



Greenfield Public Schools

Formularios de inscripción

Received Date:
School Attending:
Grade:
LASID:

Información del tutor legal

Por favor, indique uno: ☐ Licencia de conducir ☐ Identificación estatal o gubernamental ☐ Pasaporte

Proof of Residency

Indique uno de los siguientes elementos de la Lista A o dos de la Lista B:

Lista A: ☐ Arrendamiento ☐ Factura de servicios ☐ Declaración hipotecaria ☐ Recibo de alquiler
☐ Factura telefónica

Lista B: ☐ Licencia de conducir ☐ Identificación estatal o gubernamental ☐ Hoja de salario
☐ Formulario fiscal ☐ Registro de votantes ☐ Seguro de coche/hogar/alquiler ☐ Extracto bancario

Usted puede presentar información alternativa consistente con las categorías A y B anteriores como prueba de residencia para la consideración del Distrito. Si la situación de vida del estudiante cumple con la definición de personas sin hogar bajo la Ley McKinney Vento, el estudiante será considerado elegible para la inscripción, independientemente de la documentación de residencia.

Por favor informe al Registrador si el estudiante se encuentra en una situación de vivienda temporal.

Justificante de la edad del estudiante

Por favor, indique uno:

- ☐ Partida de nacimiento
- ☐ Pasaporte
- ☐ Identificación estatal o gubernamental
- ☐ Licencia de conducir
- ☐ Documentos de las tribus indígenas americanas
- ☐ Registro de adopción
- ☐ Tarjeta de identidad de militar dependiente

Historial médico del estudiante

Sírvase indicar ambos:

- ☐ Examen físico más reciente
- ☐ Registros de vacunación

Formularios

Por favor, rellene todos los formularios:

- ☐ Legal Guardian Affidavit
- ☐ Declaración jurada del tutor legal
- ☐ Demográficos estudiantiles, historia de registro
- ☐ Contactos
- ☐ Declaración jurada de residencia
- ☐ Formulario de divalgação de registros educativos
- ☐ Formulario del idioma
- ☐ Formulario de Salud

DECLARACION JURADA DEL TUTOR LEGAL

Yo, _____, el tutor legal de _____, estoy completando estos
Nombre *Nombre de estudiante*
formularios de inscripcion lo mejor que puedo.

Estoy proporcionando (marque uno de los siguientes), como prueba de identidad:

- ☐ Licencia de conducir
- ☐ Identificacion emitida por el estado o el gobierno
- ☐ Pasaporte

Por favor ponga sus iniciales a lado de lo que sea cierto de los siguientes:

____ Soy el tutor legal de este estudiante demostrado por mi nombre en su certificado de nacimiento.

____ Soy el tutor legal de este estudiante demostrado por documentos judiciales que me otorgan la tutela que he incluido en el papeleo de inscripcion.

____ Soy el tutor legal de este estudiante demostrado por una declaracion jurada de cuidador de Massachusetts (Massachusetts Caregiver Affidavit) que he incluido en el papeleo de inscripcion firmada y notariada.

firma

fecha

DEMOGRÁFICOS DEL ESTUDIANTE

Información del estudiante

Apellido:		Nombre:		Segundo nombre:	
Fecha de nacimiento:	Ciudad de nacimiento:	Estado o país de nacimiento:		Género: ☐ hembra ☐ masculino ☐ género no binario	
Dirección residencial:		Apt:	Ciudad:	Estado:	Zip:

Grado en el año 2026-2027: _____

Raza/Etnicidad (marque todas las que apliquen)

Tenga en cuenta que las Escuelas Públicas de Greenfield están comprometidas a asegurar que la escuela no tenga discriminación en educación y empleo. Estas preguntas se toman de las categorías de informes estatales. Apreciamos tu cooperación.

Hispano or latino? ☐ Sí ☐ No		
☐ Blanco	☐ Negro o afroamericano	☐ Asiático
☐ Indio americano o nativo de Alaska	☐ Nativo de Hawai/Otras islas del Pacífico	

Información del hermanos - por favor liste todos los hermanos en el hogar

First and Last:	Date of Birth:	Current Grade:
First and Last:	Date of Birth:	Current Grade:
First and Last:	Date of Birth:	Current Grade:
First and Last:	Date of Birth:	Current Grade:

Estudiantes nacidos en otros países

País de nacimiento:	Fecha en la que entró por primera vez a una escuela de los EEUU:
Primer idioma nativo:	Lenguaje principal que se habla en casa:

Date first enrolled in U.S. school:

HISTORIA DE SERVICIOS Y INSCRIPCIÓN DEL ESTUDIANTE

Historia de las escuelas – Escuelas asistidas (las ultimas 3)

