



Número de Aplicación: _____
 Time: _____ Date: _____
 Uso de La Oficina Solamente

ESCUELA SECUNDARIA QUANTUM

Escuela Pública Chárter con Matrícula Gratuita

La Escuela Secundaria Quantum, una secundaria de la Florida con un aprendizaje acelerado, está dedicada a cambiar y salvar vidas y “crear historias de éxito, un estudiante a la vez” convirtiéndolos en ciudadanos productivos y personas que aprenden de por vida mediante un plan de estudio integrado, apoyado por la tecnología, riguroso y relevante que se ajusta a las necesidades individuales de los estudiantes que, de otra manera, podrían abandonar sus estudios.

De conformidad con el Estatuto de Florida 1002.31, la inscripción en esta escuela está abierta a los estudiantes que residen en cualquier distrito escolar de Florida que no están sujetos a una expulsión o suspensión actual a menos que la escuela haya alcanzado su capacidad de inscripción.

Solicitud de inscripción

Nombre del estudiante (apellido, primer nombre, segundo nombre)

Fecha

Por favor, marquen la sesión a la que prefieren asistir.

Sesión de la mañana – 7:00 a.m. – 12:00 p.m.

Sesión de la tarde – 12:30 p.m. – 5:30 p.m.

Por favor, comprueba cómo te enteraste de nosotros?

- | | | | |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Un estudiante actual o anterior | <input type="checkbox"/> Medios de comunicación social | <input type="checkbox"/> Mi escuela actual | <input type="checkbox"/> Radio/Streaming Audio |
| <input type="checkbox"/> Folleto / Postal | <input type="checkbox"/> Sitio web de FinishSchool | <input type="checkbox"/> Iglesia | <input type="checkbox"/> YouTube |
| <input type="checkbox"/> Búsqueda de Google / Anuncio de Google | | <input type="checkbox"/> Evento comunitario | <input type="checkbox"/> Signo de la escuela |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | | | |

Edad del estudiante _____

¿Trabaja? Sí _____
No _____

¿Dónde?

¿Trabaja como voluntario?
Sí _____ No _____

¿Dónde?

Solo uso de oficina:

___ Fecha que se recibió la aplicación
 ___ Entrado en STARS
 ___ Acta de nacimiento/Pasaporte*
 ___ Identificación de estudiante/padre/guardián*
 ___ Vacunas*
 ___ Físico médico, si es aplicable*
 ___ Prueba de dirección*
 ___ Formulario de retiro
 ___ Transcripciones escolares
 ___ Informe detallado del alumno
 ___ IEP ___ 504 Plan
 ___ ESOL
 ___ Tarjeta de Seguro de Salud
 ___ Map Quest

*Necesario

Formularios de Matrícula del Estudiante

PARTE 1: Información demográfica

Fecha: _____

INFORMACIÓN SOBRE EL ESTUDIANTE

Apellido: _____ Primer nombre: _____ Segundo nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____ Número del estudiante: _____ Grado: _____

Raza: _____ Género: M o F Cel. del estudiante (_____) _____

Dirección del estudiante: _____ # de apto: _____

Ciudad: _____ Estado: FL Código postal: _____

Dirección de correo electrónico del estudiante: _____

Traslado de (escuela a la que asistía): _____ Distrito Escolar: _____

Otras escuelas a las que asistió: _____ Lengua materna: _____

INFORMACION SOBRE LA PERSONA PRINCIPAL CON QUIEN COMUNICARSE

Apellido: _____ Primer nombre: _____ Segundo nombre: _____

Parentesco con el estudiante: _____ Dirección de correo electrónico: _____

Dirección: _____ # de apto. _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono de la casa: (____) _____ # del trabajo: (____) _____ # de celular: (____) _____

Apellido: _____ Primer nombre: _____ Segundo nombre: _____

Parentesco con el estudiante: _____ Dirección de correo electrónico: _____

Dirección: _____ # de apto. _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono de la casa: (____) _____ # del trabajo: (____) _____ # de celular: (____) _____

AUTORIZACIÓN DE LOS PADRES

Además de la información sobre el tutor, solamente las siguientes personas están autorizadas para dejar y recoger al estudiante en la escuela:

1. Nombre _____ Parentesco: _____ Teléfono: _____
2. Nombre: _____ Parentesco: _____ Teléfono: _____
3. Nombre: _____ Parentesco: _____ Teléfono: _____

Por favor, denos el nombre de cualquier persona que tiene legalmente prohibido comunicarse con el estudiante:

1. Nombre(s): _____ Parentesco: _____
2. Nombre(s): _____ Parentesco: _____

CONSENTIMIENTO PARA MATRICULARSE Y DIVULGAR REGISTROS

Por la presente, doy mi consentimiento para que mi hijo se matricule en la Escuela Secundaria Quantum y doy mi permiso y le indico al Distrito Escolar del Condado de Palm Beach que le entregue a la Escuela Secundaria Quantum todos y cada uno de los expedientes educacionales, incluyendo los académicos, de disciplina y de salud de este estudiante. La Escuela Secundaria Quantum es una alternativa educacional que enfatiza la asociación con los padres en una ubicación voluntaria para el servicio académico del progreso y los logros de mi hijo en la escuela. También entiendo que como padre tengo el derecho a solicitar que se revise la ubicación y pedir una revisión para evaluar los servicios que se ofrecen en otra Escuela Secundaria Quantum: cursos avanzados, educación vocacional, educación excepcional, oferta de trabajo en la escuela y ubicaciones alternativas. Doy fe de que toda la información proporcionada en el Paquete de inscripción de estudiantes es precisa y veraz.

