



MIAMI-DADE COUNTY PUBLIC SCHOOLS

REGISTRATION FORM: BEFORE AND AFTER SCHOOL PROGRAMS - SUMMER CAMP - PRE-K

_____ - _____ SCHOOL YEAR

NAME OF SCHOOL: _____ LOCATION NUMBER: _____

STUDENT NAME: _____
LAST FIRST REGISTRATION DATE: _____

STUDENT ID #: _____ AGE: _____ GRADE: _____

NAME OF TEACHER: _____

MOTHER'S NAME: _____
LAST FIRST

HOME ADDRESS: _____
STREET CITY STATE ZIP CODE

HOME PHONE: _____ WORK PHONE: _____

CELL PHONE: _____ E-MAIL ADDRESS: _____

FATHER'S NAME: _____
LAST FIRST

HOME ADDRESS: _____
STREET CITY STATE ZIP CODE

HOME PHONE: _____ WORK PHONE: _____

CELL PHONE: _____ E-MAIL ADDRESS: _____

PERSON/S AUTHORIZED TO PICK UP CHILD CARE STUDENT: _____
LAST FIRST

I AUTHORIZE MY CHILD TO WALK HOME: YES NO _____
LAST FIRST

EMERGENCY CONTACT INFORMATION

CONTACT NAME 1: _____ PHONE: _____
LAST FIRST

CONTACT NAME 2: _____ PHONE: _____
LAST FIRST

NAME OF PHYSICIAN: _____ PHONE: _____
LAST FIRST

PREFERED HOSPITAL: _____

IN THE EVENT NO ONE CAN BE CONTACTED, I GIVE PERMISSION FOR MY CHILD TO RECEIVE EMERGENCY MEDICAL TREATMENT? YES NO

SPECIAL NEEDS / INSTRUCTIONS: _____

SIBLINGS IN PROGRAM: _____

PARENT/GUARDIAN SIGNATURE: _____ DATE: _____



Escuelas Públicas del Condado de Miami-Dade
Programa de Pre-Kindergarten
Consentimiento Paterno para Hacer un Examen

Escuela _____ Fecha _____

Durante el año de pre-kindergarten el Sistema de Escuelas Públicas administra un examen de la visión, audición y del lenguaje. Si usted quisiera que su hijo(a) a tome este examen, por favor firme este formulario, e incluya el nombre de su hijo(a) y su fecha de nacimiento.

Los resultados de este examen se utilizarán para proporcionar a su hijo(a) el mejor programa posible de pre-kindergarten.

Nombre del/de la _____ Fecha de nacimiento: _____
 niño(a):

Firma del padre, la madre o tutor(a): _____

Teléfono del padre, la madre o tutor (a): _____

I. EXAMEN DE LA AUDICIÓN

	1000	2000	4000	6000	8000
Oído Derecho					
Oído izquierdo					

Necesita una evaluación adicional: Sí No

II. EXAMEN DE LA VISTA

Símbolo del Esquema

Ambos ojos	Derecho	Izquierdo

Lleva lentes

Sí No

Criterio

Age 3 20/40
 Age 4-5 20/30
 Age 6 + 20/20

Necesita una evaluación adicional:

Yes No

III. EXAMEN DEL LENGUAJE

Esquema Fonológico

Apropiado

Inapropiado

Edad 3	b	p	m	h	n	w
--------	---	---	---	---	---	---

Edad 4-5	k	g	t	d	f	y
----------	---	---	---	---	---	---

Necesita una evaluación adicional:

Sí No

Edad 6	n (cantar)	r	l
--------	------------	---	---

FORMULARIO DE DATOS DEL ESTUDIANTE PARA UTILIZAR DURANTE EMERGENCIAS

Número/Nombre de la Escuela _____		Número de Identificación. _____	
Grado _____ Sección _____			
Apellido del estudiante _____	APP _____	Nombre propio _____	Segundo nombre _____
Dirección _____			
Número de contacto telefónico principal que ha de ser utilizado en casos de emergencia y mensajes automáticos: _____			
Nombre del padre de familia / tutor que matricula _____		Parentesco _____	Lugar de empleo _____
Teléfono _____	Teléfono celular _____	Correo electrónico _____	
Nombre del padre de familia / tutor que no matricula _____		Parentesco _____	Lugar de empleo _____
Teléfono _____	Teléfono Celular _____	Correo electrónico _____	

¿Está alguno de los padres en las fuerzas armadas? Sí No Rama _____

Sólo para estudiantes del Kindergarten: ¿Asistió el niño a una escuela preescolar o a una guardería? Sí No

¿Pagó usted todos los gastos? Sí No ¿Qué programa? Head Start ESE Migratorio Otro Lo desconozco

INFORMACION DE CONTACTOS DE EMERGENCIA: Autorizo al distrito escolar a proporcionar o asegurar cualquier cuidado de emergencia necesario para mi hijo/a. Es la responsabilidad legal de los padres asumir los gastos médicos y de transporte proporcionados a su hijo. En el caso de que no se pudiese localizar a ninguno de los padres del niño por favor, proporcione información de contacto de dos personas, por orden de prioridad, en los espacios que aparecen a continuación.

