



135 Prairie Avenue | Providence | Rhode Island | 02905
Teléfono: (401)-270-9007 | Fax: (401)-270-6595

INFORMACION DEL ESTUDIANTE 2024-2025

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE			
Nombre complete del Estudiante:			
Fecha de Nacimiento:		Sexo:	Grado:
Dirección de la casa:			
¿Qué lenguaje hablan en casa?			
¿En qué lenguaje le gustaría recibir información?			
¿Usted es Hispano o Latino?		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Yo me identifico como: <i>(please check all that apply)</i>			
<input type="checkbox"/> Negro o Afro-Americano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco			
<input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska			
<input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano o otro pacifico			

FOR OFFICE USE ONLY	Start Date:
SASID:	LASID:

SouthSide Elementary Charter School
135 Prairie Avenue | Providence | Rhode Island | 02905
Teléfono: (401)-270-9007 | Fax: (401)-270-6595
Actualizado el 3/21/2024



INFORMACIÓN DEL PADRE/TUTOR

1. Nombre del Padre/Tutor	
Relación <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> Tía <input type="checkbox"/> Tío <input type="checkbox"/> Abuelo(a) <input type="checkbox"/> Otro/usted mismo/hermano(a) <input type="checkbox"/> Padre de crianza <input type="checkbox"/> Guardian Legal <input type="checkbox"/> Trabajador Social <input type="checkbox"/> Custodia del Gobierno	
Fecha de Nacimiento:	GÉNERO: <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO
Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo	
Dirección de la casa (si es diferente a mencionada arriba):	
Número de teléfono preferido:	Número de teléfono alternativo:
Correo electrónico:	

2. Nombre del Padre/Tutor	
Relación <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> Tía <input type="checkbox"/> Tío <input type="checkbox"/> Abuelo(a) <input type="checkbox"/> Otro/usted mismo/hermano(a) <input type="checkbox"/> Padre de crianza <input type="checkbox"/> Guardian Legal <input type="checkbox"/> Trabajador Social <input type="checkbox"/> Custodia del Gobierno	
Fecha de nacimiento:	GÉNERO: <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO
Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo	
Dirección de la casa (si es diferente a mencionada arriba):	
Número de teléfono preferido:	Número de teléfono alternativo:
Correo electrónico:	



¿Quién es la mejor persona con la que debemos comunicarnos durante el día (marque uno)?

Padre/Tutor 1 Padre/Tutor 2

Usted prefiere: Teléfono Correo electrónico Los dos

CONTACTOS DE EMERGENCIA

1. Nombre:	Numero:
¿Puede recoger a su hijo(a)? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Relación al estudiante:
2. Nombre:	Numero:
¿Puede recoger a su hijo(a)? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Relación al estudiante:
3. Nombre:	Numero:
¿Puede recoger a su hijo(a)? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Relación al estudiante:

Si necesita que alguien que no está en la lista de recogida recoja a su hijo, debe notificar a la escuela y completar un Formulario de cambio de información del estudiante para agregarlo a su lista de contactos de emergencia. **(Tenga en cuenta en el momento de la recogida, el adulto debe presentar una identificación con foto válida.)**



ARREGLOS DE TRANSPORTACION

¿Como llegara su hijo a la escuela por la mañana? (marque uno)

- Autobús escolar Recoge a tu hijo(a)
- Otra (sírvase explicar): _____

¿Como se ira su hijo a casa por la tarde?

- Recogida a las 3:00pm Programa de Día Extendido

Si su hijo(a) participará en el Programa de Día Extendido, ¿cómo se ira a casa?

- Recogida a las 4:00pm Autobús escolar Otra (sírvase explicar) _____

RECOGIDA/SALIDA TEMPRANA

En el caso de una salida anticipada no planificada debido a las inclemencias del tiempo u otro evento imprevisto, indique el arreglo de salida para su hijo(a). Marque uno:

- Autobús escolar Recoge a tu hijo(a)



TRATAMIENTO MÉDICO DE EMERGENCIA

Yo doy permiso para que _____
(nombre del niño(a))

_____ (número de seguro social)

_____ (Fecha de nacimiento)

Para que reciba tratamiento médico en cualquier momento debido a una emergencia.

