

SOUTHWEST DETROIT COMMUNITY SCHOOL

Enrollment Documents/ Documentos de Inscripcion

The following documents must be submitted with the enrollment packet:

Los siguientes documentos deben ser entregados junto al paquete de inscripcion:

KINDER:

- Birth Certificate / Acta de Nacimiento
- Updated Immunization record / Vacunas al dia
- Must be 5 years of age by September 1st 2016 / Deben tener 5 anos cumplidas antes de Septiembre 1ro

1st – 8th

- Birth Certificate / Acta de Nacimiento
- Updated Immunization record / Vacunas al dia
- Most recent Report Card / Calificacion reciente
 - I.E.P. / Plan Educativo Individual

APPLICATIONS MUST BE TURNED IN FULLY COMPLETED, ANY APPLICATIONS NOT COMPLETED IN FULL WILL NOT BE ACCEPTED

SOLICITUD DEBER LLENADA COMPLETAMENTE, SOLICITUDES INCOMPLETAS NO SERAN ACEPTADAS

STUDENT FILE CHECK-OFF LIST

- Emergency contact & Authorization for pick-up/ Forma de emergencia y Authorization de recojer
- Birth Certificate/ Acta de nacimiento
- Parent/guardian ID/ Idetification de los padres/tutor
- Legal court documents/ Documentos legales de corte (*If applicable/Si aplica*)
- Student registration form/ Forma de registracion del Estudiante
- Record Release form/ Forma de autorizacion para obtener documentos
- Immunizations/ Vacunas
- Self-Administrating Medication/ Autoadministracion de Medicamento
- Medical form/ Forma de historial medico
- Handicap accommodations information/Informacion de discapacidad
- Copy of last report card/ Copia del ultimo reporte de grados
- MEAP testing/ Examen de MEAP
- I.E.P. (Individual education plan)/ Plan de education individual
- 504 Plans/ Planes de 504
- Advanced placement information (*gifted programs, IQ scores, ect.*)/ Informacion de colocacion avansado (*pruebas especiales, programas para estudiantes de alta inteligencia*)
- Miscellaneous
 - Bus application/ aplicacion de transporte
 - Supplemental student survey/Encuesta de servicios suplementarios
 - Student handbook receipt/ recibo de reglas escolares

Office Use Only	
Student #	_____
Teacher/HR #	_____
Form Rec'd Date	_____
Initials of Data Entry	_____

Student Information

(All information must be completed fully)

****A birth certificate and proof of residence must be provided with this form****

First Name: _____ Middle: _____ Last Name: _____

Address: _____ Apt#: _____

City: _____ State: _____ Zip: _____ County: _____

Phone: (____) _____ - _____ Guardian email address: _____

Student's Date of Birth(mm/dd/yyyy): ____/____/____ Age: _____ Country student born in: _____

Student's gender: (Check one only) F= Female M= Male

Student's Primary Race/Ethnicity: (Check one only)

0998 = Alaskan Native or American Indian (Please specify):

Cherokee Chippewa Choctaw Navajo Pueblo
 Sioux Other: _____

0999 = Asian (Please specify)

Asian Indian Chinese Filipino Japanese Korean
 Vietnamese Other: _____

1000 = Black or African American (Please specify if known)

Other: _____

1001 = Hawaiian or other Pacific Islander (Please specify)

Guamanian Hawaiian Samoan Other: _____

2304 = Hispanic or Latino (Please specify):

Argentinean Colombian Cuban Dominican Mexican Amer.
 Nicaraguan Puerto Rican Salvadoran Spaniard Other: _____

1002 = White (Please specify if known)

Other: _____

Student is applying for grade: (Check one only)

PreKindergarten 0 = Kindergarten 1 = 1st Grade 2 = 2nd Grade
 3 = 3rd Grade 4 = 4th Grade 5 = 5th Grade 6 = 6th Grade
 7 = 7th Grade 8 = 8th Grade 9 = 9th Grade 10 = 10th Grade
 11 = 11th Grade 12 = 12th Grade

English Proficiency of the student: (Check one only)

1633 = Native English Speaker 1634 = Fluent English Speaker
 1635 = Non-English speaking 1636 = Redesignated as fluent English proficient
 1637 = Status Unknown 2349 = Limited English proficient/English Language Learner

Primary language spoken at home (please specify):

English Only Arabic Chinese French
 French Creole German Greek Italian
 Japanese Korean Polish Portuguese
 Russian Spanish Vietnamese Other: _____

Office Use Only

Student # _____

Teacher/HR # _____

Form Rec'd Date _____

Initials of Data Entry _____

PI

OS

Información del/ de la Estudiante (Se debe completar toda la información)