Firma de uno de los padres o tutores: _____ Firma del estudiante: _____

PARTE 2: Autorización de los padres o tutores

Nombre del estudiante: _____

AUTORIZACIÓN PARA LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN

Por la presente otorgo permiso a Accelerated Learning Solutions y Quantum High School para reproducir, publicar y publicar todos los anuncios de medios, historias de éxito, incluidas fotografías, entrevistas, grabaciones audiovisuales o de sonido de este estudiante, mientras asiste a Quantum High School.

Firma de uno de los padres o tutores: _____ **Firma del estudiante:** _____

AUTORIZACIÓN PARA EL CUIDADO EN CASO DE EMERGENCIA

En caso de un accidente u otra emergencia, cuando los padres o tutores no están disponibles, por la presente autorizo a un representante de la escuela para que haga los arreglos según se considere necesario con el fin de que mi hijo reciba cuidado médico u hospitalización, incluyendo el transporte necesario. Bajo tales circunstancias, además autorizo al médico mencionado a continuación para darle dicho cuidado y tratamiento a mi hijo según se considere necesario. En caso de que el médico no esté disponible, doy permiso para que reciba cuidado o tratamiento por parte de cualquier médico que tenga licencia. El suscrito está de acuerdo en asumir todos los gastos que resulten de lo anterior.

Nombre del médico: _____ Número de teléfono: _____

Número de identificación médica del niño (si aplica): _____ Alergias: _____

Nombre de uno de los padres o tutores legales (letra de molde): _____

Nombre de uno de los padres o tutores legales (firma): _____

CONSENTIMIENTO PARA DIVULGAR REGISTROS

La escuela mantiene todos los expedientes educacionales de los estudiantes según la Ley de Educación y Derecho de Privacidad de la Familia, (U.S.C. § 1232g; 34 CFR Parte 99) y los divulga según lo permite la misma. Cierta información sobre los estudiantes de la Escuela Secundaria Quantum se considera información de directorio y se divulgará a cualquiera que siga los procedimientos para solicitarlo, a menos que los padres pongan alguna objeción por escrito a la divulgación de cualquier o toda la información de directorio sobre el estudiante. La información de directorio incluye: nombre del estudiante, dirección, número de teléfono, fecha y lugar de nacimiento, fotografía y la participación en actividades y deportes oficialmente reconocidas, peso y estatura de los miembros de los equipos atléticos, fechas de asistencia, premios que ha recibido en la escuela y las escuelas más recientes a las que ha asistido. El suscrito entiende y acepta que cualquier objeción a la divulgación de la información de directorio tiene que hacerse ante la escuela por escrito dentro de diez días después de que los padres reciban esta nota.

Firma de uno de los padres o tutores: _____ **Firma del estudiante:** _____

ACUSE DE RECIBO Y REVISIÓN DEL MANUAL PARA LOS ESTUDIANTES Y SUS PADRES DE La Escuela Secundaria Quantum

Entendemos y aprobamos las responsabilidades que se estipulan en el *Manual para los Estudiantes y sus Padres de la Escuela Secundaria Quantum* y *El Código de Conducta del Estudiante del Distrito*. También entendemos y aceptamos que el estudiante deberá ser responsable por el comportamiento y sus consecuencias como se estipula en *Manual para el Estudiante y sus Padres* y *el Código de Conducta del Estudiante del Distrito* en actividades en la escuela y en las patrocinadas y relacionadas con la escuela (incluyendo viajes patrocinados por la escuela) y por cualquier mala conducta relacionada con la escuela, sin importar la hora o el lugar.

Además, como padre o tutor legal del estudiante menor de edad que firma a continuación, doy permiso para que mi hijo o hija tenga acceso a computadoras con servicios de la red tales como correo electrónico e Internet. Ésta se usará con propósitos educacionales, actividades académicas, desarrollo de carreras y actividades limitadas de auto descubrimiento de alta calidad. El acceso al correo electrónico y al chat será bajo la supervisión directa de su profesor para propósitos de instrucción específicos según lo designe la escuela. A los estudiantes no se les permitirá establecer cuentas de correo electrónico o comprar productos o servicios a través de Internet. Entiendo que los individuos y las familias pueden ser responsables por violaciones.

Hemos recibido, leído y entendemos el *Manual para los Estudiantes y Padres* de la Escuela Secundaria Quantum y el *Código de Conducta del Estudiante del Distrito*.

Firma de uno de los padres o tutores: _____ **Firma del estudiante:** _____

PARTE 3: Formulario de consentimiento de búsqueda, política de autobuses y NCAA

FORMULARIO DE AUTORIZACION DE REQUISA

La Escuela Secundaria Quantum tiene como norma la prohibición del uso, posesión, encubrimiento, transporte o distribución de artículos ilegales o no autorizados, incluyendo, pero no limitándose a, drogas ilegales, drogas de imitación y parafernalia de drogas, tabaco, encendedores, fósforos, bebidas alcohólicas, armas, municiones y/o propiedad robada, mientras entran, estén o salen de los terrenos de la escuela o asisten a funciones o actividades patrocinadas por la escuela.

