

Para Uso de la Oficina solamente:	
School Year: _____	SASID # _____
Entry/re-entry date: _____	School Choice: _____ OE _____
Withdrawal date: _____	Assigned School: _____

FORMULARIO DE MATRÍCULA ESCOLAR

Nombre del Estudiante: _____
Nombre Inicial Apellido

Fecha de Nacimiento: _____ Género: Masc. Fem. Grado: _____
Mes-Día-Año

Lugar de Nacimiento: _____
Ciudad y Estado País (si es fuera de Estados Unidos)

Dirección del Estudiante: _____
Ciudad/Pueblo: _____ Estado: _____ C.P. _____

¿Ha estado este estudiante matriculado con anterioridad en las Escuelas Públicas de Northampton? No Sí Cuándo: _____

Padre / Tutor Legal #1

Nombre del Padre o Tutor: _____

Padre Madre Tutor Legal Otro: _____

Telf. principal:* _____ Otro telf: _____ Email: _____

Reside con estudiante Sí NO Por favor proporcione la dirección, si es distinta de la del estudiante:

Calle _____ Ciudad _____ Estado: _____ C.P. _____

Lugar donde Trabaja: _____ Telf. trabajo: _____

** El teléfono principal será donde el Sistema de Notificación de Padres llamará para cancelaciones/emergencias de la escuela.*

Padre / Tutor Legal #2

Nombre del Padre o Tutor: _____

Padre Madre Tutor Legal Otro: _____

Telf. principal:* _____ Otro telf: _____ Email: _____

Reside con estudiante Sí NO Por favor proporcione la dirección, si es distinta de la del estudiante:

Calle _____ Ciudad _____ Estado: _____ C.P. _____

Lugar donde Trabaja: _____ Telf. trabajo: _____

Las Leyes de MA establecen que ambos padres tienen los mismos derechos y acceso a su hijo y a sus registros escolares, a menos que una orden judicial lo ordene diferente. Las órdenes judiciales deben ser copiadas y guardadas en el expediente acumulativo del niño en la escuela.

¿Hay algún documento de la corte (asuntos legales/custodia) que nombren a su hijo? Sí No

Favor de indicar, ¿cuál padre puede recoger al niño en la escuela? Padre 1: Padre 2:

¿Cuál padre recibe el envío de los informes escolares por correo? Padre 1: Padre 2:

Raza y Etnia: Requerido por las regulaciones Estatales y Federales

¿Cuál es la raza del estudiante? Nativo Americano o de Alaska Asiático Negro o Afroamericano

Seleccione todo lo que aplique Nativo de Hawaii o de las Islas del Pacífico Blanco

Etnia: ¿Hispano o Latino? Sí No

Personas de Cuba, México, Puerto Rico, Centro o Sudamérica, o de otra cultura/origen español, sin importar la raza.

Idioma principal en el Hogar: _____ Idioma que el estudiante aprendió primero, o el primero que usó el padre/tutor con el estudiante.

Otros miembros del hogar (que no sean los padres y el estudiante arriba mencionado)

Nombre legal:	Fecha de Nac:	Escuela, si aplica	Grado:	Relación con el estudiante:

Afiliación Militar Activa: Ley de Valentía - con el propósito de brindar apoyo a las familias de militares ACTIVOS

El estudiante tiene un padre(s) que está actualmente en servicio activo El estudiante tiene un padre que falleció estando en servicio activo

El estudiante tiene un padre que es un veterano con baja médica, o retirado durante el pasado año Ninguna de las opciones anteriores. (No hay militar en servicio ACTIVO, incluyendo veteranos (no activos) ni familia de militares)

Consentimiento de Publicación:

Regulaciones 603 CMR 23.07 (4)(a) del Departamento de Educación: la escuela puede dar a la publicación de vez en cuando cierta información de actividades/funciones escolares oficialmente reconocidas en relación con su hijo, sin obtener previamente el consentimiento suyo, a menos que debajo se indique lo contrario. Esto puede incluir el nombre del estudiante, grado, escuela, fotografías, grabaciones de vídeo, y se incluyen normalmente en proyectos de la clase en nuestro periódico, en el periódico local, o en el sitio web del distrito.

_____ ESTOY DE ACUERDO en liberar esta información para publicación sin mi consentimiento.

_____ NO ESTOY DE ACUERDO en liberar esta información para publicación sin mi consentimiento.

Programs Especiales: Marque si el estudiante ha recibido servicios especiales o ha participado en alguno de los siguientes programas.

