



## **Enrollment Documents/ Documentos de Inscripción**

The following documents must be submitted with the enrollment packet:  
Los siguientes documentos deben ser entregados junto al paquete de inscripción:

### **KINDER:**

- ❖ Birth Certificate / Acta de Nacimiento
- ❖ Updated Immunization record / Vacunas al dia
- ❖ Must be 5 years of age by September 1st / Deben tener 5 años cumplidos para el 1ro de Septiembre
- ❖ Parent/Guardian I.D. / Identificación de Padre/Tutor

### **1st - 8th:**

- ❖ Birth Certificate / Acta de Nacimiento
- ❖ Updated Immunization record / Vacunas al dia
- ❖ Most recent Report Card / Calificación reciente
- ❖ I.E.P., MET and Psychological Report / Plan Educativo Individual, MET y Reporte psicológico
- ❖ Parent/Guardian I.D. / Identificación de Padre/Tutor

**APPLICATIONS MUST BE TURNED IN FULLY COMPLETED. ANY APPLICATIONS NOT COMPLETED  
IN FULL WILL NOT BE ACCEPTED / APLICACIONES DEBES SER COMPLETAMENTE LLENAS.  
APLICACIONES INCOMPLETAS NO SERÁN ACEPTADAS**

## Student Information

(All information must be completed fully)

**\*\* An original Birth Certificate must be provided with this form\*\***

First Name: \_\_\_\_\_ Middle Name: \_\_\_\_\_ Last Name: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_ Apt#: \_\_\_\_\_

City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_ County: \_\_\_\_\_

Phone: \_\_\_\_\_ Parent/Guardian Email Address: \_\_\_\_\_

Student's Date of Birth (mm/dd/yyyy): \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_ Country Student was born in: \_\_\_\_\_

Student Gender: F= Female M= Male

Student Primary Race/Ethnicity: (Select only one)

0998 = Alaskan Native or American Indian

0999 = Asian

1000 = Black or African American

1001 = Hawaiian or other Pacific Islander

2304 = Hispanic or Latino

1002 = White

Student is Applying for grade (Select only one)

Pre-Kinder

Kindergarten

1st Grade

2nd Grade

3rd Grade

4th Grade

5th Grade

6th Grade

7th Grade

8th Grade

English proficiency of the Student (Check only one)

1633 = Native English Speaker

1634= Fluent English Speaker

1635= Non-English Speaker

1636= Re-designated as fluent English proficient

1637= Status Unknown

2349= Limited English proficiency/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: \_\_\_\_\_

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 4 questions)

- 2121 = Autistic/Autism                      2122 = Deaf-Blindness                      2123 = Hearing Impairment
- 2124 = Mental Retardation                      2125 = Multiple Disabilities                      2126 = Orthopedic Impairment
- 2127 = Emotional Disturbance                      2128 = Specific Learning Disability                      2129 = Speech or Language Impairment
- 2130 = Traumatic Brain Injury                      2131 = Visual Impairment  
(e.g. Blindness, etc)                      2132 = Other Health Impairment
- 2133 = Deafness                      2134 = Developmental Delay                      2135 = Infants and toddlers  
with disabilities
- 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-kinder? \_\_\_\_\_

Among all parent/guardians residing with the student, what is the highest level of education? (check one)