Para la protección de los estudiantes, profesores y empleados de la Escuela Secundaria Quantum, pueda que se requiera que el estudiante sea sometido a una requisita de su cuerpo, efectos personales, vehículo, pertenencias y cualquier otro artículo por parte de los funcionarios de la escuela u otro representante autorizado.

Su firma a continuación constituye su consentimiento para la requisita de su hijo, de sus efectos personales, vehículo, y/o pertenencias o artículos.

Firma de uno de los padres o tutores: _____ **Firma del estudiante:** _____

COBERTURA DE AUTOBUS

Los estudiantes elegibles que están matriculados en la escuela se les darán un pase de autobús en y durante todo el período de inscripción. Un estudiante es elegible para servicios de pases de transporte / autobús que residen dos o más millas de distancia de la escuela. Los pases se pueden comprar con la autoridad local de transporte para todos los estudiantes elegibles.

El estudiante recibirá la ayuda, si es necesario, durante la sesión de orientación para identificar la parada de autobús más cercana y el número de buses que el estudiante tendrá que viajar para ir y volver de la escuela. El alumno será el único responsable de su / sus pases de autobús en todo momento. La escuela no vuelve a emitir pases de autobús debido a la pérdida, daño o uso inadecuado.

Los horarios de las rutas de autobús (transporte público) no siempre se alinean perfectamente con los horarios escolares. Se espera que los estudiantes estén presentes en clase durante la duración de su sesión asignada por un total de 5 horas. Los estudiantes deben permanecer en el campus y en clase mientras esperan el próximo autobús. Si los estudiantes deciden abandonar la escuela prematuramente, tenga en cuenta que un retiro temprano y excesivo puede poner en peligro el progreso académico y la continuación del programa.

Mi hijo/a tiene permiso para tomar el transporte público hacia y / o desde la escuela: Si / No

Mi hijo/a tiene permiso para caminar hacia y / o desde la escuela: Si / No

- ¿Cómo hará su hijo/a para llegar a / desde la escuela? Pase de autobús Pase de autobús / Conductor
 Autobús / Padres recogen a los estudiantes Autobús / ferrocarril Conductor
 Padres recogen a los estudiantes Padres recogen / Conductor Caminar - andar en bicicleta

Firma de uno de los padres o tutores: _____ **Firma del estudiante:** _____

NATIONAL COLLEGIATE ATHLETIC ASSOCIATION

Quantum High School está acreditada por la Corporación de Sistemas de Acreditación Avanzados de la Asociación Sureña de Colegios y Escuelas, y actualmente está buscando la NCAA elegibilidad. Este documento es para notificar al padre / tutor y al estudiante que aunque Quantum High School está en el proceso de solicitud de elegibilidad la NCAA no cuenta actualmente con dicha condición. Por lo tanto, los estudiantes que pueden buscar la División I, División II, o III División de becas no pueden ser elegibles en este momento. Al firmar a continuación, certifico que entiendo esta política relacionada con la NCAA elegibilidad y deseo continuar con el proceso de inscripción.

_____ El estudiante NO buscará oportunidades de becas deportivas universitarias.

_____ El estudiante puede estar buscando oportunidades de becas deportivas universitarias.

Al firmar a continuación, certifico que entiendo las implicaciones de elegibilidad de la NCAA y aún deseo continuar con el proceso de inscripción.

Firma de uno de los padres o tutores: _____ **Firma del estudiante:** _____

PARTE 4: Información de servicios para estudiantes

INFORMACIÓN SOBRE PROVEEDORES DE SERVICIOS FUERA DE LA ESCUELA QUE LE PUEDAN INTERESAR

Hay diversos proveedores, incluyendo estudiantes universitarios en práctica para obtener la maestría, que se asocian con la Escuela Secundaria Quantum para ofrecer servicios a los estudiantes y las familias con necesidades específicas de asesoramiento fuera del plantel escolar. Los criterios para los servicios de consejería varían de una agencia a otra. **Por favor, comuníquense con el especialista de servicios para los estudiantes de la Escuela Secundaria Quantum para determinar cuáles servicios pueden ser los apropiados para su hijo(a).** Los padres, tutores, estudiantes o personal de la escuela pueden sugerir los servicios de un consejero en cualquier momento durante la matrícula del estudiante.

Nombre del estudiante: _____

Número del seguro social: _____ - _____ - _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

¿Es el estudiante padre o va a ser padre? **SÍ/NO**

¿Su hijo está recibiendo actualmente servicios de un consejero? **SÍ/NO**

Si la respuesta es "sí", qué programa: _____ Diagnóstico y medicamento: _____

Si la respuesta es "no", ¿les gustaría solicitar servicios de uno de nuestros proveedores en este momento? **SÍ/NO**

¿Tiene el estudiante *Medicaid*? **SÍ/NO** Si es "sí", ¿cuál es el número de *Medicaid*?: _____ Nombre del plan y #: _____

¿Tiene su hijo seguro médico particular? **SÍ/NO** Si es "sí", cuál es el nombre de la compañía y el número del grupo: _____

¿Tienen ustedes o su hijo un Programa de Ayuda al Trabajador (*EAP*)? **SÍ/NO** Si es "sí", cuál *EAP*: _____

¿Tienen un caso pendiente con *DCF*? **SÍ/NO** Si es "sí", indiquen nombre del trabajador y número del caso: _____

¿Tiene el estudiante un caso pendiente con el Sistema de Justicia Juvenil? **SÍ/NO**