- Programa Bilingüe para el Aprendizaje del Inglés (ELL) Título 1 Dotados y Talentosos Otros: _____
- PEI (Plan de educación individual) Habla/Lenguaje Plan 504

Previa Experiencia Escolar:

Nombre de la última escuela donde asistió: _____ Distrito Escolar: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Grados que asistió: _____ Fecha de Asistencia: _____

Dirección de la casa cuando asistía a la escuela previa: _____

¿Ha repetido el estudiante algún grado? Sí No Si dijo sí, ¿cuál(es)? _____

¿Ha sido evaluado el estudiante por Necesidades Especiales? Sí No

¿Está el estudiante en un Plan de Educación Individualizada (IEP)? Sí No

¿Está el estudiante en un Plan 504 de Acomodo? Sí No

¿Necesita su hijo/a los servicios de Inglés como Segunda Lengua? Sí No

Ley de Reforma Educativa de 1993. Sección Modificada 37, 37L de dicho Capítulo 71 de las Leyes Generales establece que un estudiante que se traslada a un sistema local, tiene que proveerle al nuevo sistema escolar un registro completo del estudiante que entra. Dicho récord deberá incluir, pero no limitarse, a cualquier incidente que implique suspensión o violación de actos criminales o cualquier informe del incidente en el cual dicho estudiante haya sido acusado con algún acto de suspensión.

¿Está el estudiante en probatoria? Sí No

¿Ha sido el estudiante expulsado alguna vez de otra escuela? Sí No

¿Ha sido el estudiante suspendido por posesión de un arma peligrosa, sustancia controlada, o asalto personal? Sí No

Si dijo que sí, describa las circunstancias y diga el tiempo de suspensión: _____

Contactos de Emergencia:

Por favor proporcione los nombres de dos personas **(QUE NO SEAN LOS PADRES)** para contactarlos y que puedan asumir la responsabilidad o proveer transporte, si no podemos localizar al padre/tutor en caso de una emergencia:

Nombre: _____ Teléfono: _____

Relación con el estudiante: abuelo vecino amigo de la familia cuidador infantil otro: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____

Relación con el estudiante: abuelo vecino amigo de la familia cuidador infantil otro: _____

Firma del Padre con Custodia o Tutor:

Con mi firma debajo, afirmo que toda la información contenida en este formulario es correcta hasta donde alcanza mi conocimiento. Si el estudiante está inscrito en el Distrito basado en una información falsificada por mí a sabiendas, yo soy responsable ante el Distrito de la tarifa diaria de matrícula y el estudiante será retirado. También reconozco que los contactos de emergencia listados tienen mi permiso para recoger a mi hijo/a en caso de emergencia, si a mí no me pueden localizar.

Firma del Padre o Tutor Legal:

Fecha:

“Toda persona tendrá derecho a asistir a la escuela pública de la ciudad donde reside, sujeto a la siguiente sección. A ninguna comisión escolar se le requiere que matricule a una persona que no resida en la ciudad, a menos que dicha inscripción sea autorizada por la ley o por la comisión escolar. Cualquier persona que viole o ayude a violar esta disposición podría ser obligada a remitir una indemnización completa a la ciudad donde asistió inadecuadamente a la escuela pública”. M.G.L. Capítulo 76, Sección 5.

NORTHAMPTON PUBLIC SCHOOLS
 212 Main Street Room 200
 Northampton, MA 01060-3112
 Telephone (413) 587-1331
 FAX (413) 587-1318 TDD (413) 587-1373

Encuesta del idioma hablado en el hogar

Los reglamentos del Departamento de Educación Primaria y Secundaria de Massachusetts exigen que *todas* las escuelas determinen los idiomas que se hablan en los hogares de los estudiantes para así identificar sus necesidades específicas relacionadas con el idioma. Esta información es esencial para que las escuelas puedan proveer instrucción que todos los estudiantes puedan aprovechar. Si en su hogar se habla otro idioma que no sea inglés, se requiere que el Distrito evalúe a su hijo más a fondo. Ayúdenos a cumplir con este importante requisito respondiendo a las siguientes preguntas. Gracias por su ayuda.