****Debe proporcionar una partida de nacimiento y una prueba de la residencia de esta forma.**

Nombre: _____ Segundo Nombre: _____ Apellido: _____

Dirección: _____ Número de Apartamento: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Condado: _____

Teléfono: (____) _____ - _____ Email de Guardián: _____

Fecha de Nacimiento del/ de la Estudiante (mes/día/año) ____/____/____ Edad ____

País en que nació el estudiante: _____

Sexo Estudiante: (Chequee sólo una opción) F= Femenino M= Masculino

Raza/Etnicidad Principal del / de la Estudiante: (Chequee sólo una opción)

0998 = Nativo de Alaska o India-americana (Por favor especifique):

- Cherokee Chippewa Choctaw Navajo Pueblo
- Sioux Otra: _____

0999 = Asiática (Por favor, especifique):

- India-asiática China Filipina Japonesa Coreana
- Vietnamita Otra: _____

1000 = Negra o Africana-americana (Por favor especifique si sabe):

- Otra: _____

1001 = Hawaiana u otra Isla del Pacífico (Por favor especifique):

- Guayana Hawaiana Samoana Otra: _____

2304 = Hispánica o latina (Por favor especifique):

- Argentina Colombiana Cubana Dominicana Mexicana-americana
- Nicaragüense Puertorriqueña Salvadoreña Española Otra: _____

1002 = Blanca (Por favor especifique si sabe):

- Otra: _____

Estudiante aplica para el grado: (Chequee sólo una opción)

- Pre K 0 = Kinder 1 = 1er Grado 2 = 2do Grado
- 3 = 3er Grado 4 = 4to Grado 5 = 5to Grado 6 = 6to Grado
- 7 = 7mo Grado 8 = 8avo Grado 9 = 9eno Grado 10 = 10mo Grado
- 11 = 11avo Grado 12 = 12mo Grado

Proficiencia o dominio del inglés del/ de la estudiante: (Chequee sólo una opción)

- 1633 = Inglés hablante 1634 = Habla inglés con fluidez
- 1635 = No habla inglés 1636 = Reasignado/a como proficiente y fuente en inglés
- 1637 = Se desconoce su proficiencia 2349 = Proficiencia limitada / está aprendiendo inglés

Idioma principal hablado en casa (por favor especifique):

- Sólo inglés Árabe Cantonés Chino
- Francés Francés creole Alemán Griego
- Hindi - hindú Italiano Japonés Coreano
- Persa Polaco Portugués Ruso
- Español Tagalo Urdu Vietnamés - vietnamita
- Otro: _____

Other language(s) spoken at home: _____

Has your child been expelled from school in any other school district or been a party to an expulsion proceeding?
 Yes No

Currently enrolled in a Before/After School Program? Yes No
 If yes, where? _____

If no, does your child need to attend Before/After School program? Yes No

Has your child been classified by Special Education Services with any of the following disabilities? (Check all that apply and answer next 4 questions. If no, skip the next four questions)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 2121 = Autistic/ Autism | <input type="checkbox"/> 2122 = Deaf-blindness |
| <input type="checkbox"/> 2123 = Hearing impairment | <input type="checkbox"/> 2124 = Mental retardation |
| <input type="checkbox"/> 2125 = Multiple disabilities | <input type="checkbox"/> 2126 = Orthopedic impairment |
| <input type="checkbox"/> 2127 = Emotional Disturbance | <input type="checkbox"/> 2128 = Specific learning disability |
| <input type="checkbox"/> 2129 = Speech or language impairment | <input type="checkbox"/> 2130 = Traumatic brain injury |
| <input type="checkbox"/> 2131 = Visual impairment (e.g. blindness, etc...) | <input type="checkbox"/> 2132 = Other health impairment |
| <input type="checkbox"/> 2133 = Deafness | <input type="checkbox"/> 2134 = Developmental delay |
| <input type="checkbox"/> 2135 = Infants and Toddlers with disabilities | <input type="checkbox"/> 9998 = None |

Assessment performed for determining Special Needs: _____
 Does the student currently have a Special Education/ Individual Education Plan (IEP)? Yes No
 Does the student currently have a 504 Plan? Yes No

Hours devoted per week to Special Education: _____

How long has this student been enrolled in U.S. schools excluding time in pre-kindergarten? _____

Among all parents/guardians residing with the student, what is the highest level of education? (Check one only)

