

DE ACUERDO A LAS LEYES GENERALES, CAPÍTULO 76, SECCIÓN 5, NO ES REQUERIDO QUE LAS ESCUELAS PÚBLICAS DE METHUEN MATRICULEN A UN ESTUDIANTE QUE NO VIVA ACTUALMENTE EN LA CIUDAD DE METHUEN. CUALQUIER PERSONA QUE VIOLE O AYUDE A UNA PERSONA A VIOLAR ESTA PROVISIÓN, PUEDE QUE SE LE HAGA RESPONSABLE DE PAGAR POR COMPLETO EL COSTO POR ASISTIR A LAS ESCUELAS PÚBLICAS DE METHUEN.

Fecha de Entrada: _____ (SASID) _____ No. de ID. del Estudiante: _____

1. Escuela: _____ 2. Grado: _____ 3. Fecha: _____

4. Nombre: _____ 5. Sexo: F _____ M _____
(apellido (s)) (nombre)

6. No. Seguro Social: _____ 7. Fecha de Nacimiento: _____

8. Lugar de Nacimiento: _____
(ciudad) (estado o país)

9. No. Teléfono de Familia: _____ ¿PRIVADO? SÍ _____ NO _____

10. ¿Qué Idioma se habla en la casa? _____

11. Categorías Raciales/ Étnicas: (marque TODAS las que apliquen)

() BLANCO () INDIO AMERICANO O NATIVO DE ALASKA

() HISPANO O LATINO () NATIVO DE HAWAI U OTRAS ISLAS DEL PACÍFICO

() ASIÁTICO

() NEGRO O AFRICANO AMERICANO

12. ¿Es el estudiante ciudadano de los Estados Unidos de América? Sí _____ No _____

13. Estado marital del Padre/Madre/Encargado: soltero/a _____ casado/a _____ divorciado/a _____
separado/a _____ viudo/a _____

14. Nombre de Padre/Madre o Encargado Legal _____
(apellido(s)) (nombre) (2do nombre)

15. Parentesco (padre, madre, tío, tía, abuela, abuelo, etc.) _____

16. Dirección de la casa: _____

17. Dirección Postal (si es diferente): _____

18. Nombre de Patrono/Empleador: _____

19. No. Teléfono: _____ EXT: _____

20. Nombre del Esposo/a: _____
(apellido(s)) (nombre)

21. Parentesco: _____

22. Nombre del Patrono/Empleador: _____

23. No. Teléfono: _____ EXT: _____

24. NOMBRES DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA (escriba dos)

(1) _____
(nombre) (apellido)
Parentesco: _____ No. Teléfono: _____

(2) _____
(nombre) (apellido)
Parentesco: _____ No. Teléfono: _____

25. Hermanos/as: Nombre: _____ Edad: _____

Nombre: _____ Edad: _____

Nombre: _____ Edad: _____

Nombre: _____ Edad: _____

26. Nombre del Médico: _____ 27. Teléfono del Médico: _____
(nombre) (apellido)

28. Ruta del Autobús AM: _____ 29. Ruta de Autobús PM: _____

30a. ¿Ha estado el estudiante alguna vez en las Escuelas Públicas de Methuen? Sí _____ No: _____

30b. ¿Ha asistido el estudiante a otra Escuela de Massachusetts desde el 1999? Sí _____ No: _____

31. ¿Escuela y grado que el estudiante ha asistido recientemente?

NOMBRE DE LA ESCUELA _____

CIUDAD/PUEBLO _____ ESTADO _____ ZONA POSTAL _____

32. ¿Ha recibido Educación Especial: Lectura, Aprendizaje, Terapia del Habla, etc.? SÍ _____ NO _____

33. ¿Esta completada la sección de salud? SÍ _____ No: _____

34. La información provista arriba es verdadera y exacta.

(En letra de molde) nombre del padre/madre/encargado _____ Firma del padre/madre/encargado legal _____

35. _____ 36. _____
Fecha Firma del oficial de la escuela

37. Yo he verificado que el estudiante arriba indicado es un residente legal de Methuen, y como evidencia de _____ está el documento de la Prueba de Residencia y una factura/bill.

38. ¿Se requieren papeles de custodia legal? SÍ _____ No: _____

Methuen Public Schools
Quinn Building
Attendance Department
90 Hampshire Street
Methuen, MA, 01844

**Paquete Oficial de Registración para nuevos estudiantes a las Escuelas Públicas de
Methuen**

Información del Estudiante

Apellido _____ Primer Nombre _____

Fecha de Nacimiento _____

Dirección _____

Número de Teléfono _____

Nombre del Padre/Encargado _____

Tiene IEP de la escuela anterior sí _____ no _____

Lista de materiales de la prueba de residencia:

1) Padres/Encargados tienen que entregar uno de los siguientes:

Contrato firmado de Compra y Venta de la casa/ o el más reciente estado de cuentas de la hipoteca de la casa

Contrato firmado de renta de propiedad

Más reciente cuenta de impuestos de la propiedad

Y

2) Padres/Encargados tienen que entregar uno de los siguientes:

Cuenta de Electricidad
 Cuenta de Calificación (Gas)
 Cuenta de Teléfono de la casa
 Cuenta del Agua

Las cuentas tienen que ser las más recientes y sin haber sido pagadas.

Y

3) Formulario de Certificación de Dirección

Documentos: (Por favor de obtener mientras el padre/encargado está presente)

- Certificado de nacimiento del estudiante (copia)
- Récord de vacunas con la firma del doctor
- Tarjeta de identificación con foto del padre (copia)
- Papeles de traslado de la escuela anterior (Massachusetts)

Si es encargado legal TIENE que presentar documentos oficiales de la corte sobre la custodia.

Por favor contacte _____ al _____ para hacer una cita para repasar y registrar su estudiante.

PRUEBA DE DIRECCIÓN/RESIDENCIA

Para poder tener la seguridad de los nombres y direcciones de los estudiantes y padres o encargados, es necesario que cada persona con la custodia legal de un estudiante que esta asistiendo a las Escuelas Públicas de Methuen atestigüe los nombres y las direcciones. Esta información será usada para asegurar que solamente los residentes de Methuen están asistiendo a las Escuelas Públicas de Methuen.

Por favor complete la información a continuación y tráigala con una prueba de dirección a la escuela en su distrito. Si usted reside en una propiedad rentada, la firma del dueño de la propiedad **debe** ser certificada por un notario en el formulario "Prueba de Dirección/Residencia." Pruebas aceptables de dirección son: una copia del contrato de compra y venta de la casa, la mayoría de las facturas del impuesto sobre la propiedad de Methuen, o un contrato de renta firmado por el dueño de la propiedad. Aparte de proveer uno de estos formularios mencionados, también debe proveer una factura actualizada, sin haber sido pagada, (gas, electricidad, teléfono, et c.).

Por favor esté enterado que de acuerdo a las Leyes Generales de Massachusetts Capítulo 76, Sección 5, las Escuelas Públicas de Methuen no están obligadas a matricular a estudiantes que no estén viviendo en la Ciudad de Methuen. Cualquier persona que viole o ayude a violar esta provisión puede que se le imponga pagar por completo a las Escuelas Públicas de Methuen el costo de la educación.

Yo declaro que la información a continuación es verdadera y correcta bajo la penalidad de perjurio.

1. Nombre del estudiante (un nombre solamente): _____
2. Dirección donde el estudiante vive (1)*: _____

3. Nombre de la persona con custodia legal (2)**: _____
4. Dirección donde esta persona vive: _____
5. Firma Notariada y teléfono del
Gerente del Edificio o dueño de la
propiedad donde el estudiante vive: _____

*(1) En donde duerme la mayoría de las noches, come desayuno y cena, donde su ropa esta.

** (2) Padre(s), encargado(s), o persona que se le ha asignado custodia por la corte.

Yo entiendo que es mi obligación informar al administrador de la escuela que mi hijo/a asiste, si cualquier información que aparece en la parte de arriba cambia.