Grado(s)	Nombre de la escuela	Ciudad	Estado	Años

Si su estudiante está registrando para Kindergarten y asistió a pre-escolar, por favor indique dia complete o medio dia:

☐ dia completo (20 horas por semana o más)

☐ medio dia (menos de 20 horas por semana)

Student Services

¿Tiene su estudiante un plan individual de educación (IEP)?	☐ Sí	☐ No	☐ No lo sé
¿Tiene su estudiante un Plan 504?	☐ Sí	☐ No	☐ No lo sé
Does your student receive English Learner (EL) services?	☐ Sí	☐ No	☐ No lo sé

	<u>Please check all that apply:</u>
	No formal early childhood program experience
	Family Support: Coordinated Family and Community Engagement (CFCE)
	Family Support: Parent Child Home Program (PCHP)
	Family Support: Both CFCE & PCHP
	Formal: Licensed Family Child Care Provider < 20 hours per week
	Formal: Licensed Family Child Care Provider => 20 hours per week
	Formal: Center Based Program < 20 hours per week
	Formal: Center Based Program => 20 hours per week
	Formal: Both Family Child Care Provider and Center Based Program < 20 hours per week
	Formal: Both Family Child Care Provider and Center Based Program => 20 hours per week
	Not Applicable

Notas sobre historia de inscripción o servicios:

CONTACTOS

Información del tutor legal

Padre/tutor #1

Nombre:		Relación al estudiante:	
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Zip:
Email:	Teléfono móvil:		Teléfono de casa:
Empleador:			Teléfono de trabajo:
Si la dirección de envío es diferente de la residencia:			
Dirección: _____			
Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____			

Padre/Guardián #2

Nombre:		Relación al estudiante:	
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Zip:
Email:	Teléfono móvil:		Teléfono de casa:
Empleador:			Teléfono de trabajo:
Si la dirección de envío es diferente de la residencia:			
Dirección: _____			
Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____			

Situación militar de los padres/tutores

¿Tiene su estudiante un padre/tutor en el ejército? _____ Sí _____ No	
En caso afirmativo, ¿quién? Nombre: _____ Relación con el estudiante: _____	
En caso afirmativo, indique cuál de los siguientes es el padre/tutor militar:	
☐ miembro en servicio activo	
☐ veterano, retirado o dado de baja médica en el último año	
☐ militar fallecido en servicio activo en el último año	

Información del contactos de emergencia

Contacto de emergencia #1 (en caso de que el tutor no es disponible)

Nombre:		Relación al estudiante:	
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Zip:
Empleador:	Teléfono de trabajo:	Teléfono de casa:	Teléfono móvil:
Este contacto de emergencia: ☐ Vive con el estudiante ☐ Está autorizada de llevar el estudiante de la escuela ☐ Está autorizada de recibir información sobre las razones del despido de escuela			

Contacto de emergencia #2 (en caso de que el tutor no es disponible)

Nombre:		Relación al estudiante:	
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Zip:
Empleador:	Teléfono de trabajo:	Teléfono de casa:	Teléfono móvil:
Este contacto de emergencia: ☐ Vive con el estudiante ☐ Está autorizada de llevar el estudiante de la escuela ☐ Está autorizada de recibir información sobre las razones del despido de escuela			

Información sobre alojamiento y declaración jurada de residencia

Información sobre vivienda

Las siguientes preguntas se utilizan para determinar la elegibilidad de los estudiantes para los servicios prestados por la Ley McKinney-Vento 42 U.S.C. 11435.

¿La dirección en la que reside es una vivienda temporal?

☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, ¿se debe este alojamiento temporal a la pérdida de la vivienda, a dificultades económicas o a condiciones de vida inseguras?

☐ Sí ☐ No

Si ha respondido SÍ a ambas preguntas, indique cuál de las siguientes describe su situación de vivienda temporal.

☐ Compartir alojamiento con otra familia (amigos o familiares)

☐ Hotel/motel

☐ Albergue

☐ Tráiler, coche o camping

Residency Affidavit

Certifico que yo, _____ vivo en _____
en _____, como lo demuestra

UNO (1) de los siguientes de la Lista A o DOS (2) de la Lista B:

Lista A: ☐ Arrendamiento ☐ Factura de servicios públicos ☐ Factura de la hipoteca ☐ Recibo oficial del alquiler
☐ Factura del teléfono fijo

Lista B: ☐ Licencia de conducir ☐ Identificación estatal o gubernamental ☐ Talón de pago ☐ Formulario del impuesto sobre la renta

☐ Registro de votante ☐ Seguro de coche/casa/alquiler ☐ Declaración bancaria

Mi estudiante, _____, vive con:

☐ yo

☐ otro tutor, _____ en _____

Estoy de acuerdo en que, inmediatamente después de cualquier cambio en mi residencia o la residencia de mi estudiante, informaré al Distrito de la nueva dirección.