Agente de libertad condicional: _____ Número telefónico: _____

POR FAVOR MARQUEN TODO LO QUE APLICA AL COMPORTAMIENTO O PROBLEMA ACTUAL DE SU HIJO

- Terapia individual o en grupo sobre el dolor, debido a la muerte de un amigo cercano o un familiar.
- Terapia individual o en grupo sobre el abuso de sustancias, para estudiantes que se sabe que consumen drogas.
- Terapia individual o en grupo sobre el control de la ira, para problemas graves de la ira.
- Clases individuales o en grupo relacionadas con el embarazo o la crianza de los hijos para las madres y padres adolescentes.
- Intento de suicidio u homicidio
- Amenaza o pensamientos suicidas o de homicidio
- Actividades relacionadas con pandillas
- ADHD* (Trastorno por déficit de atención con hiperactividad)
- Alucinaciones y/o delirios
- Desorden alimenticio
- Dificultades para dormir
- Ocasionar incendios o destrucción de la propiedad
- Problemas o relaciones familiares
- Argumentativo o desafiante
- Empeoramiento del comportamiento escolar
- Abuso sexual
- Abusivo verbal o físicamente
- Robar, mentir, copiar en los exámenes
- Automutilación
- Introverso o deprimido
- Se enoja o se irrita fácilmente
- Crueldad con los animales
- Falta de atención o impulsivo
- Abuso de sustancias químicas y de alcohol
- Problemas de salud

Otras inquietudes no mencionadas: _____

Entiendo que al presentar este formulario no garantiza que los servicios o proveedores estarán disponibles. Sin embargo, doy permiso para que la Escuela Secundaria Quantum divulgue el nombre de mi hijo y la información en este formulario a los proveedores de servicios. Puede que estos realicen una reunión inicial con el estudiante para determinar los servicios necesarios y se comunicarán con uno de los padres o tutores para explicarles lo que incluye sus servicios y para obtener consentimiento verbal o por escrito para dar tratamiento.

Firma: _____

Fecha: ____/____/____

Uno de los padres o tutores

Firma: _____

Fecha: ____/____/____

Estudiante elegible (mayor de 18 años de edad o matriculado en una institución post secundaria)

Número telefónico: Casa _____ Trabajo _____ Otro _____

He revisado la información en esta página _____
(Por favor ponga sus iniciales)

Escuela Secundaria Quantum

Su hijo(a) ha optado por asistir a la Escuela Secundaria Quantum y como tal, es considerado un estudiante de las Escuelas Públicas del Condado de Palm Beach. Esta escuela ha sido diseñada para ayudar a los estudiantes a desarrollar sus habilidades académicas, mejorar su asistencia y a ser responsables de su propio comportamiento y educación mientras obtienen su diploma.

Con el fin de asegurar una transición sin incidentes a la Escuela Secundaria Quantum, es importante que ustedes y su hijo revisen y entiendan la siguiente información:

- ✓ Se confiscarán, a la entrada de la escuela todos los teléfonos celulares y otros dispositivos electrónicos personales, incluyendo, pero no limitándose a dispositivos para escuchar música, dispositivos de manos libres, juegos portátiles, dispositivos de pantalla táctil y se entregarán a la hora de la salida. No se permiten estos artículos en el aula.
- ✓ Dado que la escuela no es responsable por la pérdida o daño de estos artículos, incluidos los teléfonos celulares; por lo tanto, recomendamos firmemente que no se lleven al campus. Todos los estudiantes tendrán la oportunidad de obtener un diploma de secundaria y tienen que asistir todos los días a clase y hacer todo lo posible para maximizar su aprendizaje.
- ✓ Los estudiantes usarán vestuario apropiado, de acuerdo al código de vestir del Distrito.
- ✓ Se ofrecerán pases de autobús a los estudiantes elegibles para el transporte público.
- ✓ Uno de los padres o tutores (o el estudiante que se ha independizado) tiene que llenar y firmar todos los formularios del paquete relacionado con la matrícula antes de asistir a clases.
- ✓ Los estudiantes seguirán los procedimientos de asistencia.
- ✓ Para la seguridad de todos, los estudiantes pasarán por un detector de metal al entrar cada día.
- ✓ Puede que sea necesario llenar varios formularios requeridos por el Distrito Escolar, además de este formulario.
- ✓ Al matricularse, se espera que todos los estudiantes acepten y firmen un contrato de asistencia y comportamiento que refuerza los procedimientos de disciplina y de salida de la escuela según las pautas de la misma.
- ✓ Los padres siempre serán bienvenidos a la escuela – Por favor, llamen para programar una cita.

Entiendo las disposiciones anteriores y he tenido la oportunidad de hacer preguntas relacionadas con la Escuela Secundaria Quantum.

Firma de uno de los padres o tutores: _____ Fecha: _____

Firma del estudiante: _____ Fecha: _____

School Year: _____

Nombre del estudiante: _____

FORMA DE RESULTADOS DE VERIFICACIÓN CÁLCULOS E-Rate

| | |
|----------------------------------|-----------|
| Name of School / Facility | |
| Street Address | |
| City, State Zip Code | |
| Phone | |
| Fax Number | |
| Email Address | NA |

Las siguientes secciones deben ser completadas por el Jefe del hogar o persona designada.