Firma del Padre/Tutor

FAVOR DE PROVEER INFORMACION DEL SEGURO MEDICO

Seleccione el nombre de su compañía de seguro médico:

Blue Cross United Health Care Neighborhood Health Plan Harvard Pilgrim Health

Medicaid Tufts Otro (por favor escríbalo): _____

Número de póliza: _____

NOMBRE DEL MEDICO:

NÚMERO DE TELÉFONO:

DIRECCION:

¿Alguna alergia al medicamento o comida?

Medicamentos que el estudiante está
tomando actualmente:

El estudiante está siendo tratado por una condición médica: Si No

Si su respuesta es sí, por favor explique:

****ES OBLIGATORIO LLENAR ESTE FORMULARIO PARA PODER COMENZAR EL AÑO ESCOLAR EN SS Y PARA PARTICIPAR EN ACTIVIDADES FUERA DEL CAMPUS****



DISPENSACIÓN DE MEDICINA EN LA ESCUELA

Dado que SouthSide no tiene una enfermera de tiempo completo, cualquier estudiante que deba tomar medicamentos durante el horario escolar debe automedicarse. Los medicamentos se guardan en la oficina de la escuela y los estudiantes vendrán a la oficina para automedicarse.

Además, el padre/tutor y el médico del niño(a) deben firmar este permiso para que el niño(a) se automedique. Se puede hacer una excepción para los estudiantes con asma que siempre necesitan sus inhaladores con ellos. Para esos estudiantes, los padres y los médicos deben completar el Formulario de permiso de medicamento inhalador recetado.

Nombre del Estudiante: _____

Grado: _____

Entiendo la política de salud de la escuela como se indico anteriormente y acepto las limitaciones descritas en la política.

¿Es el niño(a) capaz de automedicarse? Si No

Nombre y dosis del medicamento: _____

Instrucciones para dispensar: _____

Diagnóstico del médico: _____

Firma del médico: _____ Fecha: _____

Firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____



MEDICAMENTO INHALADOR RECETADO

Estimado Padre/Tutor,

Para algunos estudiantes con asma, el medicamento inhalador recetado debe ser de fácil acceso para que funcionen normalmente en la escuela. Las políticas escolares que exigen que los inhaladores estén bajo llave en las oficinas de los funcionarios escolares pueden resultar en una interferencia en las necesidades médicas del estudiante. Por lo tanto, el estudiante no está usando correctamente su inhalador en estas circunstancias.

La enfermera recomienda que aquellos estudiantes cuyos padres o tutores y su médico consideren que tienen la madurez suficiente para controlar el uso de sus medicamentos inhalados, se les permita conservar su posesión durante el horario escolar. Le recomendamos que discuta esto con el médico de su hijo(a) y devuelva este formulario a la escuela si está interesado. El padre también deberá hablar sobre el uso adecuado de este medicamento en la escuela con su hijo(a), recordándole al estudiante que no se puede compartir con otros ni usar de manera irresponsable.

Attentamente,

Wendy Randle

Wendy Randle
Directora de Educación

Doy permiso para _____ conserve su inhalador durante el horario escolar para el tratamiento de los síntomas del asma.

Firma del padre/tutor: _____

Firma del médico: _____ Fecha: _____



AUTORIZACIÓN DE MEDICAMENTOS DE VENTA LIBRE 2024-2025

Nombre del Estudiante:

Grado:

SouthSide Elementary Charter administrará medicamentos de venta libre aprobados por el padre/tutor del niño a discreción de la enfermera de la escuela. Una cantidad limitada de medicamentos comúnmente recetados (Tylenol, Motrin, Benadryl, Tums, Anbesol y gotas para los ojos salinos) estará disponible para el tratamiento de enfermedades menores durante el día escolar.