Elementary/Middle/High School	College and Beyond	Other
0789 = Pre-Kinder	1049 = Some college but no degree	0819 = Vocational Certificate
0805 =Kindergarten	1050 = Associate’s degree/two years or more	1046 = Adult Basic Education Diploma
0790 = 1 <sup>st</sup> Grade	1051 = Bachelor/Baccalaureate degree (e.g., BA, AB, BS, etc.)	1047 = Formal certificate or diploma (less than one year)
0791 = 2 <sup>nd</sup> Grade	1052 = Graduate Certificate	1048 = Formal certificate or Diploma (more than or equal to one year)
0792 = 3 <sup>rd</sup> Grade	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.)	2408 = H.S. completers (e.g., certificate of attendance)
0793 = 4 <sup>th</sup> Grade	1054 = Master’s degree (e.g., MA, MS, Meng, M.Ed, MSW, MBA, MLS, etc.)	2409 = H.S. equivalency (e.g., GED)
0794 = 5 <sup>th</sup> Grade	1055 = Specialist’s degree (e.g., Ed.S)	1043 = No school completed
0795 = 6 <sup>th</sup> Grade	1056 = Post-Professional degree	9999 = Other
0796 = 7 <sup>th</sup> Grade	1057 = Doctoral degree ( e.g., Ph.D, Ed.D)	
0798= 8 <sup>th</sup> Grade		
0799 = 9 <sup>th</sup> Grade		
0800 = 10 <sup>th</sup> Grade		
0801 = 11 <sup>th</sup> Grade		
1044 = H.S. Diploma		
1809 = 12th Grade, no diploma		

## 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.

At Southwest Detroit Community School we admit 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.

## Emergency Contact and Authorization to Pick-Up Student

Student: \_\_\_\_\_ Teacher: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_ Apt# \_\_\_\_\_

City: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_ Home Phone: \_\_\_\_\_

Mother/Guardian's Full Name: \_\_\_\_\_ Cell #: \_\_\_\_\_

Mother's Daytime Address: \_\_\_\_\_ Work Phone: \_\_\_\_\_

Father's/Guardian Full Name: \_\_\_\_\_ Cell #: \_\_\_\_\_

Father's Daytime Address: \_\_\_\_\_ Work Phone: \_\_\_\_\_

Email Address (es): \_\_\_\_\_

Student's cell #: \_\_\_\_\_

### Person to Contact in the event of an Emergency if a Parent/Guardian cannot be reached

Full Name: \_\_\_\_\_ Phone #: \_\_\_\_\_

Full Name: \_\_\_\_\_ Phone #: \_\_\_\_\_

<b>Does your child have permission to walk home unattended? (select one)</b>	<b>YES</b>	<b>NO</b>
--	------------	-----------

**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 to Child: \_\_\_\_\_ Phone#: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Relationship to Child: \_\_\_\_\_ Phone#: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Relationship to Child: \_\_\_\_\_ Phone#: \_\_\_\_\_

**Persons NOT authorized to pick a student up from school or to visit 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 to student: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Relationship to student: \_\_\_\_\_

Is there an order of protection against this person? YES NO  
(School office must have a copy of order of protection on file)

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

Parent/Guardian Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

## Medical History & Permission to Medicate Form

STUDENT'S NAME: \_\_\_\_\_ GRADE: \_\_\_\_\_

**Please select the following conditions affecting your child:**

Asthma	Arthritis	Blood Disease	Ear Problems
Hepatitis	Polio	Rheumatic Fever	Emotional Problems
Skin Disease	Ulcers	Weight Problems	Kidney Disease
Diabetes	Seizures	Vision Problems	High Blood Pressure

**Please explain any of the items selected above:**

**List any allergies that affect your child:**

**Indicate any other health condition your child has which the school should know about. Also, include any health conditions that require special attention from the school:**

**What medication(s) is your child currently taking:**

**What significant medical procedures have been performed on your child:**

**My child has:** Private Insurance \_\_\_\_\_ Medicaid \_\_\_\_\_ Child Health Insurance \_\_\_\_\_ No Health Insurance \_\_\_\_\_

Name and number of Physician/Clinic: \_\_\_\_\_

**It is understood that in the final disposition of an emergency case, the judgment of the school authorities will prevail. The recommendations of the parent as indicated above will be respected as much as possible.**

**The signature below indicates the school has permission to transport the child to a hospital or otherwise authorize medical treatment in the event of an emergency. The school will make every possible effort under the circumstances to first contact the parent/guardian. It is the parent's/guardian's responsibility to notify the school in writing of any changes to any of the above information.**

Parent/Guardian Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_



## **RELEASE OF STUDENT INFORMATION FORM**

Student Name: \_\_\_\_\_

Date of Birth: \_\_\_\_\_

Former School: \_\_\_\_\_

Former School phone number: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Former School Address: \_\_\_\_\_  
City State Zip