1. Tamaño de la familia * - Por favor, indique el número total de individuos en su hogar, incluyendo todos los adultos y los niños. _____
2. INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE * - por favor complete para cada estudiante de pre-K hasta el grado 12

| Apellido | Primer Nombre |
|----------|---------------|
| 1. | |
| 2. | |
| 3. | |
| 4. | |
| 5. | |
| 6. | |

Si necesita más espacio, por favor use el reverso de esta encuesta o adjuntar una copia de esta encuesta marcando claramente a continuación.

| TOTAL DE INGRESO FAMILIAR * - por favor, informe a todos los miembros de la familia | | | |
|--|-----------|-----------|------------------------------|
| Tipo de Ingreso | Trabajo 1 | Trabajo 2 | Compruebe si no hay ingresos |
| 1. Los ingresos brutos mensuales: sueldos, salarios, comisiones | \$ | \$ | <input type="checkbox"/> |
| 2. Los pagos mensuales de bienestar, sustento de menores | \$ | \$ | <input type="checkbox"/> |
| 3. Los pagos mensuales de pensiones, retiro, Seguridad Social | \$ | \$ | <input type="checkbox"/> |
| 4. Los dividendos mensuales o interés en el ahorro - columnas totales de Trabajo 1 y 2 | \$ | \$ | <input type="checkbox"/> |
| 5. Compensación laboral, desempleo, beneficios de huelga de trabajadores Mensual | \$ | \$ | <input type="checkbox"/> |
| 6. Otros mensual (SSI, VA, Incapacidad, Granja, otros) | \$ | \$ | <input type="checkbox"/> |



DISTRITO ESCOLAR DEL CONDADO DE PALM BEACH
ENSEÑANZA Y APRENDIZAJE

Formulario de Matriculación para Estudiantes Nuevos y que Reingresan

OFFICE USE ONLY

| | | | | | | | | | |
|----------------|---------------|----------------|-------|-------|-------|------------|-----------|--------------------|----------------------|
| Student Number | School Number | Transportation | Grade | EN CD | FLEID | Entry Date | SIS Entry | Birth Verification | Address Verification |
|----------------|---------------|----------------|-------|-------|-------|------------|-----------|--------------------|----------------------|

Rellene **TODAS LAS ÁREAS** de este formulario. **No deje ningún área sin responder.** Corrija cualquier información suministrada anteriormente. **Se debe completar un formulario de matriculación para cada estudiante, cada año escolar.**

| | | | | |
|-------------------------------|---------------------------|--|--------------------|---|
| Primer Nombre del Estudiante | Ini. 2.º Nom. | Apellido | Sufijo | Nombre Anterior del Estudiante o Aliás (si corresponde) |
| Dirección del Estudiante | | | Ciudad | Estado |
| Código Postal | | | | |
| # de Seguro Social (opcional) | Fec.de Nac.del Estudiante | Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino | País de Nacimiento | Lugar de Nacimiento |

Situación Domiciliaria del Estudiante

Reside en el condado Reside fuera del condado Reside fuera del estado Estudiante de intercambio

Origen Étnico del Estudiante (tiene que marcar Sí o No)

Sí, Hispano o Latino **No**, no es Hispano ni Latino

Fecha de Entrada a una Escuela de los EE. UU.

Raza del Estudiante (tiene que marcar, por lo menos, una casilla y todas las que sean pertinentes)

Indígena Americano o Nativo de Alaska Asiático Negro o Afroamericano
 Nativo de Hawái u Otros Isleños del Pacífico Blanco

El estudiante vive con:

Padres Tutores Otros Hogar de Crianza Temporal Hogar para Niños

Uno de los padres/tutores es miembro activo de las fuerzas armadas. Sí No
 El estudiante reside con uno de los padres/tutores que está en servicio activo o que es un funcionario acreditado de un gobierno extranjero y oficial militar. Sí No
 El estudiante reside con uno de los padres/tutores que vive o trabaja en instalaciones militares federales o en una propiedad de NASA. Sí No
 El estudiante reside en tierras para nativos americanos que son propiedad federal Sí No

¿Está el estudiante bajo la custodia física de uno de sus padres/tutores? Sí No ¿Es padre o madre soltero **el estudiante que se está matriculando**? Sí No

Si "No" es así, teléfono del estudiante: _____

¿Trabaja uno de los padres/tutores en la agricultura o la pesca? Sí No Sí No

¿El estudiante tiene hermanos en las escuelas del Condado de Palm Beach? Sí No

Provea los nombres y fechas de nacimiento del hermano(s) del estudiante.

Indique donde vive el estudiante (marque solo si es pertinente)

Hotel/Motel Albergue Comparte la Vivienda Debido a Dificultades En un Lugar no Destinado para Vivienda Humana

DEBEN RESPONDER LAS SIGUIENTES PREGUNTAS DESDE LA A HASTA LA D

- A. ¿Hay una orden del tribunal **que prohíba a uno de los padres recoger al estudiante** de la escuela? Sí No
 B. ¿Ambos padres tienen **derechos parentales y responsabilidades compartidas (o conjuntas)**? Sí No
 C. ¿Uno de los padres tiene **autoridad para tomar la decisión final con relación a las decisiones educacionales** del estudiante? Sí No
 D. ¿Existe una **Orden de Alejamiento Temporal o Permanente, de no Contacto u otra orden judicial** que restrinja o afecte el acceso al estudiante por parte de cualquier persona, incluyendo uno de los padres? Sí No

Provea a la escuela una copia de la orden judicial correspondiente.