Los hechos expuestos en esta declaración jurada de residencia son verdaderos y completos. Entiendo que proporcionar información engañosa o falsa sobre la residencia es un delito penal.

Nombre impreso

Firma

Fecha

Los estudiantes que califican como Sin Hogar, en Cuidado de Crianza, o en Familias Militares están exentos de la documentación de residencia en el proceso de inscripción.



ESCUELAS PÚBLICAS DE GREENFIELD

195 Calle Federal – Suite 100, Greenfield, MA 01301

“El éxito de cada niño es nuestra misión” *Karin Patenaude, superintendente de escuelas*

Teléfono/Fax: : 413-772-1300 / Fax: 413-774-7940

LIBERACIÓN DE REGISTROS

Yo, _____ (Nombre) autorizo la divulgación de los registros que se especifican a continuación y que pertenecen:

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Expediente académico acumulativo

Registros médicos (vacunas, examen físico)

Registros de educación especial (IEP actual, próximo IEP y todas las evaluaciones/documentación de respaldo) Plan 504 (504 actual, próximo 504 y todas las evaluaciones/documentación de respaldo)

Registros de estudiantes de inglés

Acta de nacimiento u otro registro de la edad del estudiante

_____ Fecha de firma

Enviar a: Escuelas Públicas Greenfield

A la atención de: Registrador

Calle Federal 195, Suite 100

Greenfield, MA 01301

Fax: 413-774-7940

Información de la escuela anterior

Nombre de la escuela anterior:			
Dirección de Escuela:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Teléfono:		Fax:	

Encuesta del idioma hablado en el hogar

Los reglamentos del Departamento de Educación Primaria y Secundaria de Massachusetts exigen que *todas* las escuelas determinen los idiomas que se hablan en los hogares de los estudiantes para así identificar sus necesidades específicas relacionadas con el idioma. Esta información es esencial para que las escuelas puedan proveer instrucción que todos los estudiantes puedan aprovechar. Si en su hogar se habla otro idioma que no sea inglés, se requiere que el Distrito evalúe a su hijo más a fondo. Ayúdenos a cumplir con este importante requisito respondiendo a las siguientes preguntas. Gracias por su ayuda.

Información del estudiante		
Nombre _____	Segundo nombre _____/_____/_____	Apellido _____/_____/_____
País de nacimiento _____	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) ____/____/____	Fecha de matriculación inicial en CUALQUIER escuela de EE.UU. (mm/dd/aaaa) ____/____/____
Información de la escuela		
____/____/20	_____	_____
Fecha de comienzo en la escuela nueva (mm/dd/aaaa)	Nombre de la escuela y ciudad anterior	Grado actual
Preguntas para los padres/encargados		
¿Cuál es el idioma principal que se habla en el hogar, independientemente del idioma que hable el estudiante? 	¿Qué idioma(s) se habla(n) con su hijo? (incluya parientes -abuelos, tíos, tías, etc. - y encargados del cuidado) _____ infrecuentemente / algunas veces / frecuentemente / siempre _____ infrecuentemente / algunas veces / frecuentemente / siempre	
¿Cuál fue el primer idioma que entendió y habló su hijo? 	¿Qué idioma usa usted principalmente con su hijo? 	
¿Cuántos años ha asistido el estudiante a escuelas en los Estados Unidos (sin incluir el pre-kínder)? 	¿Qué idiomas usa su hijo? (encierre uno en un círculo) _____ infrecuentemente / algunas veces / frecuentemente / siempre _____ infrecuentemente / algunas veces / frecuentemente / siempre	
¿Requerirá usted la información impresa de la escuela en su idioma natal? Sí ☐ No ☐	¿Requerirá usted un intérprete/traductor en reuniones de padres y maestros? Sí ☐ No ☐	
Si contesto que sí, ¿qué idioma? _____	Si contesto que sí, ¿qué idioma? _____	
Firma del padre/la madre/encargado: X	____/____/20 _____ Fecha de hoy: (mm/dd/aaaa)	

Spanish



ESCUELAS PÚBLICA DE GREENFIELD

195 Calle Federal, Suite 100, Greenfield, MA 01301

“El éxito de cada niño es nuestra misión”

Teléfono: 413-772-1300 / Fax: 413-772-1379

INFORMACIÓN DE SALUD/MÉDICA y permiso para tratar para los archivos de la enfermera escolar