(Nombre) _____	Parentesco _____	(Dirección) _____	Teléfono del trabajo _____
(Nombre) _____	Parentesco _____	(Dirección) _____	Teléfono del trabajo _____
Doctor de cabecera _____	Teléfono _____	Preferencia de hospital _____	Teléfono _____

Informes acerca de la salud/alergias del estudiante que tienen que ser conocidas en caso de emergencia:

PERMISO PARA QUE EL ESTUDIANTE SALGA DE LA ESCUELA: Por favor, proporcione los nombres de las personas que están autorizadas o que no están autorizadas para recoger a su hijo durante la jornada escolar. Tome en cuenta que las personas que aparecen como contactos de emergencia, no están autorizadas para recoger a sus hijos, si sus nombres no aparecen en la lista que se encuentra a continuación:

Autorizados: _____

Autorizados: _____

No autorizados: _____

No autorizados: _____

ES LA RESPONSABILIDAD DE LOS PADRES informar personalmente a la escuela de cualquier cambio respecto a la información que se encuentra en este formulario. Declaro bajo pena de perjurio, que he leído lo anterior en este [documento] y que la información que ahí aparece es verdadera.

Fecha: _____ Nombre del padre de familia / tutor que matricula en letra de molde: _____

Firma del padre de familia / tutor que matricula: _____

Los padres de familia/tutores tienen el derecho de revisar las cualificaciones profesionales de los maestros de sus hijos, incluyendo el estatus de la licencia, la especialidad, maestría, títulos postgrado y el campo de la certificación. La información respecto a este "derecho a saber", está disponible en la escuela de sus hijos, que incluye si sus hijos están recibiendo servicios prestados por los ayudantes de maestro y de ser así, sus cualificaciones.

El que a sabiendas hace una declaración falsa por escrito con la intención de engañar a un funcionario público en el ejercicio de sus funciones oficiales será culpable de un delito menor de segundo grado según el Estatuto de la Florida § 837.06, o quien hace una declaración que se verifica que es falsa es culpable del delito de perjurio, un delito grave de tercer grado, según el Estatuto de la Florida § 92.525, punible conforme a lo dispuesto en los Estatutos de la Florida, §§ 775.082, 775.083 y 775.084.

El Formulario de Datos del Estudiante Para Utilizar Durante Emergencias, rige quién ha de recoger al estudiante de la escuela. El padre de familia / tutor que matricula deberá firmar/ verificar este formulario y es responsable de proporcionar información verdadera y precisa. Si los padres del estudiante están divorciados o separados, el padre que matricula al estudiante, es responsable de proporcionar información que sea consistente con la orden judicial más reciente que gobierna asuntos tales como el divorcio, la separación o la custodia.

FULFORD ELEMENTARY SCHOOL

STUDENT'S INFORMATION

Student: _____

Name/Nombre/Nom Last/apellido/Siyati First/primer/premye non Middle/Segundo/non mitan

Birth day: _____ Sex: _____ Birth day place: _____
(mes/día/año)(dat/ne/sans) (sexo/sèks) (lugar de Nacimiento/Kote ou fè) city/ciudad/vil

Address: _____ Cellular #: _____
(dirección/adrès) (teléfono mobil/selilè)

Father's Name: _____ Work phone #: _____
(nombre del padre/Non papa a) (Número del trabajo/telefòn travay)

Place of employed: _____ Occupation: _____
(lugar de trabajo) (ocupación)

Mother's/Stepmother Name: _____ Work phone #: _____
(nombre de la madre/Non manman a) (Número del trabajo/telefòn travay)

Place of employed: _____ Occupation: _____
(lugar de trabajo) (ocupación)

Name of person with whom pupil live (if not parent): _____
(nombre de la persona con quien vive el estudiante-si no son los padres)

Relationship: _____ Place employed: _____ Cellular #: _____
(si tiene tutor/gadyen legal) (Número de teléfono/selilè nimewo)

Emergency contact (other than parents) – Contacto de emergencia (aparte de los padres):