I, hereby authorize the release of all school records regarding the student including, but not limited to the following:

- ❖ Letter of Good Standing on School Letterhead
- ❖ Academic Report Card
- ❖ I.E.P. - Psychological Report - MET
- ❖ Discipline Record

**Please send the above information to:**

**S.W. Detroit Community School  
4001 29th Street - Detroit, MI 48210  
Phone: 313-782-4422 Fax: 313-782-4469**

\_\_\_\_\_  
**Parent Signature**

\_\_\_\_\_  
**Date**



## Información de Estudiante

(Toda la información debe estar completa)

**\*\* Debe presentar el Acta de Nacimiento Original junto a esta forma\*\***

Nombre: \_\_\_\_\_ Segundo Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Apt#: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Dirección de Padre/Tutor: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento de Estudiante (mm/dd/aaaa): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Estado de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Sexo: F = Femenino            M = Masculino

Raza primaria de Estudiante: (Elija solo una)

0998=Nativo de Alaska o Indio Americano

0999=Asiatico

1000=Negro o Afroamericano

1001=Hawaiano u otra isla Pacifica

2304=Hispano o Latino

1002=Blanco

Grado para el cual el estudiante está aplicando (Elija solo uno)

Pre-Kinder	Kinder	1er Grado	2do Grado	3er Grado
4to Grado	5to Grado	6to Grado	7mo Grado	8vo Grado

Dominio del Inglés del Estudiante (Elija solo uno)

1633 = Hablante nativo de inglés            1634= Hablante inglés fluido            1635= No habla Inglés

1636= Re-designado con un Inglés fluido            1637= Status Desconocido

2349=Dominio Limitado del Inglés / Inglés como segunda lengua

Idioma que se habla en casa (Especifique)

Solo Ingles      Arabe      Chino      Frances      Frances Criollo      Aleman      Griego      Italiano  
Japonés      Korean      Polaco      Portugués      Ruso      Espanol      Vietnamita      Otro: \_\_\_\_\_

Otros lenguajes que se hablen en casa: \_\_\_\_\_

Su hijo/a ha sido expulsado de la escuela en cualquier otro distrito escolar o a tenido parte en un procedimiento de expulsión?

SI      NO

Actualmente está inscrito en un programa de Antes / después de la escuela?      SI      NO

Si la respuesta es si, en donde? \_\_\_\_\_

Si la respuesta es no, su hijo/ necesita el servicio?      SI      NO

¿Su hijo/a ha sido clasificado por Servicios de Educación Especial con alguna de las siguientes discapacidades?  
(Marque todas las respuestas y conteste las siguientes 4 preguntas. Si no, pase las próximas 4 preguntas)

2121 = Autismo	2122 = Sordera-Ceguera	2123 = La discapacidad auditiva
2124 = Retraso Mental	2125 = Multiples Discapacidades	2126 = Deterioro Ortopédico
2127 = Disturbio Emocional	2128 = Discapacidad Específica de Aprendizaje	2129 = Discapacidad del habla o del lenguaje
2130 = Lesión Cerebral Traumática 2etc)	2131 = Discapacidad Visual (eje,Ceguera, etc)	2132 = Otros problemas de salud
2133 = Sordera	2134 = Retraso en el desarrollo	2135 = Bebés y niños pequeños con discapacidades
9998 = Nada/Ninguno		

Evaluación realizada para determinar necesidades especiales: \_\_\_\_\_

¿Tiene el estudiante actualmente un Plan Individual de Educación Especial (IEP)?      SI      NO

¿Tiene el estudiante actualmente un Plan 504?      SI      NO

Horas dedicadas por semana a la Educación Social: \_\_\_\_\_

¿Cuánto tiempo lleva este estudiante matriculado en escuelas estadounidenses excluyendo el tiempo en pre kinder?