NOMBRE DE PILA: SEGUNDO NOMBRE APELLIDO: _____
Fecha de nacimiento: _____ GRADO: _____ GÉNERO: MASCULINO _____ FEMENINO _____ NO BINARIO _____
DIRECCIÓN DE CASA: _____
Padre/Encargado #1: _____ Teléfono: (H) _____ (celular) _____ Padre/Encargado: #2: _____ Teléfono: (H) _____ (celular) _____
El estudiante vive con: Ambos padres _____ Uno de los padres (especifique): _____
Otro (especificar): _____
Encargado legal del estudiante: Ambos padres: _____ Encargado (especifique): _____ Otro _____ (especifique): _____
Nombre del pediatra _____ Nombre del dentista _____
¿Ha tenido su hijo un examen físico de rutina en los últimos 12 meses? SÍ NO (Si su hijo está en Pre-K, K, grados 4, 7, 10 o es nuevo en el distrito escolar, asegúrese de enviar una copia del examen físico más reciente a la enfermera de la escuela).

¿Su hijo ha sido diagnosticado con alguna de las siguientes condiciones de salud?

	SÍ	NO	En caso afirmativo, describa:
ASMA			¿INHALADOR?
DIABETES			SI ES SÍ, CONSULTE A LA ENFERMERA ESCOLAR PARA OBTENER DETALLES DE ATENCIÓN ANTES DEL COMIENZO DE CLASES.
TDA/TDAH			¿MEDICAMENTO?
TRASTORNO CONVULSIVO			¿MEDICAMENTO?
DESORDEN SANGRANTE			
CONDICIÓN DE PIEL			
PROBLEMA DE OJO/VISIÓN			¿LLEVAN GAFAS? ¿PARA LEER A DISTANCIA O AMBAS?
OÍDO/PROBLEMA DE AUDICIÓN			

ALERGIA A LA COMIDA			
ALERGIAS ESTACIONALES			
ALERGIA A LOS INSECTOS			
MIGRAÑAS			

DEPRESIÓN			
OTRA ESPECIFICAR)			

Si su hijo está tomando alguna medicina que no sea el que ha enumerado anteriormente, provea el nombre de la medicamento y el motivo del uso:

D¿Su hijo tiene seguro de salud? Por favor circule: Si / No Compañía de seguro de salud:
Información del médico: Provea el nombre y el número de teléfono de su médico de familia.
Si su hijo tiene alergias, ¿requiere un EPI-PEN? SÍ NO
Añada cualquier otro problema o comentario que desee señalar a la atención de la enfermera o el médico de la escuela. Incluya cualquier accidente significativo, enfermedad, cirugía o pérdida (muerte en un familiar, mudanza, divorcio, etc.)) en los últimos meses que pueden afectar la experiencia escolar de su hijo.

Doy permiso para que la enfermera de la escuela administre los siguientes medicamentos a mi hijo: (marque con un círculo sí o no)

Sí / No Ibuprofeno **Sí / No** Tumos **Sí / No** Benadryl **Sí / No** Pastillas para la tos **Sí / No** Tylenol **Sí / No** calamina **Sí / No** Bacitracina **Sí / No** Anbesol **Sí / No** Bactina **Sí / No** Gel de aloe **Sí / No** Aguijón eze **Sí / No** EpiPen **Sí / No** Crema de primeros auxilios

Doy permiso a la enfermera de la escuela para compartir información relevante sobre la condición de salud de mi hijo con el personal escolar apropiado cuando sea necesario para satisfacer las necesidades de salud y seguridad de mi hijo. **Sí No**

Doy permiso a la enfermera de la escuela para intercambiar información con el médico de mi hijo con el propósito de referencia, diagnóstico y tratamiento. **Sí No**

Si se requiere tratamiento de emergencia de inmediato, la enfermera de la escuela y/o la administración de la escuela ejercerán su propio criterio al llamar al 911 para transportar al niño al departamento de emergencias de un hospital. Se hará todo lo posible para una pronta comunicación con el padre o encargado si ocurre esta situación.

INFORMACIÓN DE EMERGENCIA:

Si mi hijo se enferma en la escuela y requiere la salida, y no se puede contactar al padre o encargado, está autorizado a llamar a las siguientes personas que asumirán la responsabilidad y organizará el transporte. También puede divulgar el motivo del despido a las siguientes personas.

1.Nombre & Relación: Teléfono móvil:

1.Nombre & Relación: Teléfono móvil:
1.Nombre & Relación: Teléfono móvil:

Firma del Padre/Encargado: _____ Fecha: _____

Firma del Padre/Encargado:: _____ Fecha:
