

DEPARTAMENTO ESCOLAR DE EAST PROVIDENCE  
East Providence, Rhode Island

Formulario de inscripción del alumno

<i>Para uso de oficina solamente</i>	<i>Para uso de oficina solamente</i>	<i>Para uso de oficina solamente</i>
Escuela en la casa _____	Escuela _____	AT _____ P _____
Grado _____	# de ID Local _____	SASID# _____ Fecha de entrada _____

(Necesita ser completado por padre/guardián)

**Información del estudiante:**

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ *Apellido* \_\_\_\_\_ *nombre* \_\_\_\_\_ *inicial* \_\_\_\_\_  
 Lugar de nacimiento \_\_\_\_\_ sexo \_\_\_\_\_

Dirección del estudiante \_\_\_\_\_ zip code \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_  
*Número de la casa y la calle*

Madre \_\_\_\_\_ Cert. de nacimiento de la madre \_\_\_\_\_ tel. del trabajo \_\_\_\_\_  
*Apellido* \_\_\_\_\_ *nombre* \_\_\_\_\_

Dirección de la madre (si es diferente) \_\_\_\_\_ tel. celular \_\_\_\_\_

Padre \_\_\_\_\_ Cert. de nacimiento del padre \_\_\_\_\_ tel. del trabajo \_\_\_\_\_

Dirección del padre (si es diferente) \_\_\_\_\_ tel. celular \_\_\_\_\_

Guardián legal \_\_\_\_\_ Cert. de nacimiento del Guardián legal \_\_\_\_\_ tel. del trabajo \_\_\_\_\_

**Etnicidad/Raza:**

Por favor indique a continuación. Esta sección debe ser completada por las regulaciones del gobierno federal y requisitos de información. Información étnica y racial se utiliza para informes de censo estatal y federal solamente.

Parte A. El estudiante (o usted) es Hispano/Latino? ( favor de escoger uno)  
 No, no soy hispano/latino

Si soy hispano/latino (una persona de Cuba, Mexico, de Puerto Rico, de Centro América o Sudamérica. o de otra cultura u origen hispano independiente de la raza).

La pregunta en la parte anterior es sobre la etnicidad, no la raza. No importa lo que usted haya seleccionado, favor de contestar marcando uno o más considerando que su hijo(a) sea de la raza apropiada.

- Parte B. ¿Cuántos estudiantes (o usted) pertenecen a esta raza? ( favor de escoger uno o más)
- Indio Americano o Nativo de Alaska ( una persona nativa del Norte o Sur América incluyendo Centroamérica) o que mantiene una afiliación tribal en la comunidad.
  - Asiático (una persona con orígenes en cualquiera de los pueblos originarios en el subcontinente de Asia Oriental o de la India, incluyendo por ejemplo, Cambodia, China, India, Japón, Corea Malasia, Pakistán, las Islas Filipinas, Tailandia y Vietnam).
  - Negro o Afro-Americano (una persona que pertenezca a un grupo racial africano-americano.
  - Hawaiiano Nativo o de otras Islas del Pacífico (una persona que pertenezca a un grupo racial de Hawaii, Guam, Samoa, o otras Islas del Pacífico).
  - Raza Blanca (una persona que pertenezca a un grupo racial de Europa, el Medio Oriente o el Norte de África).

**INFORMACIÓN EDUCATIVA:**

Proyecciones encontradas en el niño(a):  Sí  No Si es Sí, favor de dar la fecha \_\_\_\_\_

IEP (Educación Especial):  Sí  No Si es Sí,  clase contenida de grupo especial  recursos

Plan 504:  Sí  No

Escuela Previa: \_\_\_\_\_ Última fecha que asistió \_\_\_\_\_

Dirección de la previa escuela \_\_\_\_\_  
ciudad estado

Ha asistido al Departamento Escolar de East Providence anteriormente:  Sí  No

Otros hermanos(as) en el Dept. Escolar de east Providence:  Sí  No  
Si es Sí, mencione el grado(s) y la(s) escuela(s): \_\_\_\_\_

Doctor de la familia/Clínica: \_\_\_\_\_

Problemas médicos en la actualidad (alérgias, migrañas, etc): \_\_\_\_\_

**RECONOCIMIENTO IMPORTANTE** (Ley General de RI, T. 16, Cap. 64 Sec. 1-8)

Al firmar este formulario como padres/guardián o otra persona que actúe en "Loco Parentis" al estudiante que está registrando, yo/nosotros atestiguo/atestiguamos que toda la información suplida es cierta y exacta. Yo/nosotros entiendo/entendemos que sometiendo información falsa o información residencial fraudulenta requerirá el pago de una cuota al Departamento Escolar de East Providence la cual será calculada por el costo de la educación del estudiante. **Esta disposición es estrictamente reforzada.**

Firma del Padre/Guardián: \_\_\_\_\_

Fecha del Registro: Mes \_\_\_\_\_ Día \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

Firma del Registrador Escolar: \_\_\_\_\_



Deborah A. Gist  
Commissioner

(Logo: "Junta de Regentes de Rhode Island.  
Educación Primaria y Secundaria.")