Entre los padres /tutores que residen con el estudiante, ¿cuál es el nivel más alto de educación? (marque uno)

Primaria/Secundaria/Preparatoria	Universidad y mas	Otro
0789 = Pre-Kinder 0805 = Kinder 0790 = 1er Grado 0791 = 2do Grado 0792 = 3er Grado 0793 = 4to Grado 0794 = 5to Grado 0795 = 6to Grado 0796 = 7to Grado 0798 = 8vo Grado	1049 = Algo de Universidad sin Tít u l o 1050 = Grado de asociado dos años más 1051 = Licenciatura / Bachillerato (por ejemplo, BA, AB, BS, etc.) 1052 = Certificado de graduación 1053 = Primer grado professional (por ejemplo, DC, DCM, DDS, DMD, MD, OD.Pharm, Pod. D, DPM, DVM, LLB, JD, M.Div, MHL, etc.)	0819 = Certificado Vocacional 1046 = Diploma de Educación Básica para Adultos 1047 = Certificado formal o diploma (menos de un año) 1048 = Certificado formal o Diploma (más o igual a un año) 2408 = Preparatoria (por ejemplo, Certificado de asistencia) 2409 = La equivalencia de Preparatoria (por ejemplo, GED)
0799 = 9no Grado 0800 = 10mo Grado 0801 = 11 Grado 1044 = Diploma de Preparatoria 1809 = Preparatoria sin Diploma	1054 = Maestría (por ejemplo, MA, MS, Meng, M.Ed, MSW, MBA, MLS, etc.) 1055 = Grado de especialista (por ejemplo, ED.S) 1056 = Post-Professional 1057 = Doctorado (por ejemplo, Ph.D, Ed.D)	1043 = Ningun Estudio Completado 9999 = Otro

## Informacio de Padres/Tutores

### Padre/Tutor 1

Nombre: \_\_\_\_\_ Segundo Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_ Apt#: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Teléfono Adicional: \_\_\_\_\_

Relacion con Estudiante: \_\_\_\_\_

### Padre/Tutor 2

Nombre: \_\_\_\_\_ Segundo Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_ Apt#: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Teléfono Adicional: \_\_\_\_\_

Relacion con Estudiante: \_\_\_\_\_

Tutela del Estudiante:

Ambos Padres \_\_\_\_\_ Madre \_\_\_\_\_ Padre \_\_\_\_\_

Otro (Especifique) \_\_\_\_\_

Si es otro, presente la documentación oficial del tribunal como verificación.

Firma de Padre/Tutor: \_\_\_\_\_

Al firmar aquí, usted certifica que las respuestas a las preguntas anteriores son específicas para su estudiante. Usted entiende que si se ha identificado un idioma distinto del inglés, su estudiante será evaluado para determinar si califica para los servicios de Desarrollo del Idioma Inglés, para ayudarles a dominar el inglés. Si ingresa al programa de desarrollo del idioma inglés, su estudiante tendrá derecho a servicios como estudiante de inglés y será evaluado anualmente para determinar su dominio del inglés.

En Southwest Detroit Community School admitimos estudiantes de cualquier raza, color, origen nacional y origen étnico a todos los derechos, privilegios, programas y actividades generalmente otorgados o puestos a disposición de los estudiantes en la escuela. No se discrimina en base a raza, color, origen nacional y / o origen étnico en la administración de sus políticas educativas, políticas de admisión, programas de becas y préstamos y programas atléticos y otros programas administrados por la escuela.

# **Contactos de Emergencia y Personas Autorizadas para recoger al Estudiante**

ESTUDIANTE: \_\_\_\_\_ Maestro: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Apt# \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre Completo de Madre/Tutora: \_\_\_\_\_ Celular #: \_\_\_\_\_

Dirección de la Madre: \_\_\_\_\_ Teléfono de Trabajo: \_\_\_\_\_

Nombre Completo del Padre/Tutor: \_\_\_\_\_ Celular #: \_\_\_\_\_

Dirección del Padre: \_\_\_\_\_ Teléfono de Trabajo: \_\_\_\_\_

Correo Electronico: \_\_\_\_\_

Celular del Estudiante: \_\_\_\_\_

## **Persona a quien contactar en caso de una emergencia si un padre / tutor no puede ser contactado**

Nombre Completo: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre Completo: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