Elementary/Middle/High School	College and Beyond	Other
<input type="checkbox"/> 0789 = Pre-Kindergarten <input type="checkbox"/> 0805 = Kindergarten <input type="checkbox"/> 0790 = 1 st Grade <input type="checkbox"/> 0791 = 2 nd Grade <input type="checkbox"/> 0792 = 3 rd Grade <input type="checkbox"/> 0793 = 4 th Grade <input type="checkbox"/> 0794 = 5 th Grade <input type="checkbox"/> 0795 = 6 th Grade <input type="checkbox"/> 0796 = 7 th Grade <input type="checkbox"/> 0798 = 8 th Grade <input type="checkbox"/> 0799 = 9 th Grade <input type="checkbox"/> 0800 = 10 th Grade <input type="checkbox"/> 0801 = 11 th Grade <input type="checkbox"/> 1044 = H.S. diploma <input type="checkbox"/> 1809 = 12 th grade, no diploma	<input type="checkbox"/> 1049 = Some college but no degree <input type="checkbox"/> 1050 = Associate's degree/two years or more <input type="checkbox"/> 1051 = Bachelor/Baccalaureate degree (BA, AB, BS, etc..) <input type="checkbox"/> 1052 = Graduate certificate <input type="checkbox"/> 1053 = First professional degree (e.g. DC, DCM, DDS, DMD, MD, OD, DO, D.Pharm, Pod.D, DPM, DVM, LLB, JD, M.Div, MHL, etc.) <input type="checkbox"/> 1054 = Master's degree (e.g. MA, MS, MEng, M.Ed, MSW, MBA, MLS, etc..) <input type="checkbox"/> 1055 = Specialist's degree (e.g. ED.S) <input type="checkbox"/> 1056 = Post-Professional degree <input type="checkbox"/> 1057 = Doctoral degree (e.g. Ph.D, Ed.D)	<input type="checkbox"/> 0819 = Vocational certificate <input type="checkbox"/> 1046 = Adult Basic Education Diploma <input type="checkbox"/> 1047 = Formal certificate or diploma (less than one yr.) <input type="checkbox"/> 1048 = Formal certificate or diploma (more than or Equal to one year) <input type="checkbox"/> 2408 = H.S.completers (e.g certificate of attendance) <input type="checkbox"/> 2409 = H.S. equivalency (e.g.GED) <input type="checkbox"/> 1043 = No school completed <input type="checkbox"/> 9999 = Other

Otras lenguas que habla en casa: _____

¿Su hijo/a ha expelido de escuela en otro distrito escolar o se han sido un partido a un procedimiento de la expulsión?
 Sí No

¿Alistado actualmente adentro programas antes o después de la escuela? Sí No

¿Si, sí, dónde? _____

¿Si no, su niño necesita asistir un programa extraescolar antes o después de la escuela? Sí No

¿Su hijo/a ha sido clasificado/a con cualquiera de las siguientes discapacidades por los Servicios de Educación Especial?
 (Cheque todas las opciones que se apliquen a su caso)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 2121 = Autístico/Autismo | <input type="checkbox"/> 2122 = Sordera-ceguera |
| <input type="checkbox"/> 2123 = Incapacidad auditiva | <input type="checkbox"/> 2124 = Retardo mental |
| <input type="checkbox"/> 2125 = Discapacidades múltiples | <input type="checkbox"/> 2126 = Incapacidad ortopédica |
| <input type="checkbox"/> 2127 = Problemas emocionales | <input type="checkbox"/> 2128 = Incapacidad específica de aprendizaje |
| <input type="checkbox"/> 2129 = Incapacidad de lenguaje o hablar | <input type="checkbox"/> 2130 = Golpe traumático cerebral |
| <input type="checkbox"/> 2131 = Incapacidad visual (como ceguera) | <input type="checkbox"/> 2132 = Otra incapacidad de salud |
| <input type="checkbox"/> 2133 = Sordera | <input type="checkbox"/> 2134 = Retraso en el desarrollo |
| <input type="checkbox"/> 2135 = Bebé o niño/a discapacitado/a | <input type="checkbox"/> 9998 = Ningún tipo de discapacidad |

¿Qué evaluación se realizó para determinar las necesidades especiales? _____

¿Tiene el estudiante un Plan Individual de Estudios (IEP)? Sí No

¿Tiene el estudiante un Plan 504? Sí No

¿Horas dedicados por semana para la educación especial? _____

Entre los **padres/guardianes** que viven con el/la estudiante, ¿cuál es el nivel educativo más alto? (Cheque sólo una opción)

