



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 Educacional 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:

Alaskan Native or American Indian _____ Asian _____ Black or African American _____

Hawaiian or other Pacific Islander _____ Hispanic or Latino _____ White _____

Student is Applying for grade (Select only one):

Kindergarten _____ 1st Grade _____ 2nd Grade _____ 3rd Grade _____ 4th Grade _____

5th Grade _____ 6th Grade _____ 7th Grade _____ 8th Grade _____

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? _____

How did you hear about Southwest Detroit Community School?

Billboard _____ Direct Mail _____ Facebook _____ Friend/Family _____ Radio/TV Ad _____

Website _____ Other: _____

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)

- Autistic/Autism _____ Deaf-Blindness _____ Hearing Impairment _____
Mental Retardation _____ Multiple Disabilities _____ Orthopedic Impairment _____
Emotional Disturbance _____ Specific Learning Disability _____ Speech or Language Impairment _____
Traumatic Brain Injury _____ Visual Impairment (e.g. Blindness, etc) _____ Other Health Impairment _____
Deafness _____ Developmental Delay _____ Infants and toddlers with disabilities _____
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: _____

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 #: _____

Does your child have permission to walk home unattended? (select one)	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 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

Home Language Survey / Encuesta de Lenguaje en Casa

Complete this home language survey at student's initial enrollment in school. This must be signed and dated by parent or guardian. It must be kept in the student's file. This form will be used for determining whether the student needs English Learner services and will not be used for immigration matters or reported to immigration authorities.

Complete esta encuesta sobre el idioma del hogar. Esto debe tener fecha y firma del padre o guardián. Debe ser guardado en el archivo del estudiante. Este formulario será usado para determinar si el estudiante necesita servicios de Aprendiz de Inglés y no será usado para asuntos de inmigración o reportado a las autoridades de inmigración.

School: Southwest Detroit Community School	Student ID#: To be assigned
Student's Last Name:	
Student's First Name:	

English

1. Is a language other than English spoken in your home? No Yes _____ (Specify language)
2. Does your child communicate in a language other than English? No Yes _____ (Specify language)
3. Which language did your child learn first? _____ (Specify language)
4. In which language do you prefer to receive information from the school? _____ (Specify language)
5. What is your relationship to the child? Father Mother Other (Specify) _____

Espanol (Spanish)

1. ¿Se habla otro idioma que no sea el inglés en su casa? No Si _____ (Especifique idioma)
2. ¿Habla el estudiante un idioma que no sea el inglés? No Si _____ (Especifique idioma)
3. ¿Cual fue el primer idioma que aprendio su hijo/a? _____ (Especifique idioma)
4. ¿En que idioma prefiere recibir comunicaciones de la escuela? _____ (Especifique idioma)
5. ¿Cual es su relacion con el estudiante? Padre Madre Guardian Otro (especifique) _____

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:

Nativo de Alaska o Indio Americano _____ Asiático _____ Negro o Afroamericano _____

Hawaiano u otra Isla Pacífica _____ Hispano o Latino _____ Blanco _____

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

Kinder _____ 1er Grado _____ 2do Grado _____ 3er Grado _____ 4to Grado _____

5to Grado _____ 6to Grado _____ 7mo Grado _____ 8vo Grado _____

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? _____

Como se entero de Southwest Detroit Community School?

Anuncio de Cartelera _____ Correo _____ Facebook _____ Amigo/Familiar _____

Anuncio de TV/Radio _____ Pagina de Internet _____ Otro: _____

¿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)

- | | | |
|----------------------------------|--|--|
| Autismo _____ | Sordera-Ceguera _____ | La discapacidad auditive _____ |
| Retraso Mental _____ | Multiples Discapacidades _____ | Deterioro Ortopédico _____ |
| Disturbio Emocional _____ | Discapacidad Específica de Aprendizaje _____ | Discapacidad del habla o del lenguaje _____ |
| Lesión Cerebral Traumática _____ | Discapacidad Visual (eje,Ceguera, etc) _____ | Otros problemas de salud _____ |
| Sordera _____ | Retraso en el desarrollo _____ | Bebés y niños pequeños con _____
discapacidades |
| 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: _____

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: _____ Telefono de Trabajo: _____

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

Dirección del Padre: _____ Telefono 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: _____ Telefono: _____

Nombre Completo: _____ Telefono: _____

Su hijo/a tiene autorización de caminar a casa sin supervision? (seleccione uno)	SI	NO
---	-----------	-----------

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: _____ Relacion al Estudiantet: _____

Nombre: _____ Relacion al Estudiantet: _____

¿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 Medicar

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