**Encuesta del Departamento de Educación de Rhode Island  
sobre el Idioma Hablado en el Hogar**

La información solicitada en este formulario es necesaria para ubicar a su hijo/a en el lugar más adecuado para éste/a, de conformidad con la legislación de Rhode Island (Sección 16-54-2 de las Leyes Generales de Rhode Island) y la Ley de Igualdad de Oportunidades Educativas (Título 20, Sección 1703(f) del Código de los Estados Unidos), y no será empleada para ningún otro propósito. Gracias por su cooperación.

Esta sección debe ser llenada por uno de los padres o por el tutor:

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_  
 Fecha de inscripción: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha de entrada a Los Estados Unidos: \_\_\_\_\_

1. ¿Qué idioma utiliza usted con más frecuencia cuando le habla a su hijo/a?  
 \_\_\_\_\_

2. ¿Cuál fue el primer idioma que aprendió a hablar su hijo/a?  
 \_\_\_\_\_

3. ¿Qué idioma utiliza su hijo/a con más frecuencia cuando le habla a usted?  
 \_\_\_\_\_

4. ¿Qué idioma utiliza su hijo/a con más frecuencia cuando habla con otros adultos del hogar o con la persona que está primordialmente a cargo de su cuidado?  
 \_\_\_\_\_

5. ¿Qué idioma utiliza su hijo/a con más frecuencia cuando habla con sus hermanos u otros niños del hogar?  
 \_\_\_\_\_

6. ¿Qué idioma utiliza su hijo/a con más frecuencia cuando habla con amigos o vecinos fuera del hogar?  
 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Firma del padre o tutor Fecha

\_\_\_\_\_  
 Escriba en letras de molde el nombre del padre/tutor

# DEPARTAMENTO ESCOLAR DE EAST PROVIDENCE

SERVICIOS PARA EL ALUMNO  
80 BURNSIDE AVENUE  
East Providence, Rhode Island 02915-3295

Oficina de Registro 401-431-4634                      Personal del alumno 401-433-6217  
Fax de la Oficina de Registro 401-435-7507      Fax del Personal del alumno 401-433-6266

### Información para hacer publica

Por la presente autorizo al Departamento Escolar de East Providence a:

- Dar a     Obtener de     intercambiar verbalmente con

Agencia: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

La siguiente información de mi hijo(a):

Nombre: \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

- Evaluación Psicológica     Plan de Educación Individual(IEP)     Examen Médico/Salud
- Evaluación Educativa     Defecto del Habla/Lengua     Otro: \_\_\_\_\_
- Evaluación Sociohistórica     Evaluación Psiquiátrica     Otro: \_\_\_\_\_

Propósito: \_\_\_\_\_

Esta autorización es válida de \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_

La información médica está protegida bajo la Ley de Rhode Island 78H-7522. La información provista con esta autorización no será dada, vendida, transferida a cualquier otra persona no especificada en el formulario de consentimiento. El consentimiento de información dada o transferencia de información podrá ser retirada en cualquier momento en el futuro.

\_\_\_\_\_  
Firma    Relación    Fecha

\_\_\_\_\_  
Testigo    Fecha

Departamento Escolar de East Providence  
Oficina de Asistencia  
Ave. Burnside no. 80  
East Providence, RI 02915

**Información para hacer publica**

Si hay una pregunta sobre la residencia de las personas que aparecen en los formularios de la registración surge y/o declaraciones juradas, el Departamento Escolar de East Providence llevará a cabo una investigación. Al firmar este formulario, yo/nosotros reconozco/reconocemos autorizar esta forma a la agencia/persona de quien la información se solicita, para ser revelada al Departamento escolar de East Providence, cualquier/toda información, incluyendo direcciones, las fechas de ocupación residencial, o cualquier otra información disponible que le ayude a establecer residencia de los estudiantes matriculados en el Sistema Escolar de East Providence.

Yo/Nosotros también entiendo/entendemos que el uso de esta forma se limitará a la solicitud de información sobre la residencia solamente y toda la información obtenida por el Departamento Escolar de East Providence se mantendrá confidencial y usada solamente en relación con dicha investigación y cualquier proceso resultante conducido de acuerdo con el Título 16 de las Leyes Generales de Rhode Island.

Padre/Guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Padre/Guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Estudiante: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_