NUEVOS ESTUDIANTES EN EL CONDADO PALM BEACH

¿Se habla en el hogar otro idioma que no sea el inglés? Sí No ¿Primer idioma del estudiante? _____
 ¿Es la lengua materna del estudiante otra que no sea el inglés? Sí No ¿Primer idioma de los padres? _____
 ¿Habla el estudiante otro idioma que no sea el inglés con mayor frecuencia? Sí No ¿Idioma oral preferido por los padres? _____
 ¿Idioma escrito preferido por los padres? _____

Distrito Escolar del Condado de Palm Beach
Formulario de Matriculación para Estudiantes
Nuevos y que Reingresan

Nombre Legal del Estudiante (nombre, inicial del segundo nombre, apellido) # de Identificación del Estudiante

INFORMACIÓN PARA RECOGER A LOS ESTUDIANTES

| | |
|------------------|--|
| Padres o Tutores | Dirección de Correo Electrónico (opcional) |
|------------------|--|

Dirección si es diferente a la del estudiante (# de la casa, nombre de la calle, # del departamento, ciudad, estado, código postal)

| | | |
|---------------------|------------------|--|
| Teléfono de la Casa | Teléfono Celular | Acepta mensajes automáticos, que no sean de emergencia, relacionados a la escuela, el Distrito y la comunidad: <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Texto <input type="checkbox"/> Ambos <input type="checkbox"/> Ninguno |
|---------------------|------------------|--|

| | |
|------------------|-------------------------------|
| Padres o Tutores | Correo Electrónico (opcional) |
|------------------|-------------------------------|

Dirección si es diferente a la del estudiante (# de la casa, nombre de la calle, # del apartamento, ciudad, estado, código postal)

| | | |
|---------------------|------------------|--|
| Teléfono de la Casa | Teléfono Celular | Acepta mensajes automáticos, que no sean de emergencia, relacionados a la escuela, el Distrito y la comunidad: <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Texto <input type="checkbox"/> Ambos <input type="checkbox"/> Ninguno |
|---------------------|------------------|--|

Facilite una contraseña que utilizará cuando recoja al estudiante.

| | | |
|---|------------------------------|------------------------|
| Mencione las personas adicionales que pueden recoger al estudiante (nombre, inicial del 2.º nombre, apellido) | Parentesco con el estudiante | # Telefónico en el Día |
|---|------------------------------|------------------------|

INFORMACIÓN SOBRE SU EDUCACIÓN ANTERIOR

| | | | | |
|--|--------|---------|--------|------|
| Última Escuela a la que Asistió (<i>incluyendo preescolar</i>) | Ciudad | Condado | Estado | País |
|--|--------|---------|--------|------|

| | | |
|----------|--|---|
| Teléfono | Tipo de escuela (<i>marque solo una</i>) <input type="checkbox"/> Pública/Chárter <input type="checkbox"/> Privada <input type="checkbox"/> Educación en el Hogar | Plan Educativo - Provea una copia. <input type="checkbox"/> Plan Individual de Educación (<i>IEP</i>) <input type="checkbox"/> 504 |
|----------|--|---|

| | | | |
|-----------------------------|--------------------------|--|--|
| Grado Cursado el Año Pasado | Grado que Cursa este Año | Última Fecha en que Asistió a la Escuela | ¿Asistió el estudiante anteriormente a una escuela pública del Condado de Palm Beach? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
|-----------------------------|--------------------------|--|--|

El estudiante ha sido arrestado o procesado por infringir un estatuto penal y se le han imputado cargos como resultado. Sí No

El estudiante ha sido expulsado de la escuela. Sí No

¿Tiene el estudiante un referido para servicios de salud mental debido a una expulsión escolar, un arresto que resultó en que le presenten cargos, o una acción de justicia juvenil? Sí No

Información sobre la Matriculación para el Preescolar - Solo para Estudiantes que Ingresan a Kindergarten (*marque todos los programas a los que asistió*)

| | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> VPK del Distrito Escolar | <input type="checkbox"/> Pre-K para Estudiantes ESE del Distrito Escolar | <input type="checkbox"/> Centro Privado para el Cuidado de Niños |
| <input type="checkbox"/> Head Start | <input type="checkbox"/> No asistió a Pre-K | <input type="checkbox"/> Otros |

INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD

Según lo programado en el Plan de Servicios de Salud de la Escuela y la sección 381.0056(6)(e) de los Estatutos de Florida, a los estudiantes se les realizarán revisiones médicas no invasivas, de la visión, audición, escoliosis y HT/WT/BMI. Si NO DESEA que su hijo participe de estas revisiones, escriba sus iniciales a continuación:

_____ NO DESEO QUE MI HIJO PARTICIPE DE ESTAS REVISIONES

Programa de Fluoruro de Sodio: Este programa se ofrece en las escuelas donde el agua no contiene fluoruro. Autorizo a que mi hijo(a) participe del programa de fluoruro de sodio para prevenir las caries. Sí (autorización válida hasta el 5.º grado) No

Seguro médico del estudiante (marque todo lo que sea pertinente): Medicaid Healthy Kids/Kid Care Privado Ninguno

| | | | |
|--|---------|-------------------|----------|
| ¿Padece el estudiante de alergias potencialmente mortales? | Alergia | Nombre del Médico | Teléfono |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | | |

Consentimiento para Cuidado de Emergencia: Las escuelas pueden proveer cuidado de emergencia para los estudiantes. Los padres o tutores legales que no deseen dar permiso para el cuidado de emergencia deben proveer a la escuela una declaración de rechazo notariada.

| | |
|----------------------------------|--|
| Lista de preocupaciones médicas. | ¿El estudiante toma medicamentos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Mencione todos los medicamentos |
|----------------------------------|--|

Nombre Legal del Estudiante (nombre, inicial del segundo nombre, apellido)

de Identificación del Estudiante

Lea cuidadosamente lo siguiente. Marque las casillas apropiadas que aparecen a continuación de las declaraciones y firme.