<b>Su hijo/a tiene autorización de caminar a casa sin supervisión? (seleccione uno)</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
---	-----------	-----------

**Personas autorizadas para recoger al estudiante de la escuela. En caso de que el padre / tutor o el proveedor de cuidado de niños no recoja al estudiante se contactará a estas personas en el orden indicado.**

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación al Estudiante: \_\_\_\_\_ Teléfono#: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación al Estudiante: \_\_\_\_\_ Teléfono#: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación al Estudiante: \_\_\_\_\_ Teléfono#: \_\_\_\_\_

## **Personas NO autorizadas para recoger al estudiante de la escuela o visitar al estudiante.**

*Debe haber documentos legales apropiados archivados en la oficina de la escuela indicando una pérdida de derechos al estudiante para cualquiera de los que se nombren a continuación que sea un padre o tutor legal.*

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación al Estudiante: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación al Estudiante: \_\_\_\_\_

¿Hay una orden de protección contra esta persona? **SI NO**

(La oficina de la escuela debe tener una copia de la orden de protección en el expediente)

**Es responsabilidad de los padres/tutores notificar a la escuela por escrito de cualquier cambio a lo anterior**

Firma de Padre/Tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## Historial Médico y Permiso para Mediar

NOMBRE DE ESTUDIANTE: \_\_\_\_\_ GRADO: \_\_\_\_\_

Por favor, seleccione las siguientes condiciones que afectan a su hijo/a:

Asthma	Arthritis	Enfermedad de la Sangre	Problemas del Oído
Hepatitis	Polio	Fiebre Reumática	Problemas Emocionales
Enfermedad de la Piel	Úlceras	Problemas de Peso	Enfermedad del riñón
Diabetes	Convulsiones	Problemas de la Vista	Alta presión

Por favor, explique cualquiera de los elementos seleccionados anteriormente:

Enumere cualquier alergia que afecte a su hijo/a:

Indique cualquier otro problema de salud que su hijo/a tenga que la escuela debe conocer. Además, incluya cualquier condición de salud que requiera atención especial de la escuela:

¿Qué medicamento (s) está tomando su hijo/a actualmente?

Qué procedimientos médicos significativos se han realizado en su hijo/a:

Mi hijo/a tiene: Seguro Privado \_\_\_\_\_ Medicaid \_\_\_\_\_ Seguro de Salud para menores \_\_\_\_\_ No tiene seguro \_\_\_\_\_

Nombre y Numero de Doctor/Clinica:

Se entiende que la disposición final sera a juicio de las autoridades escolares un caso de emergencia. Las recomendaciones del padre como se indicó arriba serán respetadas tanto como sea posible.

La firma abajo indica que la escuela tiene permiso para transportar al niño a un hospital o de otra manera y autorizar tratamiento médico en caso de una emergencia. La escuela hará todos los esfuerzos posibles bajo las circunstancias para contactar primero al padre / guardián.

Es la responsabilidad del padre / guardián notificar a la escuela por escrito de cualquier cambio a cualquiera de la información anterior.

Firma de Padre/Tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



## **AUTORIZACION PARA OBTENER RECORDS ESCOLARES**

Nombre de Estudiante: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Escuela Anterior: \_\_\_\_\_

Teléfono de Escuela Anterior: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Dirección de Escuela Anterior: \_\_\_\_\_  
Ciudad Estado Código Postal

Yo, por la presente autorizo la liberación de todos los expedientes escolares con respecto al estudiante incluyendo, pero no limitado a los siguientes :

- ❖ Carta oficial de buena conducta
- ❖ Calificación Académica
- ❖ I.E.P. - Reporte Psicológico - MET
- ❖ Record Disciplinario

**Por favor envíe la información a:**

**S.W. Detroit Community School  
4001 29th Street - Detroit, MI 48210  
Telefono: 313-782-4422 Fax: 313-782-4469**

\_\_\_\_\_  
**Firma de Padre/Tutor**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**