Yo entiendo que las Escuelas Públicas de Methuen tienen un reglamento de residencia restringido, y si la dirección mencionada arriba viniera a ser cuestionada, el reglamento requiere que se provea una prueba de dirección adicional.

Firma de la persona con la custodia legal del niño/a

Fecha

AUTORIZACIÓN PARA SUMINISTRAR LOS RECORDS DEL ESTUDIANTE

De acuerdo con lo establecido por la ley pública 93-380 y la ley de Massachusetts HR 16900; yo como padre o encargado, o como estudiante de 18 años de edad o mayor, por la presente autorizo la transferencia de los Records/Expedientes escolares tan pronto este formulario sea recibido de la Escuela _____

a la escuela _____ . Gracias.

Nombre del Estudiante _____
(Letra de molde)

Dirección Anterior _____

Ciudad _____ Estado _____ zona postal _____

Firma del Padre/Madre/Encargado _____

Nueva Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ zona postal _____

Fecha de Petición _____

-
- | | |
|---|---------------------------------------|
| ___ Record/Expediente Escolar | ___ Notas de Pruebas Estandarizadas |
| ___ Record/Expediente de Salud | ___ Datos Médicos Psicológicos |
| ___ Record/Expediente de Asistencia | ___ Datos del Historial de la Familia |
| ___ Record/Expediente de Educación Especial | ___ Otros _____ |

Los Records/Expedientes deben ser enviados a:

Escuela _____

Principal Asociado _____

Dirección _____

Ciudad _____ **Estado** _____ **Zona** _____

CERTIFICATE OF IMMUNIZATION

Name: _____

Date of Birth: / /

Sex: female male

If combination vaccine is administered, please indicate vaccine type (e.g., DTaP-Hib, etc.)

| Vaccine | | Date/Vaccine Type | Vaccine | | Date/Vaccine Type |
|--|---|-------------------|--|---|-------------------|
| Hepatitis B (e.g., HepB, HepB-Hib, DTaP-HepB-IPV) | 1 | | Haemophilus influenzae type b (e.g., Hib, HepB-Hib, DTaP-Hib) | 1 | |
| | 2 | | | 2 | |
| | 3 | | | 3 | |
| | | 4 | | | |
| Diphtheria, Tetanus, Pertussis (e.g., DTaP, DT, DTaP-Hib, DTaP-HepB-IPV, Td) | 1 | | Measles, Mumps, Rubella (MMR) | 1 | |
| | 2 | | | 2 | |
| | 3 | | Varicella (Var) | 1 | |
| | 4 | | | 2 | |
| | 5 | | | | |
| | 6 | | Hepatitis A (HepA) | 1 | |
| | 7 | | | 2 | |
| Polio (e.g., IPV, DTaP-HepB-IPV) | 1 | | Pneumococcal Polysaccharide (PPV23) | 1 | |
| | 2 | | | 2 | |
| | 3 | | Influenza Inactivated (Intramuscular) or Live (Intranasal) | 1 | |
| | 4 | | | 2 | |
| Pneumococcal Conjugate (PCV7) | 1 | | Other: | 3 | |
| | 2 | | | | |
| | 3 | | | | |
| | 4 | | | | |

| Serologic Proof of Immunity | | Check One | |
|-----------------------------|--------------|-----------|----------|
| Test (if done) | Date of Test | Positive | Negative |
| Measles | / / | | |
| Mumps | / / | | |
| Rubella | / / | | |
| Varicella* | / / | | |
| Hepatitis B | / / | | |

* Must also check Chickenpox History box.

| Chickenpox History |
|--|
| <input type="checkbox"/> Check the box if this person has a physician-certified reliable history of chickenpox. |
| Reliable history may be based on: <ul style="list-style-type: none"> • physician interpretation of parent/guardian description of chickenpox • physical diagnosis of chickenpox, or • serologic proof of immunity |

I certify that this immunization information was transferred from the above-named individual's medical records.

Doctor or nurse's name (please print) _____

Date: / /

Signature: _____

Facility name: _____