1. _____
Name (nombre) Relation (parentesco) Phone (teléfono)

2. _____
Name (nombre) Relation (parentesco) Phone (teléfono)

Name of school last attended: _____ City: _____
(ultima escuela a que asistió/non dènye lekòl la te ale) (ciudad/vil la)

Family Doctor: (nombre del Doctor): _____ Phone (teléfono): _____

Hospital preference (hospital de preferencia): _____

of brothers: _____ # of sisters: _____ Attend this school: _____
(cuantos hermanos) (Cuantas hermanas) (asistir a esta escuela)

Pupil health data which should be known in an emergency:
(datos sobre la salud del alumno que debemos saber en caso de emergencia)

Parent's signature: _____
(firma del padre or madre/siyati paran an

Date: _____
(fecha/dat)



Miami-Dade County Public Schools
Federal and State Compliance Office

VERIFICATION OF BIRTH CERTIFICATE

This form will be completed by school personnel only when documentation of student information is submitted in the form of an original birth certificate that **cannot** be duplicated.

Legal Name:

 Last Name First Name Middle Name

Date of Birth: _____ **Sex:** _____

 Month Day Year

Place of Birth:

 City State County

State File/Certificate Number: _____

Date filed: _____ **Date issued:** _____

Mother's Maiden Name:

 First Name Last Name

Father's Name:

 First Name Last Name

**Number found below
 WARNING #** _____

 Print Name of Parent/Guardian Signature Date
 Submitting Document

VERIFIED BY:

 Print Name of School Official Signature Date



MIAMI-DADE COUNTY PUBLIC SCHOOLS
HOME LANGUAGE SURVEY

To Be Completed By Parent or Guardian

Student I.D. No. _____

Student Name _____
Last First Middle

Date of Birth ____/____/____ Grade ____ Parent Language _____ Student Language _____
Month Day Year

Date Entered U.S. School : ____/____/____ Ethnic (Check all that apply) Race: White Black Asian
Month Day Year Hispanic ____ (Y/N) American Indian Native Pacific Islander

If the answer is "YES" to any of these questions, the student must be tested for English proficiency.

1. Is a language other than English used in the home?	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
2. Did the student have a first language other than English?	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
3. Does the student most frequently speak a language other than English?	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

School _____ Date _____ Parent/Guardian Signature _____

ESCUELAS PUBLICAS DEL CONDADO DE MIAMI-DADE
ENCUESTA SOBRE EL IDIOMA HABLADO EN EL HOGAR

Debe ser completado por el/la padre/madre o tutor/a

No. De I.D. _____

Nombre del Estudiante _____
Apellido Nombre Inicial

Fecha de Nacimiento ____/____/____ Grado ____ Lengua Paterna _____ Idioma del Estudiante _____
Mes Día Año

Fecha de Entrada a la Escuela de los Estados Unidos: ____/____/____ Origen Etnico (Marque todo lo pertinente) Raza: Blanco Negro
Mes Día Año Hispano ____ (S/N) Asiático Indígena de los EEUU Oriundo de las Islas del Pacífico

Si responde "Si" a alguna de estas preguntas, el estudiante debe tomar un examen para saber cual es su conocimiento del Inglés.

1. ¿Usan en su casa algún otro idioma que no sea el Inglés?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
2. ¿Tuvo el estudiante una lengua materna distinta al Inglés?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
3. ¿Habla el estudiante frecuentemente otro idioma que no sea el Inglés?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

Escuela _____ Fecha _____ Firma del Padre/Madre _____

MIAMI-DADE COUNTY PUBLIC SCHOOLS
SONDAJ SOU KI LANG TIMOUN NAN PALE

Pou paran oubyen moun ki responsab timoun nan ranpli

No. I.D. Elèv La _____

Non Elèv la _____
Non fanmi Non

Dat Fèt li ____/____/____ Klas ____ Lang paran Yo _____ Lang Elèv La _____
Mwa Jou Ane

Dat ou Antre U.S. Lekòl: ____/____/____ Etnisite (Tcheke tout sa ki aplike) Ras: Blan Nwa Azyatik
Mwa Jou Ane Espayòl ____ (W/N) Amriken Endyen Natif Il Pasifik

Si repons lan se "Wi" pou nenpòt nan kesyon anba yo, elèv la dwe pran yon tès Anglè.

