MCSCS NI LA PERSONA RESPONSABLE DE OBTENER ESTA AYUDA MÉDICA SERÁN RESPONSABLES DEL GASTO INCURRIDO.

Firma del padre / tutor: _____ Fecha: _____

CUESTIONARIO DE LENGUAJE DOMÉSTICO (HLQ)

Para brindarle a su hijo la mejor educación posible, debemos determinar qué tan bien comprende, habla, lee y escribe inglés. Su ayuda para responder estas preguntas es muy apreciada.

¿Qué lenguaje(s) se habla en el hogar o residencia del estudiante?

Inglés Otro: _____

¿Qué lenguaje(s) se le habla al estudiante la mayoría del tiempo en el hogar o residencia?

Inglés Otro: _____

¿Qué lenguaje(s) el estudiante entiende?

Inglés Otro: _____

¿Qué lenguaje(s) el estudiante habla?

Inglés Otro: _____

¿Qué lenguaje(s) el estudiante lee?

Inglés Otro: _____ No Lee

¿Qué lenguaje(s) el estudiante escribe?

Inglés Otro: _____ No Escribe

En su opinión, ¿qué tan bien el estudiante entiende, habla, lee y escribe inglés?

	Muy Bien	Solo un Poco	Para Nada
Entiende Inglés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Habla Inglés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lee Inglés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Escribe Inglés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Aceptación de inscripción

Declaración de igualdad educativa:

Middlesex County STEM Charter School está comprometido con una política de igualdad educativa. En consecuencia, el programa admite estudiantes y lleva a cabo todos los programas educativos, actividades y prácticas laborales sin distinción de raza, color, religión, género, preferencia sexual, origen nacional, estado civil, ascendencia, discapacidad o cualquier otra clasificación legalmente protegida. Cualquier persona que tenga preguntas sobre el cumplimiento de la escuela con las regulaciones que implementan el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, el Título IX de la Enmienda Educativa de 1972, la Sección 504 de la Ley de Rehabilitación, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades o la Ley de Educación para Individuos con Discapacidades se dirige a contactar al Director de la escuela en la dirección de la escuela.

Por favor, acepte este documento completado y firmado para inscribir a _____
(Nombre del estudiante)

En Middlesex County STEM Charter School para el año escolar 2024-2025.

Yo / Nosotros, los abajo firmantes, certifico que, según mi leal saber y entender, las respuestas a las preguntas y declaraciones anteriores hechas por mí / nosotros en esta solicitud son completas y precisas.

Entiendo / entendemos que cualquier información falsa, omisión o tergiversación de hechos puede resultar en el rechazo de esta solicitud o el despido futuro del solicitante.

Firma del padre / tutor: _____ Fecha: _____