Escuela Primaria, Media y Secundaria	Colegio Universitario o más avanzado	Otro
<input type="checkbox"/> 0789 =Pre-Kinder <input type="checkbox"/> 0805 =Kinder <input type="checkbox"/> 0790 =1er Grado <input type="checkbox"/> 0791 = 2do Grado <input type="checkbox"/> 0792 = 3er Grado <input type="checkbox"/> 0793 = 4to Grado <input type="checkbox"/> 0794 = 5to Grado <input type="checkbox"/> 0795 = 6to Grado <input type="checkbox"/> 0796 = 7mo Grado <input type="checkbox"/> 0798 = 8avo Grado <input type="checkbox"/> 0799 = 9eno Grado <input type="checkbox"/> 0800 = 10mo Grado <input type="checkbox"/> 0801 = 11avo Grado <input type="checkbox"/> 1044 = Diploma Secundaria <input type="checkbox"/> 1809 = 12avo Grado, sin diploma	<input type="checkbox"/> 1049 =Algo de educación universitaria pero sin título <input type="checkbox"/> 1050 =Título asociado/dos años o más <input type="checkbox"/> 1051 =Título universitario (por ejemplo, en Arte o en Ciencias) <input type="checkbox"/> 1052 =Título o certificado de postgrado <input type="checkbox"/> 1053 =Primer título profesional (por ejemplo, dentista o medico) <input type="checkbox"/> 1054 =Título de maestría (por ejemplo, en Artes, en Ciencias, en Ingeniería) <input type="checkbox"/> 1055 =Título de especialista (por ejemplo, en Educación) <input type="checkbox"/> 1056 =Título post profesional <input type="checkbox"/> 1057 =Título de doctorado	<input type="checkbox"/> 0819 =Certificado vocacional <input type="checkbox"/> 1046 =Diploma básico educación de adultos <input type="checkbox"/> 1047 =Certificado formal o diploma (menos de un año) <input type="checkbox"/> 1048 =Certificado formal o diploma (más de o igual a un año) <input type="checkbox"/> 2408 =Término de educación secundaria (por ejemplo, certificado de asistencia) <input type="checkbox"/> 2409 =Título de equivalencia a educación secundaria <input type="checkbox"/> 1043 =No terminó la escuela <input type="checkbox"/> 9999 =Otro

Parent/Guardian/Family Information

Parent/Guardian 1

First Name: _____ Middle: _____ Last Name: _____

Address: _____ Apt#: _____

City: _____ State: _____ Zip: _____

Home Phone: _____ Additional Phone: _____

Relationship to student: _____

Parent/Guardian 2

First Name: _____ Middle: _____ Last Name: _____

Address: _____ Apt#: _____

City: _____ State: _____ Zip: _____

Home Phone: _____ Additional Phone: _____

Relationship to student: _____

Guardianship of Student:

Both parents: _____ Mother: _____ Father: _____

Other (specify) _____ If other, please present official court documentation as verification.

Parent/guardian signature: _____

By signing here, you certify that responses to the questions above are specific to your student. You understand that if a language other than English has been identified, your student will be tested to determine if they qualify for English language development services, to help them become fluent in English. If entered into the English language development program, your student will be entitled to services as an English learner and will be tested annually to determine their English language proficiency.

The Lighthouse admits students of any race, color, national origin, and ethnic origin to all the rights, privileges, programs and activities generally accorded or made available to students at the school. It does not discriminate on the basis of race, color, national origin and/or ethnic origin in administration of its educational policies, admission policies, scholarship and loan programs, and athletic and other school-administered programs.

Información del Padre/de la Madre/o Guardián

Padre/Guardián 1

Nombre: _____ Segundo nombre: _____ Apellido: _____

Dirección: _____ Número Apartamento: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono de la Casa: _____ Teléfono adicional: _____

Relación con el/la estudiante: _____

Madre/Guardián 2

Nombre: _____ Segundo nombre: _____ Apellido: _____

Dirección: _____ Número Apartamento: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono de la Casa: _____ Teléfono adicional: _____

Relación con el/la estudiante: _____

Guardia del/de la estudiante:

Ambos padres: _____ Madre: _____ Padre: _____

Otra (especifique) _____ Si otro, por favor actual documentación oficial de la corte como verificación.

Firma de padre o guardián: _____

Firmando aquí, usted certifica que las respuestas son específicas a su estudiante. Usted entiende que si una lengua con excepción del inglés se ha identificado, probarán a su estudiante para determinar si califican para los servicios del desarrollo de lengua inglesa, para ayudarles para llegar a ser fluidos en inglés. Si está entrado en el programa de desarrollo de lengua inglesa, darán derecho a los servicios como principiante inglés y serán probado su estudiante anualmente para determinar su conocimiento de idiomas ingleses.

La Academia S.W. Detroit Lighthouse admite a estudiantes de cualquier raza, color, origen nacional, y origen étnico a todas las derechas, privilegios, programas y actividades acordados generalmente o los puso a disposición los estudiantes en la escuela. No discrimina en base de la raza, del color, del origen nacional y/o del origen étnico en la administración de sus políticas educativas, políticas de la admisión, programas de la beca y del préstamo, y programas atléticos y otros escuela-administrados.