1. Eske yo sèvi ak yon lang ki pa Anglè lakay li?	Wi <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
2. Eske elèv la te genyen yon premye lang anvan Anglè?	Wi <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
3. Eske elèv la abitye pale yon lang ki pa Anglè?	Wi <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

Lekòl _____ Dat _____ Siyati Paran _____



**ESCUELAS PÚBLICAS DEL CONDADO DE MIAMI-DADE
ACUERDO DE VERIFICACIÓN DE DIRECCIÓN**

**NOMBRE(S) DEL
(DE LOS) ESTUDIANTE(S)** _____

**NOMBRE DEL (DE LA)
PADRE/MADRE/TUTOR(A)** _____

Yo, _____, entiendo que el(los) traslado(s) del(de los) estudiante(s) anteriormente mencionado(s) es(son) transitorio(s) y dependerá(n) del éxito en la verificación de mi dirección. También entiendo que si mi dirección no puede ser verificada por un empleado de las Escuelas Públicas del Condado de Miami-Dade, el traspaso será revocado y el(los) estudiante(s) volverá(n) a la escuela que corresponde a la dirección anterior.

**FIRMA DEL (DE LA)
PADRE/MADRE/TUTOR(A)** _____ **FECHA** _____

**DIRECCIÓN
ANTIGUA** _____ **ESCUELA
ASIGNADA** _____

**DIRECCIÓN
NUEVA** _____ **ESCUELA
ASIGNADA** _____

TELÉFONO DE LA CASA _____

Cualquier persona que a sabiendas haga una declaración falsa por escrito con la intención de engañar a un funcionario público en el desempeño de su labor oficial será culpable de un delito en segundo grado, con la penalidad que se estipula en el F.S. 775.083 o el F.S. 775.084. (Estatuto de la Florida 837.06)

ESCUELAS PÚBLICAS DEL CONDADO MIAMI-DADE

TRANSPARENCIA AL MOMENTO DE LA MATRÍCULA

El Capítulo 1006.07 (1)(b) requiere que cualquier estudiante que busca ingresar a una escuela pública en el Estado de la Florida proporcionará la siguiente información al momento de la matrícula inicial:

1) **¿Ha sido expulsado el estudiante de alguna escuela, dentro o fuera del Estado de la Florida?**

SÍ NO

Si su respuesta para la Pregunta 1 es "SÍ", favor de enumerar cada instancia por la cual fue expulsado el estudiante.

2) **Favor de declarar si el estudiante ha sido detenido y si el arresto consecuentemente resultó en una acusación formal. Si su respuesta es "SÍ", favor de enumerar cada arresto que resultó en una acusación formal.**

3) **Favor de declarar si el estudiante se ha involucrado como sujeto en un caso ante el Sistema Judicial Juvenil. De ser así, declare cada acción tomada por el Sistema Judicial Juvenil que involucró al estudiante.**

4) **Favor de declarar si el estudiante tiene alguna referencia correspondiente para servicios de salud mental, según sus respuestas a las Preguntas 1, 2 y 3. De ser así, favor de enumerarlas.**

Nombre del estudiante _____ ID. # _____

(Favor de escribir en letra de molde)

Etnicidad _____ (Marque todo el que aplique) Raza: Blanca Negra Asiática
Hispana _____ (S/N) Indígena americana Isleña del Pacífico

Fecha de nacimiento _____ Nombre del padre de familia / tutor _____

Dirección postal _____

Firma (padre de familia / tutor) _____

Firma (estudiante) _____ Fecha de firma _____

ESCUELAS PÚBLICAS DEL CONDADO MIAMI-DADE DECLARACIÓN DE RESIDENCIA EN BUENA FE

Información importante

De acuerdo con la Regla de la Junta Escolar (Política 5112) los estudiantes en el programa regular de escuela (K-12) se asignan a las escuelas de acuerdo a la residencia actual del padre y las zonas de asistencia escolar según lo aprobado por la Junta Escolar. Es la responsabilidad de los padres de ofrecer la documentación necesaria para verificar la residencia. Los padres pueden escoger una escuela diferente mediante una variedad de diferentes programas de selección o con el proceso de traslado. Para información adicional sobre escuelas de selección, visitar la página web: <http://choice.dadeschools.net>.

El padre debe completar:

Yo, _____, vivo en _____
(Padre) (Dirección)
_____ con mis hijos, _____
(Ciudad) (Nombre del hijo/de los hijos)

Verificación

Declaro, bajo pena de perjurio, que he leído la anterior declaración de Residencia en Buena Fe y que la información declarada en este formulario es verdadera. Estoy de acuerdo en notificar al distrito escolar dentro de un periodo de 10 días por escrito de cualquier cambio de vivienda o arreglos de residencia de este o estos niños. Certifico que esta información es verdadera y correcta y comprendo que esta información puede ser verificada.