Los siguientes medicamentos de venta libre (o su equivalente genérico) se le pueden dar a mi hijo(a):

MEDICAMENTO	<input checked="" type="checkbox"/>	SÍNTOMAS
Tylenol	<input type="checkbox"/>	Fiebre/dolor leve
Motrin	<input type="checkbox"/>	Fiebre/dolor leve
Benadryl	<input type="checkbox"/>	reacción alérgica, erupción, picazón
Tums	<input type="checkbox"/>	malestar estomacal menor
Anbesol	<input type="checkbox"/>	dolores de muelas
gotas para los ojos	<input type="checkbox"/>	irritación de ojo

Firma del padre/tutor:

Fecha:



AUTORIZACIÓN PARA LIBERACION DE REGISTROS

Nombre del estudiante:

Fecha de nacimiento:

Antes de la escuela: (Por favor imprimir):

Nombre de escuela: _____

Dirección: _____

Teléfono/Fax: _____

Por la presente, autorizo y solicito libere los registros escolares/confidencia les completos en su posesión relacionados con mi hijo(a), incluidos, entre otros, los siguientes:

- Calificaciones
- Asistencia
- Educacional
- Psicológico/Médico
- Solicitud de comidas escolares gratuitas y de precio reducido y decisión de elegibilidad

A: SouthSide Elementary Charter School
ATTN: Director of Education
135 Prairie Avenue
Providence, RI 02905

Nombre del Padre/Tutor (Por favor imprimir): _____

Firma del padre/tutor: _____

Relación con el estudiante: _____

Fecha: _____



FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE FOTOGRAFÍA Y PUBLICIDAD

Yo, el que firma a continuación, doy permiso a Southside Elementary Charter School para utilizar el nombre, semejanza, imagen, voz y/o apariencia de mi hijo(a) en cualquier imágenes, fotografías, grabaciones de video, Cintas de audio e imágenes digitales. Además, otorgo a SouthSide Elementary Charter School y a sus representantes el derecho de reproducir, usar, exhibir, mostrar, transmitir y distribuir estas imágenes y grabaciones en cualquier medio ahora conocido o desarrollado posteriormente para promover, publicitar o explicar SouthSide Elementary Charter School y sus actividades y con fines administrativos, docentes o de investigación. Las fotografías, imágenes de video y grabaciones de voz son propiedad de la SouthSide Elementary. Reconozco que no recibiré ninguna compensación, etc. por el uso de tales imágenes, etc. Y por la presente libero a SouthSide Elementary y sus agentes de cualquier reclamo que surja o este relacionado de alguna manera con dicho uso.

He leído y entendido este consentimiento y liberación.

Doy mi consentimiento a SouthSide Elementary Charter School para usar el nombre y la imagen de mi hijo(a) promover SouthSide Elementary, sus agentes fiscales y/o sus actividades.

Firma del padre/tutor

Fecha

No doy mi consentimiento a SouthSide Elementary Charter School para usar el nombre y la imagen de mi hijo(a) para promover SouthSide Elementary, sus agentes fiscales y/o sus actividades.

Firma del padre/tutor

Fecha



DOCUMENTOS NECESARIOS PARA LA INSCRIPCIÓN

LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS SON REQUERIDOS Y DEBEN PRESENTARSE ANTES DE QUE SU HIJO COMIENZE LA ESCUELA EN SOUTHSIDE CHARTER ELEMENTARY SCHOOL:

- FORMULARIOS DE REGISTRO COMPLETADOS/FIRMADOS
- COMPROBANTE DE EDAD DEL ESTUDIANTE (CERTIFICADO DE NACIMIENTO, PASAPORTE, ETC. - DEBE SER EL DOCUMENTO ORIGINAL, SE HARÁ UNA COPIA, EL ORIGINAL SE LE DEVOLVERÁ).
- IDENTIFICACIÓN CON FOTO DEL PADRE/TUTOR
- VACUNAS y EXAMEN FÍSICO (DEBEN SER LOS REGISTROS DE VACUNAS/FÍSICOS MÁS RECIENTES - DENTRO DE LOS ÚLTIMOS 12 MESES)
- PRUEBA DE RESIDENCIA EN PROVIDENCE (ARRENDO, CONTRATO DE ALQUILER, FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS, ESTADO DE CUENTA BANCARIO (HIPOTECA) O RECIBO DE PAGO (FECHADO DENTRO DE LOS 60 DÍAS)
- ENCUESTA DEL IDIOMA DEL HOGAR COMPLETADA
- ENCUESTA SOBRE INGRESO FAMILIAR COMPLETADA

LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS NO SON REQUERIDOS, PERO SON SOLICITADOS ANTES DE COMENZAR LA ESCUELA EN SOUTHSIDE:

- BOLETÍN DE CALIFICACIONES MÁS RECIENTE DE LA ESCUELA ANTERIOR (SI CORRESPONDE)
- IEP/REGISTROS DE EDUCACIÓN ESPECIAL (SI CORRESPONDE)



Angélica Infante-Green
Commissioner

State of Rhode Island and Providence Plantations
DEPARTMENT OF ELEMENTARY AND SECONDARY EDUCATION
Shepard Building
255 Westminster Street
Providence, Rhode Island 02903-3400

Encuesta sobre el idioma en el hogar (HLS)

Esta sección la debe llenar el padre de familia o tutor

Estimado padre de familia o tutor,

La información solicitada en este formulario es necesaria para ubicar escolarmente a su niño de la mejor manera, y no se usará para otros propósitos¹.

Gracias por su cooperación.

Nombre del estudiante:		
Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido
Fecha de nacimiento:		Lugar de nacimiento²:
Mes	Día	Año
Relación del padre de familia o tutor con el estudiante:		
<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Otra _____		

Home Language Code:

información sobre el idioma de la familia y del niño

(Por favor, marque todo lo que corresponda)

1. ¿Cuál es el idioma que se usa principalmente en el hogar, aparte del idioma que habla el estudiante?	<input type="checkbox"/> inglés	<input type="checkbox"/> Otro	_____
			<i>Especifique</i>
2. ¿Cuál es el idioma que el estudiante habla más?	<input type="checkbox"/> inglés	<input type="checkbox"/> Otro	_____
			<i>Especifique</i>
3. ¿Cuál es el idioma que el estudiante aprendió primero?	<input type="checkbox"/> inglés	<input type="checkbox"/> Otro	_____
			<i>Especifique</i>
4. ¿Qué idioma(s) entiende el niño?	<input type="checkbox"/> inglés	<input type="checkbox"/> Otro	_____
			<i>Especifique</i>
5. ¿En qué idioma(s) habla el niño?	<input type="checkbox"/> inglés	<input type="checkbox"/> Otro	_____ <input type="checkbox"/> No habla
			<i>Especifique</i>
6. ¿En qué idioma(s) lee el niño?	<input type="checkbox"/> inglés	<input type="checkbox"/> Otro	_____ <input type="checkbox"/> No lee
			<i>Especifique</i>
7. ¿En qué idioma(s) escribe el niño?	<input type="checkbox"/> inglés	<input type="checkbox"/> Otro	_____ <input type="checkbox"/> No escribe
			<i>Especifique</i>

¹Conforma a la Ley de Rhode Island (R.I.G.L. § 16-54-2) y la Ley de Igualdad de Oportunidades de Educación (20 U.S.C. §1703(f))

²Las familias no están obligadas a proporcionar el lugar de nacimiento, pero proporcionar esta información puede ayudar a las agencias locales de educación (LEA) a desarrollar mayor sensibilidad cultural. Actualizado al 30 de abril de 2020

Entrevista a la familia – información sobre la educación del niño

1. ¿Cree usted que su niño tiene dificultades o problemas que afectan su capacidad de entender, hablar, leer o escribir en inglés u otro idioma?

Sí* No No sabe

 *Si respondió que sí. Por favor describa: _____

¿Qué tan graves cree usted que son esas dificultades? No son graves Soy un poco graves Son muy graves

2a. ¿Se le ha hecho al niño una evaluación para educación especial? No Sí*

Si respondió que se le hizo una evaluación, ¿se le detectó algún problema o discapacidad del aprendizaje? No Sí

*Si respondió que se le detectó un problema o discapacidad del aprendizaje ¿ha recibido el niño servicios de educación especial?