Acuerdo con la política de la Ley Federal y el Departamento de agricultura de Estados Unidos, esta institución está prohibida discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, edad o discapacidad. Para presentar una queja por discriminación, escriba a USDA, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410 o llame al número gratuito (866) 632-9992 (voz). Individuos que son sordos o tienen discapacidades de discurso pueden comunicarse con la USDA a través del servicio de retransmisión Federal al (800) 877-8339; o (800) 845-6136 (español). USDA es un proveedor y empleador de igualdad de oportunidades. Es la política del Departamento de Educación de Indiana para no discriminar sobre la base de raza, color, religión, sexo, origen nacional, edad o discapacidad en sus programas, actividades o las políticas de empleo como requerido por las leyes de by the Indiana Civil Rights Laws (I.C. 22-9-1), Title VI and VII (Civil Rights Act of 1964), the Equal Pay Act of 1973, Title IX (Educational Amendments), Section 504 (Rehabilitation Act of 1973), and the Americans with Disabilities Act (42 USCS §12101, et. seq.). Preguntas referentes al cumplimiento por el Departamento de Educación de Indiana, con Title IX y otros derechos civiles, las leyes pueden ser dirigidas al Human Resources Director, Indiana Department of Education, 151 West Ohio Street, Indianapolis, IN 46204, o por teléfono 317-232-6610, o el Director of the Office for Civil Rights, U.S. Department of Education, 111 North Canal Street, Suite 1053 Chicago, IL 60606-7204-Dr. Tony Bennett, Superintendente de instrucción pública del estado. "

Formulario de Historial Médico y Permiso de Medicación

Historial Médico

Nombre del Estudiante: _____ GRADO: _____
Nombre Segundo nombre Apellido

Por favor marque en la siguiente lista las enfermedades que afectan a su hijo/a:

- | | | | |
|---|-----------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Enfermedad Sanguínea | <input type="checkbox"/> Problemas auditivos |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Polio | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática | <input type="checkbox"/> Problemas emocionales |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de piel | <input type="checkbox"/> Úlceras | <input type="checkbox"/> Problemas de peso | <input type="checkbox"/> Enfermedad del riñón |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Ataques | <input type="checkbox"/> Problemas de vista | <input type="checkbox"/> Alta tensión sanguínea |

Por favor describan los puntos que hayan marcado:

Anoten cualquier alergia que padezca su hijo/a:

Indiquen cualquier otro problema de salud que tenga su hijo y del que la escuela debería estar informado. Incluyan también cualquier otro problema de salud que requiera atención especial por parte de la escuela:

Qué medicación(es) es su niño que toma actualmente:

Qué procedimientos médicos significativos se han realizado en su niño:

Mi hijo tiene: Seguro Privado ___; Medicaid ___; Child Health Plus ___; No tiene seguro médico ___

Nombre y Número del Médico/ Clínica: _____

Entendemos que prevalecerá el juicio de las autoridades escolares en la disposición final en un caso de emergencia. Las recomendaciones de los padres indicadas arriba se respetarán en todo lo posible.

La firma de abajo indica que la escuela tiene el permiso de transportar al niño/a al hospital o autorizar un tratamiento médico en caso de emergencia. La escuela hará todos los esfuerzos posibles en esas circunstancias para ponerse primero en contacto con los padres/guardianes.

Los padres/guardianes tienen la responsabilidad de notificar por escrito a la escuela cualquier cambio de la información arriba indicada.

Firma del Padre/Guardián: _____ Fecha: _____

Emergency Contact and Authorization to Pick-Up Student

STUDENT: _____ Teacher: _____

Student's Address: _____ Apt# _____

Borough/City _____ Zip _____ Home Phone: _____

Mother/Guardian's Full Name: _____ Cell #: _____

Mother's Daytime Address: _____ Work Phone: _____

Father/Guardian's Full Name: _____ Cell #: _____

Father's Daytime Address: _____ Work Phone: _____

Email Address(es): _____

Student's Cell #: _____ Phone number for auto notification system: _____

Person to Contact in the Event of an Emergency if Parent/Guardian Cannot be Reached

Full Name: _____ Home Phone: _____ work/Cell #: _____

Full Name: _____ Home Phone: _____ work/Cell #: _____

Does your child have permission to walk home unattended? Yes No

Persons Authorized to Pick the Student up from School. In the Event, the Child is Not Picked Up by the Parent/Guardian or Ordinary Child Care Provider, these persons will be contacted in the order listed.