Notificación sobre la Norma del Uso Aceptable de la Tecnología para los Estudiantes: Su hijo(a) puede tener acceso en la escuela a ciertos recursos de tecnología del Distrito, incluyendo la Internet y la Red Interna del Distrito, para muchas actividades relacionadas con la enseñanza. El acceso a la Internet en la escuela de su hijo se filtra con el objetivo de cumplir con la Ley para la Protección de Menores en la Internet y con la Norma 8.125 de la Junta Escolar. Su hijo tendrá que seguir los estándares y pautas para el uso aceptable que se menciona en la Norma 8.123, el Manual de referencia y la Notificación de Condiciones para el Uso de la Tecnología del Distrito y acatar sus términos. Existe sólo una expectativa limitada en cuanto a la privacidad hasta donde la ley lo requiere, con relación al uso que los estudiantes les dan a estos recursos tecnológicos. Antes de usar estos recursos del Distrito, su hijo leerá, se le leerán y/o se le explicarán estos documentos y reconocerá electrónicamente que entiende y acepta obedecerlos.

Lo invitamos a leer esta Norma, el Manual y la Notificación. Si necesita ayuda para leer estos documentos comuníquese con la escuela. La norma está disponible en: <https://www.boarddocs.com/fl/palmbeach/Board.nsf/Public>, hagan clic en *Policiés*, bajo el capítulo 8 - Norma 8.123.

Aviso sobre la divulgación de la información médica: El historial médico de su hijo o la información médica que le han proporcionado a la escuela es parte del expediente del estudiante el cual está sujeto a los requisitos de *FERPA*, 20 U.S.C.A. 1232g. Por consiguiente, esa información puede ser divulgada sin el consentimiento por escrito de los padres o tutores según lo permite *FERPA*, incluyendo si es utilizada por un profesor u otra autoridad escolar que tenga un interés educacional legítimo o si se divulga a individuos apropiados y es necesario para proteger la salud o seguridad del estudiante u otros individuos.

Consentimiento de uno de los padres para que se utilicen las fotografías e información del estudiante: Por medio de la presente autorizo a la escuela o al Distrito para que utilicen las fotos, imágenes de videos, escritos, grabaciones de voz, nombre, nivel escolar, nombre de la escuela de mi hijo, su participación en actividades y deportes oficialmente reconocidos, el peso y la estatura como miembro de un equipo deportivo, fechas de asistencia, diplomas y reconocimientos recibidos, fecha y lugar de nacimiento, las últimas escuelas a las que asistió, para que aparezca en los anuarios escolares, programas de graduación, carteleras de teatro, producciones escolares, sitios web, redes sociales y/o en publicaciones similares patrocinadas por la escuela o el Distrito o en entrevistas en los medios de comunicación, comunicados, artículos y fotografías para los medios de comunicación aprobados por los mismos. También doy mi consentimiento para que la escuela o el Distrito entreguen a los medios de comunicación y a entidades gubernamentales el nombre de mi hijo, grado, nombre de la escuela y los honores que haya recibido para que sus logros aparezcan en anuncios públicos. **Entiendo que si no marco la casilla dando mi consentimiento** la fotografía y el nombre de mi hijo no pueden y no serán incluidos en ninguna publicación o presentación, incluyendo el anuario escolar.

Doy mi consentimiento

No doy mi consentimiento

SOLAMENTE PARA ESTUDIANTES EXCEPCIONALES (ESE): En concordancia con *FERPA*, en 34 CFR §99.30 y los requisitos de *IDEA*, autorizo al Distrito Escolar del Condado de Palm Beach de Florida para que provea e intercambie la información confidencial de mi hijo con agencias del Estado de Florida que le permitirán a las Escuelas Públicas del Condado de Palm Beach recibir reembolsos de *Medicaid* por los servicios relacionados con la salud para estudiantes excepcionales que le brinda a mi hijo mientras está en la escuela. Entiendo que mi consentimiento es voluntario y puede ser revocado en cualquier momento. Mi hijo continuará recibiendo servicios concorde a su *IEP* aunque dé o no dé mi autorización. También entiendo que no estoy requerido a registrarme en ningún programa de servicio público o de seguros y que no incurriré en ningún gasto personal por los servicios prestados como parte de *FAPE* y que esto no impacta mis beneficios de *Medicaid* como resultado de los reembolsos recibidos por el distrito escolar por estos servicios.

Autorizo a divulgar la información

No autorizo a divulgar la información

SOLAMENTE PARA LOS ESTUDIANTES DE SECUNDARIA - Optar por no divulgar la información del estudiante a instituciones militares: La Ley para que Ningún Niño se Quede Atrás del 2001 requiere que los distritos escolares provean a los reclutadores militares acceso a los nombres, direcciones y números telefónicos de los estudiantes de secundaria. Los padres tienen el derecho de OPTAR NO para que esta información no se envíe. Si **no** desean que se divulgue la información de su hijo a las instituciones militares sin su consentimiento previo por escrito, márkennlo a continuación. Aunque aceptaremos la opción de no divulgarla en cualquier momento durante el año, el enviarla durante los 10 primeros días del año escolar asegurará que la información no se envíe ese mismo año escolar.