Información del estudiante	
Nombre	Segundo nombre
Apellido	Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Pais de nacimiento	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)
	Fecha de matriculación inicial en CUALQUIER escuela de EE.UU. (mm/dd/aaaa)
Información de la escuela	
Fecha de comienzo en la escuela nueva (mm/dd/aaaa)	Nombre de la escuela y ciudad anterior
	Grado actual
Preguntas para los padres/encargados	
¿Cuál es el idioma natal del padre/la madre/los encargados? (encierre en un círculo)	¿Qué idioma(s) se habla(n) con su hijo? (incluya parientes -abuelos, tíos, tías, etc. - y encargados del cuidado)
_____ (madre / padre / encargado)	_____ infrecuentemente / algunas veces / frecuentemente / siempre
_____ (madre / padre / encargado)	_____ infrecuentemente / algunas veces / frecuentemente / siempre
¿Cuál fue el primer idioma que entendió y habló su hijo?	¿Qué idioma usa usted principalmente con su hijo?
¿Qué otros idiomas sabe su hijo? (encierre en un círculo todo lo que corresponda)	¿Qué idiomas usa su hijo? (encierre uno en un círculo)
_____ habla / lee / escribe	_____ infrecuentemente / algunas veces / frecuentemente / siempre
_____ habla / lee / escribe	_____ infrecuentemente / algunas veces / frecuentemente / siempre
¿Requerirá usted la información impresa de la escuela en su idioma natal?	¿Requerirá usted un intérprete/traductor en reuniones de padres y maestros?
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Firma del padre/la madre/encargado:	_____ / _____ /20
X	Fecha de hoy: (mm/dd/aaaa)

Spanish

For Office Use Only:	
<input type="checkbox"/>	Meets Residency Criteria OR
<input type="checkbox"/>	Referred to attendance Officer:
<input type="checkbox"/>	Residency confirmed
<input type="checkbox"/>	Residency not confirmed

VERIFICATION OF RESIDENCY

Prior to admission, and yearly thereafter, students living within the district must provide proof of residence and occupancy (Policy JBA). M.G.L. C 76, §5 allows the School Committee to obtain the full cost of any student's education from any adult who allows a student to attend Northampton Public Schools, knowing that the student is not a resident.

Student's Name: _____

Resides at the following address: _____
Street City State Zip

I understand that a student must reside in Northampton, Leeds or Florence to attend the Northampton Public Schools (or be accepted into the school choice program). As the adult with whom this student is now residing at the address shown above, I hereby certify that I am the student's (check one below)

- Parent Legal Guardian* Relative*

I agree to notify school authorities of any change of address without delay.

Signed under the pains and penalties of perjury on: _____
Month / day / year

Print Name: _____ Signature: _____

*Legal guardianship requires additional documentation from a court or agency.

The NPS residency policy does not apply to homeless students eligible under the McKinney-Vento Act
<input type="checkbox"/> Student eligible for services under the McKinney-Vento Act (to be determined by school staff)

<u>All Applicants must submit at least one document from each of the following columns:</u>		
COLUMN A	COLUMN B	COLUMN C
<input type="checkbox"/> Copy of Deed OR record of recent mortgage payment <input type="checkbox"/> Copy of lease <input type="checkbox"/> Legal affidavit from landlord affirming tenancy and record of most recent rent payment <input type="checkbox"/> Section 8 Agreement	A utility bill or work order dated within the past 60 days, including: <input type="checkbox"/> Gas Bill <input type="checkbox"/> Oil Bill <input type="checkbox"/> Electric Bill <input type="checkbox"/> Home telephone bill (not cell) <input type="checkbox"/> Cable Bill	<input type="checkbox"/> Valid driver's license <input type="checkbox"/> Current vehicle registration <input type="checkbox"/> Valid Massachusetts Photo ID <input type="checkbox"/> Valid Passport, dated within the past year <input type="checkbox"/> W-2 Form <input type="checkbox"/> Excise (vehicle) tax bill <input type="checkbox"/> Property tax bill, dated within the past 60 days <input type="checkbox"/> Letter from government agency <input type="checkbox"/> Payroll stub <input type="checkbox"/> Bank or credit card statement

For office use only	
Signature of staff person: _____	Date: _____

Northampton Public Schools
Health Department

Dental Certificate/Certificado Dental

Name/Nombre: _____

Grade/Grado: _____

School/Escuela: _____

**Esto es para certificar que el niño mencionado arriba esta bajo su cuidado.
This is to certify that the child named above is under your care.**

Dental Office Name/Nombre de la Oficina Dental _____

Dentist's Signature/ Firma del Dentista: _____

Date/Fecha: _____

This certificate is valid for six months. An examination is necessary before this certificate can be awarded. Este certificado es valido por seis meses. Es necesario realizar un examen antes de que se le pueda conceder este certificado.