Name: _____ Relationship: _____

Contact Number(s): _____

Name: _____ Relationship: _____

Contact Number(s): _____

Name: _____ Relationship: _____

Contact Number(s): _____

Persons *NOT* Authorized to Pick the Student up from School or To Visit With the Student.
There MUST be appropriate legal documents on file in the school office indicating a loss of rights to the child for anyone listed below who is a parent or legal guardian

Name _____ Relationship _____

Name _____ Relationship _____

Is there an order of protection against this person? Yes No (School office must have copy of order of protection on file)

It is the parent/guardian's responsibility to notify the school in writing of any changes to the above.

Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____

Hoja de Contacto de Emergencias y Autorización de Recogida del Estudiante

ESTUDIANTE: _____ Profesor/a: _____

Dirección del Estudiante: _____ #Apt _____

Distrito _____ Código Postal _____ Teléfono de Casa: _____

Nombre Completo de la Madre/Guardián: _____ #Celular: _____

Dirección de la Madre durante el día: _____ Teléfono del trabajo: _____

Nombre Completo del Padre/Guardián: _____ #Celular: _____

Dirección del Padre durante el día: _____ Teléfono del trabajo: _____

Dirección(es) de email: _____

Estudiante Celular: _____ El número de teléfono para el sistema auto de la notificación: _____

Persona de contacto en el caso de una emergencia si el Padre/Guardián no está accesible:

Nombre: _____ Teléfono de Casa: _____

Teléfono del trabajo/Celular: _____

Nombre: _____ Teléfono de Casa: _____

Teléfono del trabajo/Celular: _____

¿Su hijo tiene permiso para caminar a su casa solo? Sí No

Personas autorizadas para recoger al estudiante de la escuela. En el caso que el niño/a no ha sido recogido/a por el Padre/Guardián o por el Cuidador Habitual del Niño/a, se contactará con estas personas en el siguiente orden.

Nombre: _____ Relación: _____

Teléfono(s) de contacto: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Teléfono(s) de contacto: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Teléfono(s) de contacto: _____

Personas NO Autorizadas a recoger el Estudiante de la Escuela o Visitar al Estudiante.

Es NECESARIO que la oficina de la escuela posea los documentos legales adecuados que indiquen una pérdida de derechos en relación al niño para cualquier padre o guardián legal que aparece en la siguiente lista.

Nombre _____ Relación _____

Nombre _____ Relación _____

¿Hay una orden de protección contra esta persona? Sí No

Es la responsabilidad del padre o guardián notificar la escuela en la escritura de cualquier cambio al antedicho.

Firma del Padre/Guardián: _____ Fecha: _____

Request For Self-Administration of Medication

Student's Name (Last, First, Middle)

Birthdate:

Today's Date:

The above named pupil has _____

(Name of Disease, Illness or Syndrome)

I am requesting that the above named student take the following medication during school hours.

Name of Medication
(Capsule)

Type of Medication (Tablet, Liquid or

Dosage

Time(s) to be given

Possible Side Affects

I certify that the above named student has been instructed in the use and self-administration of the above named medication. He/she understands the need for the medication, and the necessity to report to school personnel any unusual side effects. He/she is capable of using this medication independently.

I may be reached at the following phone # in the event of a reaction to the medication or an emergency:

Print Physician Name

Phone Number

Physician Address

Physician Signature

Date

Parental Authorization for Self-Administration of Medication

I herewith acknowledge that I am primarily responsible for administering medication to my child. However, in the event that I am unable to do so or in the event of a medical emergency, I hereby Authorize the add school name here and its employees and agents, on my behalf and stead, to administer or to attempt to administer to my child (or to allow my child to self-administer, while under the supervision of the employees and agents of the School), lawfully prescribed medication in the manner described above. I acknowledge that it may be necessary for the administration of medications to my child to be performed by an individual other than a school nurse, and specifically consent to such practices. I further acknowledge and agree that, when the lawfully prescribed medication is so administered or attempted to be administered, I waive any claims I might have against the School, its employees and agents arising out of the administration of said medication. In addition I agree to hold harmless and indemnify the School, its employees and agents, either jointly or severally, from and against any and all claims, damages, causes of action or injuries incurred or resulting from the administration or attempts at administration of said medication.

Parent's Signature

Home Phone

Business/Cell Phone

Date

Additional Information, if any

Pedido la autoadministración de la medicación

Nombre de Estudiante	Fecha de Nacimiento	Fecha de Hoy
----------------------	---------------------	--------------

Este estudiante tiene _____
(Name of Disease, Illness or Syndrome)

Estoy pidiendo que el estudiante arriba nombrado toma la medicación siguiente durante horas de escuela.