No Sí – Especifique el tipo de servicios recibido: _____

2b. Edad a la que se recibió los servicios (por favor marque todas las casillas que correspondan):

Antes de los 3 años (intervención temprana) 3 a 5 años (Educación Especial) Después de 6 años (educación especial)

2c. ¿Tiene el niño un Programa de Educación Individualizado (IEP) o plan 504? No Sí

3. ¿En qué idioma prefiere que le hablen cuando la escuela o distrito se comunican con usted?

inglés Otros _____
Especifique

4. ¿En qué idioma prefiere que le escriban cuando la escuela o distrito se comunican con usted?

inglés Otros _____
Especifique

5. Indique la fecha en que inscribió al niño por

primera vez en CUALQUIER escuela en Estados Unidos _____

(mm/dd/aaaa)

¿Hay algo más que usted piense que es la escuela debe saber sobre su niño? (p. ej., talentos o habilidades especiales, o problemas de salud)

Mes: _____ Día: _____ Año: _____

Firma del padre de familia o tutor

Fecha

Nombre del padre de familia o tutor (en letra de molde)

OFFICIAL ENTRY ONLY - NAME/POSITION OF PERSONNEL ADMINISTERING HLS

Name: _____

Position: _____

IF AN INTERPRETER IS PROVIDED, LIST NAME, POSITION AND CREDENTIALS: _____

NAME/POSITION OF QUALIFIED PERSONNEL REVIEWING HLS AND CONDUCTING INDIVIDUAL INTERVIEW

Name: _____

Position: _____

IF AN INTERPRETER IS PROVIDED, LIST NAME, POSITION AND CREDENTIALS: _____

Oral Interview Necessary: YES NO

Date of Individual Interview: _____
Month Day Year

NAME/POSITION OF QUALIFIED PERSONNEL ADMINISTERING THE LANGUAGE SCREENING ASSESSMENT

Name: _____

Position: _____

IF AN INTERPRETER IS PROVIDED, LIST NAME, POSITION AND CREDENTIALS: _____

NAME/POSITION OF QUALIFIED PERSONNEL REPORTING THE LANGUAGE SCREENING SCORES

Name: _____

Position: _____

Date of Screener: _____
Month Day Year

Name of the Language Screening Assessment: _____

Score achieved: _____

Proficiency Level Achieved: Entering 1 / Beginning 2 / Developing 3 / Expanding 4 / Bridging 5 / Reaching 6

FOR STUDENTS WITH AN IEP OR 504 PLAN, LIST ACCOMMODATIONS, IF ANY, ADMINISTERED:

Teléfono: (401)222-4600 Fax (401)222-6178 TTY (800)745-5555 Buzón de voz (800)745-6575 Sitia web: www.ride.ri.gov

La Junta de Educación de RI no discrimina por razón de edad, sexo, orientación sexual, identidad o expresión de género, raza, color, religión, nacionalidad de origen o discapacidad.

SouthSide Elementary Charter School

Encuesta Sobre Ingreso Familiar Año Escolar 2024-2025

Complete la encuesta a continuación, firme y envíela a la escuela.

PARTE I: ¿Qué niños viven en su hogar?

Escriba el nombre de los niños que asisten a la escuela (desde el jardín de infantes hasta el 12.º grado)			Nombre de la escuela	Grado escolar	¿Hijo adoptivo? Sí o No
Apellido	Segundo nombre	Nombre de pila			
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					

PARTE II: ¿Cuántas personas viven en su hogar?

Encierre en un círculo la cantidad de personas que viven en su hogar: 1 2 3 4 5 6 7 8 Otro _____

PARTE III: ¿Alguna persona que vive en su hogar goza de los beneficios del programa SNAP o RI Works?

Si la respuesta es sí, complete debajo. Luego diríjase a la PARTE V.

¿Alguna persona que vive en su hogar goza de los beneficios del programa SNAP o RI Works?

Si la respuesta es sí, complete la siguiente información:

Su nombre: _____ y su número de caso: _____

PARTE IV: ¿Quién recibe ingresos en su hogar? (Si escribió un nombre y un número de caso arriba, saltee esta parte).