PROTECT YOUR CHILD'S TEETH/PROTEJA LOS DIENTES DE SUS NIÑOS
VISIT THE DENTIST EVERY SIX MONTHS/VISITE AL DENTISTA CADA SEIS MESES

NORTHAMPTON PUBLIC SCHOOLS
212 Main Street Room 200
Northampton, MA 01060-3112
Telephone (413) 587-1331
FAX (413) 587-1318 TDD (413) 587-1373

Debe ser completado por padres:

FORMULARIO DE HISTORIA MÉDICA

Nombre del estudiante: _____ Sexo _____
Nombre Inicial legal apellido

Dirección: _____
Calle y número postal Ciudad Estado Código

Fecha de nacimiento: _____ Lugar de nacimiento: _____ Idioma principal: _____

Padre/Tutor legal#1 _____ Teléfono de la casa _____
 Dirección (si es diferente) _____ Teléfono celular: _____

Padre/Tutor legal#2 _____ Teléfono de la casa _____
 Dirección (si es diferente) _____ Teléfono celular: _____

Nombre de los hermanos/las hermanas:	Fechas de nacimiento:	Escuela si aplica:
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Médico de Atención Primaria: _____
Nombre Dirección

Dentista: _____
Nombre Dirección

Othros/Especialistas: _____
Nombre Dirección

Histoira Médica: (por favor proporcione fechas se marca afirmativamente)

Hernia S or N _____	Infección de oido S or N _____	Asma S or N _____
Fiebre reumática S or N _____	Varicela S or N _____	Enfermedad cardíca S or N _____
Escarlatina S or N _____	Diabetes S or N _____	Convulsiones S or N _____
Alergia de picadura de ageja S or N _____	Tuberculosis S or N _____	enfermedad de riñones S or N _____
Otras alergias S or N List: _____		amigdalitis S or N _____

Accidentes: (explique) _____

Otras enfermedades graves or crónicas: _____

Incapacidades físicas/limitaciones (explique) _____

¿Su hijo lleva lentes? S or N ¿Aparatos para oír? S or N

Hospitalizaciones/Operaciones _____ Fecha/razón _____

Medicamentos: (enumere) _____

Firma del Padre/Tutor Legal: _____

Fecha: _____

Immunizations verified/copied (School Nurse) _____ Date: _____
 Birth Certificate received (School Nurse) _____

CONFIDENCIAL

ENTREVISTA CON LOS PADRES DE ESTUDIANTES DE KINDERGARTEN

Este cuestionario está diseñado para ayudarnos con su hijo en la escuela. Por favor salte cualquier pregunta que prefiera no contestar.

Nombre del niño _____ Fecha de nacimiento _____

Apodo _____ Sexo: M F

Nombre del padre _____

Ocupación _____ Horas de trabajo _____

Nombre de la madre _____

Ocupación _____ Horas de trabajo _____

El hogar de su hijo incluye:

madres _____ padres _____ padrastros / madrastras _____ abuelos _____ tía _____ tío _____

otros miembros _____ Hermanos (edades y nombres) _____

¿Hay otros, incluyendo las niñeras, que pasan una cantidad de tiempo significativa con su hijo?

Anterior escuela / experiencia del cuidado infantil (nombre de la escuela / centro / proveedor, por cuánto tiempo): _____

Salud del niño: buena _____ regular _____ mala _____ ¿Su hijo ha estado hospitalizado? _____

Si es así, por favor explique (operaciones, accidentes, etc.) y dé la edad del niño en ese momento.

¿Su hijo ha tenido otras enfermedades graves? _____ En caso afirmativo, por favor describa:

¿Su hijo se ha desmayado o perdido el conocimiento alguna vez? _____

¿Ha tenido alguna vez una convulsión? _____ ¿Cuántas? _____

Describa: _____

¿Su hijo se queja de frecuentes dolores de cabeza, de estómago o calambres en las piernas?

¿Su hijo tiene algún problema de audición? _____ ¿Ha tenido frecuentes infecciones de oído, tubos, aparatos para oír, oídos supurando, oídos reventados? _____

En caso afirmativo, por favor explique:

¿Su hijo ve con normalidad? _____ ¿Usa lentes? _____

¿Su hijo tiene alergias? _____

En caso afirmativo, por favor explique: _____

¿Su hijo toma alguna medicina regularmente además de vitaminas? _____

En caso afirmativo, ¿por qué? _____

¿Su hijo ha sido tratado por un neurólogo? _____ ¿Psicólogo? _____

¿Se le han hecho exámenes del habla o de la audición? _____

¿Su hijo ha recibido los servicios en un centro de habla, audición y lenguaje? _____

En caso afirmativo, por favor describa: _____

¿Su hijo recibió los servicios de intervención temprana? _____

A qué edad su hijo: fue entrenado para ir al baño _____ días secos _____ noches secas _____

Qué mano usa su hijo para: comer _____ dibujar _____ lanzar la pelota _____

Cuando su hijo se va a dormir por las noches:

_____ ¿se toma mucho tiempo para llegar a dormirse?

_____ ¿se despierta durante la noche?

_____ ¿tiene pesadillas? de vez en cuando _____ frecuentemente _____

_____ ¿se orina en la cama?

_____ ¿cuál es la hora habitual de ir a dormir de su hijo?

_____ ¿a qué hora su hijo se despierta por lo general?

¿Cuánto ayuda necesita para vestirse, desvestirse, ir al baño y otras destrezas de auto-ayuda?