Nombre de medicación	tipo de medicación (Tableta, líquido o cápsula)
----------------------	---

Dosificación	Hora(s) de tomar
--------------	------------------

Afectos posibles del lado

Certifico que han dado instrucciones al estudiante arriba nombrado en el uso y la autoadministración de la medicación arriba nombrada. Él entiende la necesidad de la medicación, y la necesidad de divulgar a los personales de la escuela cualquier efecto secundario inusual. Él es capaz de usar esta medicación independientemente.

Puedo ser alcanzado en el teléfono siguiente en caso de reacción a la medicación o a una emergencia:

Nombre del médico	Numero del teléfono	Domicilio del medico
-------------------	---------------------	----------------------

Firma del medico	Fecha
------------------	-------

Autorización parental para la administración de la medicación de personal de escuela:

Adjunto reconozco que soy sobre todo responsable de administrar la medicación a mi niño. Sin embargo, en caso que no pueda hacerlo o en caso de emergencia médica, autorizo por este medio Lighthouse y sus empleados y agentes, en mi favor y utilidad, a administrar o a intentar administrar a mi niño (o permitir que mi niño uno mismo-administre, mientras que bajo supervisión de los empleados y de los agentes de la escuela), medicación legal prescrita de la manera descrita arriba. Reconozco que puede ser necesario que la administración de medicaciones a mi niño sea realizada por un individuo que no es una enfermera de la escuela, y específicamente consentimiento a tales prácticas. Reconozco y convengo más lejos que, cuando es la medicación legal prescrita así que administrado o intentado ser administrado, renuncio cualquier demanda que puede ser que tenga contra la escuela, sus empleados y agentes que se presentan fuera de la administración de la medicación dicha. Además acuerdo considerarme inofensivo e indemnizar la escuela, sus empleados y los agentes, en común o separadamente, y contra de cualquiera y de todas las demandas, los daños, las causas de la acción o lesiones contraídas o que resultan de la administración o de las tentativas en la administración de la medicación dicha.

Firma de Padre/Guardián	número de teléfono de casa	número de teléfono celular
-------------------------	----------------------------	----------------------------

Fecha	Información Adicional, si hay
-------	-------------------------------

SOUTHWEST DETROIT COMMUNITY SCHOOL

**RELEASE OF STUDENT RECORDS / AUTORISACION PARA OBTNER
RECORDS ESCOLARES**

Student Name / Nombre de Estudiante: _____

Date of Birth / Fecha de Nacimiento: _____

Former School / Escuela Anterior: _____

Address / Direccion: _____

City/Ciudad

Stare/Estado

Zip/Codigo

Former School Phone Number/Telefono de Escuela anterior: _____

Former School Fax number/Numero de Fax de la Escuela anterior: _____

I, hereby authorize the release of all school records regarding the student including, but not limited to the following: / Yo, por la presente autorizo la liberación de todos los registros de la escuela sobre el estudiante, incluyendo, pero no limitado a lo siguiente:

- Letter of good Standing on school letterhead/Carta oficial de Buena conducta
- Academic Report Card/ Calificacion
- I.E.P / Plan Educativo Educacional or/o Plan 504
- Discipline/Attendance Report / Reporte de diciplina y asistencia

Parent Signature/Firma de Padre

Date/Fecha

Please send the above information to:

S.W. Detroit Community School

4001 29th St. – Detroit, MI 48210

Phone:313-782-4422

FAX: 313-782-4469

SUPPLEMENTAL STUDENT SERVICES SURVEY

SCHOOL USE ONLY

Approved for:

1 2

If any member of your household receives Food Assistance Program (FAP), Family Independence Program (FIP), or FDPIR, provide the name and case number for the person who receives benefits. Bridge Card Numbers and Medicaid Numbers are NOT ACCEPTABLE case numbers.

Name: _____

Case Number: _____

INSTRUCTIONS: Complete survey and return to your child's school, mail to the address listed above or fax to (313) 456-6459.

These sections must be completed by the head of household or designee.

1. **SIZE OF FAMILY** - Indicate the total number of individuals living in your household, including all adults and children _____
2. **STUDENT INFORMATION** - Complete for each student Pre-K through 12th Grade _____

Last Name	First Name	Birth Date XX-XX-XXXX	School	Identify H if Homeless M if Migrant R if Runaway F if Foster
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				

If you need additional lines, attach a second sheet to this survey or attach a copy of this survey clearly marked as a Page 2.

3. **TOTAL MONTHLY HOUSEHOLD INCOME** - Report income for all members of household excluding Foster Children

Type of Income	Income	Circle if No Income
1. Gross Monthly Earnings: Wages, Salary, Commissions	\$	None
2. Monthly Welfare Payments, Child Support, Alimony	\$	None
3. Monthly Payments from Pensions, Retirement, Social Security	\$	None
4. Monthly Dividends or Interest on Savings	\$	None
5. Monthly Worker's Compensation, Unemployment, Strike Benefits	\$	None
6. Other Monthly Income (SSI, VA, Disability, Farm, other)	\$	None
Total Monthly Household Income (Add lines 1-6)		
\$ 0.00		

4. **SIGNATURE** - If Income Section is completed, the adult signing the form must also list the last four (4) digits of his or her Social Security Number or check the "I do not have a Social Security Number" box below.