Ingreso familiar neto y frecuencia con la que se recibió:

Enumere a las personas que viven en su hogar	Monto cobrado por semana, si hubiera	Monto cobrado dos veces al mes, si hubiera	Monto cobrado cada quince días, si hubiera	Monto cobrado por mes, si hubiera	Monto cobrado una vez al año, si hubiera
1..	\$	\$	\$	\$	\$
2.	\$	\$	\$	\$	\$
3.	\$	\$	\$	\$	\$
4.	\$	\$	\$	\$	\$
5.	\$	\$	\$	\$	\$
Otros ingresos	\$	\$	\$	\$	\$

PARTE V: Firmas de adultos

Certifico que la información brindada es verdadera. He incluido todos los ingresos.

Fecha
Firma del miembro adulto del hogar
Su nombre en imprenta

Domicilio familiar (número, calle, ciudad, estado)
Número de teléfono o celular

1. ¿A quiénes debo contar como “integrantes del grupo familiar”?

- Inclúyase a usted mismo y a todas las personas que viven en su hogar y que comparten ingresos y gastos.
 - Estas personas podrían ser hijos, hijos adoptivos, abuelos, otros parientes o amigos que vivan con usted.

2. ¿Qué se cuenta en el “ingreso familiar total”?

- **Ingresos laborales brutos:**
 - El ingreso bruto es el monto de dinero que gana **antes** de descontar los impuestos y otras deducciones de su salario. No es su salario “de bolsillo”.
 - Las ganancias brutas son las que normalmente figuran en su recibo de salario.
 - Se debe informar el ingreso neto sólo de los negocios propios, las granjas o el ingreso por alquileres.
- **RI Works, pensión para hijos menores, cuota alimentaria**
- **Pensiones, jubilación, seguridad social, Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI), subsidios para veteranos (subsidios del VA) y subsidios por discapacidad**
- **Concesiones para militares para costear viviendas y paga por combate:**
 - Incluya las concesiones para viviendas particulares.
- **Otros ingresos:**
 - Indemnización por accidente laboral
 - Indemnización por desempleo o por huelga
 - Contribuciones regulares de personas que no viven en su hogar
 - Cualquier otro tipo de ingreso que reciba
- **No incluya los ingresos provenientes de:**
 - WIC
 - Subsidios federales para educación
 - Pagos por acogida temporal recibidos en su hogar
 - Iniciativa de Privatización de Viviendas para Militares o paga por combate

Salario por horas adicionales: Incluya el salario por horas adicionales SOLAMENTE si lo recibe regularmente.

¿Ha perdido su empleo recientemente? Escriba cero para el ingreso.

3. ¿Cómo enumero los ingresos si algunas personas cobran semanalmente, dos veces al mes, cada quince días, mensualmente o una vez al año?

A continuación encontrará algunos ejemplos de cómo enumerar los ingresos en el frente de esta encuesta:

Enumere a las personas que viven en su hogar que perciben un ingreso:	Monto, si hubiera, cobrado <u>por semana</u>	Monto, si hubiera, cobrado <u>dos veces al mes</u>	Monto, si hubiera, cobrado <u>cada quince días</u>	Monto, si hubiera, cobrado <u>por mes</u>	Monto, si hubiera, cobrado <u>una vez al año</u>
1. Mary Bazil	Si Mary gana \$175 por semana, escríbalo aquí.		Si Mary gana \$20 cada quince días, escríbalo aquí.	Si Mary recibe \$100 por mes en concepto de pensión para hijos menores, escríbalo aquí.	
2. David Waters		Si David gana \$233 dos veces por mes, escríbalo aquí.		Si David recibe \$75 por mes en concepto de SSI, escríbalo aquí.	