No autorizo a que se divulgue información sobre mi hijo a las instituciones militares.

Al firmar a continuación, entiendo y acepto que es mi responsabilidad comunicarme inmediatamente con la escuela de mi hijo para informarle sobre cualquier cambio en mi información de contacto incluyendo nombre, dirección, número de teléfono de la casa o celular o la dirección de correo electrónico. Si acepto recibir mensajes de texto en mi teléfono celular, entiendo que pueden aplicar tarifas estándares para los mensajes de texto. Si opté por no recibir mensajes informativos, continuaré recibiendo mensajes telefónicos de emergencia del Distrito Escolar del Condado de Palm Beach o en su nombre al número(s) telefónico(s) proveídos en la página 2, incluyendo mi número inalámbrico, si aplica. Si recibe mensajes que no son de emergencia sin su autorización y/o le gustaría que no se le hagan futuras llamadas, comuníquese al (855) 502-7867.

Bajo pena de perjurio, declaro que he leído este formulario y que la información proporcionada en el mismo es verdadera y exacta. La Sección 92.525 (3) de los Estatutos de Florida establece que cualquiera que haga una declaración falsa a sabiendas, bajo pena de perjurio, es culpable de un delito grave de tercer grado.

LA MATRICULACIÓN NO ES VÁLIDA SIN LA FIRMA Y LA FECHA.


Firma de uno de los Padres/Tutores (a menos que el estudiante esté emancipado)

Fecha



DISTRITO ESCOLAR DEL CONDADO DE PALM BEACH
SEGURIDAD ESCOLAR

Cuestionario sobre el Domicilio del Estudiante

| SIS DATA ENTRY | |
|-------------------------|---------------------------|
| H/CAUSE/UNAC Data Entry | Completed (Print Clearly) |
| Date: | _____ |
| By: | _____ |
| PX #: | _____ |

Este formulario se utiliza para determinar si sus hijos son elegibles para servicios y apoyo educativo adicional

School Personnel: Forward this form to your Data Processor for SIS coding. Fax or email form to Safe Schools Fax (561) 494-1539.
Email: MVPHomeless@palmbeachschools.org. If you have any questions, contact MVP at (561) 350-0778.

| # de Ident. del Estu. | Nombre | Apellido | Fec. de Nac. | Escuela | Grado |
|-----------------------|--------|----------|--------------|---------|-------|
|-----------------------|--------|----------|--------------|---------|-------|

| Marque Sí o No a las siguientes declaraciones del 1 al 5: | SÍ* | NO | CÓDIGO |
|--|-----|----|--------|
| 1. Mi familia vive en un albergue de emergencia o de transición o en una vivienda de FEMA. | | | A |
| 2. Mi familia está compartiendo la vivienda de otros debido a la pérdida de la nuestra, a dificultades económicas o, por una razón similar, convivimos en la misma casa. | | | B |
| 3. Mi familia está viviendo en un automóvil, un estacionamiento o campamento temporal de tráilers debido a la falta de acomodaciones alternativas; en un espacio público, en un edificio abandonado; en una vivienda deficiente, en una estación del autobús o tren, en un espacio público o privado no diseñado para los seres humanos o un ambiente similar. | | | D |
| 4. Mi familia vive en un hotel o motel. | | | E |
| 5. El estudiante es un joven no acompañado (que no está físicamente bajo la custodia de un padre o tutor). | | | S/N |

*****SI USTED RESPONDIÓ "NO" A LAS ANTERIORES DECLARACIONES***
DETÉNGASE AQUÍ**

***Si usted marcó "SÍ" a cualquiera de las anteriores declaraciones, escriba claramente en letra de molde, firme y devuelva este formulario al miembro del personal escolar que le está ayudando.**

| | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------|----------------------------------|
| Nombre de uno de los Padres/Tutores (nombre, apellido) | Teléf. de uno de los Padres | Teléf. para Emergencias | Teléfono del Joven no Acompañado |
| Dirección Actual | Ciudad | Estado | Código postal |

Haga una lista de todos los niños que están viviendo con usted desde preescolar hasta la secundaria. Si es necesario, utilice una hoja adicional.

| # del Estudiante | Nombre | Apellido | Fec. de Nac. | Género | Escuela | Grado |
|------------------|--------|----------|--------------|--------|---------|-------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

Me gustaría ser referido para recibir ayuda en lo siguiente (marque lo que aplique):

- Paquete Informativo
 Consejería
 Transporte Escolar
 Apoyo Escolar
 Otro: _____
 Salud/Dental
 Mat. Escolares
 Uniformes Escolares
 Centro de Recursos para Indigentes *Senator Lewis*

Apoyo adicional y servicios educativos pueden estar disponibles para los estudiantes bajo la Ley McKinney-Vento. Para más información sobre la Ley McKinney-Vento y el Programa McKinney-Vento (MVP), visite nuestro sitio web en: <http://l.sdpbc.net/c8u3e>

Declaro, bajo pena de perjurio, conforme a las leyes de este estado, que la información aquí provista es verdadera y correcta.

Firma de uno de los Padres/Tutores o Joven no Acompañado

Fecha