I certify (promise) that all information on this application is true and that all income is reported. I understand that the sponsor will get federal funds based on the information I give. I understand that sponsor officials may verify (check) the information. I understand that if I purposely give false information, my child may lose benefits and I may be prosecuted.

Sign Here: X _____ Print Name: _____ Date: _____

Last Four (4) Digits of Adult Social Security Number: XXX-XX-_____
 I do not have a Social Security Number

Address _____ City _____ Zip Code _____

Home Phone _____ Work Phone _____ Email Address _____

By providing your email address you may be contacted via email by the district

ENCUESTA SERVICIOS SUPLEMENTARIOS

SÓLO PARA USO ESCOLAR

Aprobado por:

1 2

Si cualquier miembro de su hogar recibe el programa de asistencia alimentaria (FAP), familia independencia Program (FIP) o FDIPIR, proporcione el nombre y número del caso para la persona que recibe beneficios. Números de tarjeta de puente y Medicaid no son números de caso aceptables.

Nombre: _____

Número de caso: _____

INSTRUCCIONES: Complete la encuesta y regresar a la escuela de su hijo, correo a la dirección indicada anteriormente o por fax al (313) 456-6459.

Estas secciones deben ser completadas por el jefe del hogar o la persona designada.

1. Tamaño de la familia - indica el número total de individuos que viven en su hogar, incluyendo ___ todos adultos y niños

2. El estudiante información - completa para cada estudiante de Pre-Kinder hasta el 12o grado

Duran Nombre	Primero Nombre	Fecha de nacimiento XX-XX-XXXX	Escuela	Identificar H Si sin hogar M si migrantes R si Vete F si Foster
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				

Si usted necesita líneas adicionales, coloque una segunda hoja en esta encuesta o adjunte una copia de este estudio claramente marcado como una página 2.

3. TOTAL ingreso mensual - ingresos informe para todos los miembros del hogar excluyendo a los niños Foster

Tipo de ingreso	Ingresos	Círculo si No ingreso
1. Bruta mensual de los ingresos: Salarios, sueldos, comisiones	\$	Nada
2. Mensual bienestar pagos, manutención de los hijos, pensión alimenticia	\$	Nada
3. Pagos de pensiones, jubilación, la Seguridad Social	\$	Nada
4. Mensuales dividendos o interés sobre ahorros	\$	Nada
5. Indemnización, desempleo, beneficios de la huelga mensual del trabajador	\$	Nada
6. Otros ingresos mensuales (SSI, VA, discapacidad, granja, otros)	\$	Nada
Ingreso total mensual (agregar líneas 1-6)	\$	

4. Firma - si ha finalizado la sección de ingresos, el adulto firmar el formulario debe también digito lista los últimos cuatro 4 de su número de Seguro Social o marque la casilla "No tengo un número de Seguridad Social" más abajo.

Yo certifico que toda la información en esta solicitud es verdadera y que todos los ingresos se divulgan (promesa). Entiendo que el patrocinador recibirá fondos federales basados en la información que doy. Entiendo que funcionarios del patrocinador pueden verificar (check) la información. Yo entiendo que si doy deliberadamente información falsa, mi hijo puede perder beneficios y puede ser procesado.

Firme aquí: X _____ Nombre en imprenta: _____ Fecha: _____

Últimos 4 dígitos del número de Seguro Social para adultos: XXX-XX-_____ No tengo un número de Seguro Social

Dirección _____ Ciudad _____ Código postal _____

Teléfono de casa _____ Teléfono de trabajo _____ Dirección de correo electrónico _____

Al proporcionar su dirección de correo electrónico usted podrá ser contactado por correo electrónico por el distrito

SOUTHWEST DETROIT COMMUNITY SCHOOL

1. How did you hear about us? Como escucho sobre nuestra escuela?

Radio

Newspaper, if so NAME/Periodico, NOMBRE _____

TV

Flyer, if so WHERE/Volantes, en que lugar?

Frinds/Amigos

Church/Iglesia

Community Center/Centro Comunitario

Day Care Center/Guarderia

After School Program/Program despues de Escuela

Parent of Lighthouse Student/Padre de un estudiante de Lighthouse Lighthouse

Other – Please Explain/Otro – Explique _____

2. Why did you choose our school for your Child? / Porque eligio a nuestra escuela para suhijo/a?