SOLO PARA USO ESCOLAR

Conversión del ingreso anual: Semanal x 52 Cada quince días x 26 Dos veces al mes x 24 Mensual x 12

Ingreso total \$: _____: <input type="checkbox"/> Por semana <input type="checkbox"/> Cada quince días <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Por mes <input type="checkbox"/> Por año Integrantes del grupo familiar: _____	Hasta el 100 % del FPG por: <input type="checkbox"/> Persona sin hogar <input type="checkbox"/> Emigrante <input type="checkbox"/> Fugado <input type="checkbox"/> ingreso <input type="checkbox"/> Head Start <input type="checkbox"/> SNAP o RI Works <input type="checkbox"/> Hijo adoptivo <input type="checkbox"/> Ingreso familiar	Entre el 100 % y el 185 % del FPG por: <input type="checkbox"/> Ingreso familiar	Más del 185 % del FPG por: <input type="checkbox"/> Ingreso familiar
--	---	--	--

Firma del oficial decisorio _____ Fecha _____

La información proporcionada en este formulario es un registro educativo confidencial y, por ende, está protegida por todas las leyes de privacidad federales y estatales relevantes que atañen a los registros educativos, que incluyen, entre otras, la Ley Sobre los Derechos de la Familia en Materia de Educación y Privacidad (FERPA) de 1974, con sus enmiendas (20 U.S.C. § 1232g; 34 CFR Parte 99).

School Name & Address:
 SouthSide Elementary Charter School
 135 Prairie Avenue, Providence, RI 02905

Grade: _____



**STATE OF RHODE ISLAND
 SCHOOL PHYSICAL FORM**

Health Care Provider Name and Address:

Phone: _____

This form may substitute for any district-issued form. All districts must accept this form. General health examinations shall be documented in a standardized format with one copy available from the Rhode Island Department of Health or in any such format that captures the same fields of information (R16-21SCHO Section 8.4)

Student Name: Last	First	Middle	Date of Birth	Sex
Address: Street	Apt #	City	State	Zip Code
			Home Phone	

PLEASE COMPLETE ALL INFORMATION BELOW (May attach immunization transcript).

IMMUNIZATIONS Please enter dates in MM/DD/YYYY format

Hepatitis B					
Diphtheria-Tetanus-Pertussis DTaP < 7 years					
Pneumococcal Conjugate PCV					
Polio					
Haemophilus Influenzae Type B Hib					
Measles-Mumps-Rubella MMR					
Varicella			<input type="checkbox"/> Student has history of varicella disease		
Tetanus-Diphtheria-Pertussis Tdap/Td > 7 years					
Rotavirus					
Hepatitis A					
Meningococcal					
HPV					
Influenza					

Medical Exemption:

Hep B
 DTaP
 PCV
 Polio
 Hib
 MMR
 Varicella
 Td/Tdap
 Rotavirus
 Hep A
 Mening
 HPV
 Influenza

PHYSICAL EXAMINATION

Date of PE ____/____/____ Height _____ Weight _____ BP _____

PLEASE NOTE ANY HEALTH PROBLEM, CHRONIC HEALTH CONDITION OR DISABILITY THAT MAY AFFECT BEHAVIOR OR HEALTH AT SCHOOL:

1. ASTHMA: No Yes If yes, complete an [Asthma Action Plan](http://www.health.ri.gov/publications/actionplans/2012Asthma.pdf) (www.health.ri.gov/publications/actionplans/2012Asthma.pdf)

2. ALLERGIES: No Yes (Please explain) _____ EPINEPHRINE AUTO-INJECTOR REQUIRED: No Yes

If student has a severe allergy (food, insect, other) complete a [Food Allergy & Anaphylaxis Emergency Care Plan](http://www.foodallergy.org/document.doc?id=234) (www.foodallergy.org/document.doc?id=234)

3. DIABETES: No Yes If yes, complete a [Physicians Order Form For Students With Diabetes](http://www.health.ri.gov/forms/school/PhysicianOrdersForStudentsWithDiabetes.pdf) (www.health.ri.gov/forms/school/PhysicianOrdersForStudentsWithDiabetes.pdf)

4. OTHER: _____

Treatment Plan: _____

RESTRICTIONS: Can participate in physical education/sports: Fully With limitation _____