(Firma del padre)

(Fecha)

El Estatuto de la Florida 837.06 provee que si alguien con conocimiento hace una declaración falsa por escrito con la intención de engañar a un trabajador público en el oficio de sus obligaciones, será culpable de un crimen en menor cuantía de segundo grado. El Estatuto de la Florida 92.525 provee que cualquier persona que con conocimiento hace una declaración falsa es culpable del crimen de perjurio, una felonía en el tercer grado.



Escuelas Públicas del Condado Miami-Dade
Departamento de la Administración de Título I
Programa del Proyecto UP-START



2023-2024 Cuestionario de Elegibilidad de Estudiantes del Proyecto UP-START

El propósito del presente cuestionario de elegibilidad estudiantil es el de determinar la elegibilidad para obtener servicios de acuerdo con la Ley McKinney-Vento Act. El Estatuto de la Florida 837.06 provee que si alguien a sabiendas hace una declaración falsa por escrito con la intención de engañar a un funcionario público en el oficio de sus obligaciones, será culpable de un crimen de delito menor cuantía de segundo grado.

Los servicios del Proyecto UP-START son confidenciales y este formulario no se deberá compartir con agencias comunitarias externas.

▼ PREGUNTA 1: ¿CUÁL ES LA RESIDENCIA NOCTURNA ACTUAL DE SU FAMILIA? (SELECCIONE UNA OPCIÓN)

- Albergue (A) Comparte vivienda con otras personas (B) Vehículo/Parque/Parque de casas móviles/ Vivienda subestandar (por ejemplo, sin servicio de agua o corriente/ infestada con moho) [D]
- Hotel/Motel/Airbnb (E) Alquila una vivienda* Propietario de su vivienda*

*SI SELECCIONA ALQUILA UNA VIVIENDA O PROPIETARIO DE SU VIVIENDA, SALTE LA PREGUNTA #7.

▼ PREGUNTA 2: ¿POR QUÉ SU FAMILIA NO TIENE UNA RESIDENCIA NOCTURNA PERMANENTE? (SELECCIONE UNA OPCIÓN)

- Pandemia (P) Huracán (H) Inundación (F) Falta de vivienda asequible, desalojo, enfermedad mental, desempleo, violencia doméstica (N) El padre / cuidador está encarcelado.
- Incendio (D) Ejecución hipotecaria (M) Tormenta tropical (S) Tornado (T) Incendio forestal (W) Desconocido (U)

▼ PREGUNTA 3: ¿QUIÉNES SON LOS ESTUDIANTES PARA LOS CUALES USTED ESTÁ LLENANDO ESTE FORMULARIO?

Nombre y Apellido del Estudiante	# ID del Estudiante	Fecha de Nacimiento	Grado	Escuela / # de la Escuela

▼ PREGUNTA 4: ¿ESTÁ BUSCANDO SERVICIOS DE APOYO PARA SU HIJO(A) EN ESTE MOMENTO? (LOS SERVICIOS SON APLICABLES SOLAMENTE A FAMILIAS ELEGIBLES)

- Sí, estoy solicitando servicios en este momento.* No, no estoy solicitando servicios en este momento.

*Si selecciona "Sí", la escuela de su hijo(a) se comunicará con usted para obtener información sobre los servicios específicos que usted está buscando para su hijo(a).

Atención al personal de la escuela: envíe una Referencia de servicios (FM-7404) y/o una Solicitud de transporte (FM-7405) si la familia solicita servicios.

▼ PREGUNTAS 5 y 6: LLENAR POR JÓVENES NO ACOMPAÑADOS SOLAMENTE (SELECCIONE UNA OPCIÓN)

- 5) ¿Vives solo sin un adulto? 6) ¿Vives solo con un adulto que NO es padre/tutor legal?

Nombre del cuidador: Fecha:

Firma de estudiante no acompañado:

*Pídale a su cuidador que complete el Formulario de autorización del cuidador (FM-7402), y envíelo con este formulario.

▼ PREGUNTA 7: ¿CUÁL ES SU INFORMACIÓN DE CONTACTO?

Dirección actual: Ciudad: Código Postal:

Nombre del Padre/Madre/Tutor: Número de teléfono:

Firma Padre/Madre/Tutor: Fecha:

FOR SCHOOL/AGENCY USE ONLY

School/Agency Name: Location #:

School Contact Name: Position:

Contact Number/Ext: Email Address:

Please fax the completed forms to 305 579-0370, or via email at projectupstart@dadeschools.net or send forms to the respective location site, to the attention of Project UP-START: South - Loc #7021; Central - Loc #8005, & North - Loc #9571.