¿Su hijo toma el desayuno? _____

¿Toma una siesta o tiene un tiempo de silencio? _____ con regularidad _____ en ocasiones _____

¿Cómo se siente su hijo acerca de comenzar en el kindergarten (por ej. emocionado, nervioso, asustado, ansioso)? _____

¿Su hijo tiene amigos especiales que empezarán el kindergarten? _____

Su hijo juega principalmente con:

_____ niños más jóvenes

_____ niños mayores o adultos

_____ niños de su misma edad

_____ hermanos / hermanas

_____ la edad no parece importar

_____ oportunidad limitada de jugar con otros

¿Cuánta actividad física hace su hijo?

Cuando su hijo juega solo, ¿qué tipo de actividad prefiere?

Cuando su hijo juega con otros niños, ¿qué tipo de actividad prefiere?

¿Cuál de las siguientes podría describir a su hijo? (Marque todas las que sean apropiadas.)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> afectuoso | <input type="checkbox"/> extrovertido |
| <input type="checkbox"/> agresivo | <input type="checkbox"/> físicamente activo |
| <input type="checkbox"/> calmado | <input type="checkbox"/> prefiere jugar solo |
| <input type="checkbox"/> llora fácilmente | <input type="checkbox"/> prefiere jugar con otro niño |
| <input type="checkbox"/> callado | <input type="checkbox"/> prefiere jugar con un grupo pequeño |
| <input type="checkbox"/> demandante | <input type="checkbox"/> prefiere la compañía de un adulto |
| <input type="checkbox"/> mal genioso | <input type="checkbox"/> despreocupado |
| <input type="checkbox"/> se asusta fácilmente | <input type="checkbox"/> de humor cambiante |
| <input type="checkbox"/> tímido | <input type="checkbox"/> ruidoso |
| <input type="checkbox"/> nervioso | <input type="checkbox"/> parlanchino |
| <input type="checkbox"/> frecuentes comportamientos desafiantes | <input type="checkbox"/> independiente |

¿Cuánto habla su hijo en el hogar?

- _____ habla todo el tiempo; es difícil intercalar una palabra
_____ promedio para un niño de su edad
_____ no habla mucho

¿Cuáles de las siguientes experiencias ha tenido su hijo?

- _____ mudanza; ¿cuántas veces? _____ ¿Adónde? _____
_____ actividades (música, danza, deportes, etc..) _____
_____ comer en un restaurante _____
_____ ir a la casa de un amigo para jugar _____
_____ vivir con alguien que no sea uno de los padres _____
_____ una larga visita con parientes _____
_____ una muerte en la familia _____
_____ visitas regulares al médico, por ej., pediatra, otro _____
_____ un miembro inmediato de la familia con una larga enfermedad _____
_____ pasar la noche fuera de la casa sin la familia _____
_____ cuidar o tener una mascota _____
_____ uno de los padres fuera de la casa por un período largo _____
_____ cultivar plantas o tener una huerta _____
_____ tiempo en otro país _____
_____ experiencia con otro idioma _____
_____ un viaje en avión _____
_____ museo para niños _____
_____ un viaje en bote _____
_____ visita a una granja, zoológico, acuario _____
_____ otra experiencia importante en su vida: _____

Comentarios sobre cualquiera de las experiencias anteriores:

¿A su hijo le gusta que le lean? _____ Si es así, ¿quién? _____

¿Con qué frecuencia? _____

¿Le gusta a su hijo mirar la televisión / los videos? _____

¿Qué programas mira? _____

¿Su hijo juega a videojuegos o usa la computadora? _____

Aproximadamente ¿cuánto tiempo pasa su hijo en la pantalla de la computadora todos los días?

¿Qué otra cosa desea que sepamos acerca de su hijo y de la familia de modo que podamos ayudarlo a tener un buen año en kindergarten?

Describa cualquier problema con su hijo que pueda afectar su educación.

¿Desea que alguien del Departamento de Educación Especial lo llame para discutir esta información y/o para hacer un remitido para una evaluación de Educación Especial? _____ Teléfono _____

Completado por _____
Nombre del padre / tutor / otro Fecha