MEDICATION (REQUIRED AT SCHOOL): No Yes (Please list) _____

Other medication(s) that may affect behavior or health at school: _____

LEAD SCREENING (Required for children < 6 years old) Student is in compliance with lead screening requirements: Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	SCOLIOSIS SCREENING Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	VISION SCREENING (Children entering Kindergarten) <input type="checkbox"/> Passed Screening <input type="checkbox"/> Screened & referred for comprehensive exam <input type="checkbox"/> Referred for comprehensive exam, but not screened
TUBERCULOSIS (If required by school district) Date of TB test: _____		Screening / Referral Date: _____ Comprehensive Exam Date: _____

HEALTH CARE PROVIDER SIGNATURE: _____ **DATE:** _____

PRINT NAME: _____

TECNOLOGÍA ESTUDIANTIL E INTERNET

ACUERDO DE USO RESPONSABLE

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____ **GRADO:** _____

El uso de la tecnología puede ser valioso para la educación de un estudiante. El uso de la tecnología propiedad de SSECS y el acceso a Internet de la escuela es un privilegio que puede autorizarse o retirarse. Se espera que los estudiantes conozcan y respeten lo siguiente:

1. SEGURIDAD PERSONAL DEL ESTUDIANTE

No se puede ingresar información de contacto personal en sitios de Internet abiertos al acceso público. Esto incluye la dirección del estudiante, números de teléfono, direcciones de correo electrónico personales y otra información personal.

2. EXPECTATIVA DE PRIVACIDAD

Los estudiantes no tienen expectativas de privacidad en archivos, discos, documentos, correos electrónicos, etc. que hayan sido utilizados o creados con equipos escolares.

3. USOS PROHIBIDOS DE COMPUTADORAS Y DISPOSITIVOS: los estudiantes tienen prohibido:

- ❖ Acceder, almacenar o crear archivos/software ofensivos, profanos o explícitos, aplicaciones
- ❖ Dañar, alterar o modificar el hardware o software propiedad de la escuela.
- ❖ Intentar eludir la seguridad informática
- ❖ Descarga y uso de software no aprobado
- ❖ Uso no autorizado durante el horario de clase.
- ❖ CYBERBULLYING – NO se tolerará dañar, difamar o acosar a cualquier individuo.

4. USO DE INTERNET

Los estudiantes pueden usar el acceso a Internet de la escuela SÓLO CUANDO ESTÉN AUTORIZADOS por la administración de la escuela.

5. ACCIONES DISCIPLINARIAS

Se tomarán medidas disciplinarias de conformidad con este acuerdo (por ejemplo, pérdida del privilegio tecnológico, etc.)

SouthSide utiliza GoGuardian para ayudar a mantener segura a nuestra comunidad de estudiantes cuando están en línea.

GoGuardian Teacher es una herramienta de gestión de aulas para Chromebooks. El software recopila datos sobre la actividad en línea de los estudiantes, lo que luego permite a los profesores mantener a los estudiantes concentrados durante la clase.

En particular, el filtrado de GoGuardian y GoGuardian Teacher solo están activos y recopilan datos cuando un estudiante usa un dispositivo SouthSide o una cuenta de Google SouthSide.

GoGuardian no se aplica a los estudiantes que utilizan direcciones de correo electrónico externas en sus dispositivos digitales personales, domésticos o privados.

PARA MÁS INFORMACIÓN, POR FAVOR CONTACTE CON LA ADMINISTRACIÓN ESCOLAR.

TECNOLOGÍA ESTUDIANTIL E INTERNET ACUERDO DE USO RESPONSABLE

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____ **GRADO:** _____

ACUERDO DE ESTUDIANTE

Si yo, _____, tengo la oportunidad de utilizar el equipo informático y el acceso a Internet de SSECS, lo haré sujeto a las disposiciones del Acuerdo de Uso Responsable de Tecnología e Internet para Estudiantes. Al escribir mi nombre a continuación, acepto esos términos.

Nombre del estudiante: _____

Grado: _____

ACUERDO DE PADRES

Al firmar mi nombre a continuación, doy permiso para que mi hijo use la computadora e Internet de SSECS, sujeto a las disposiciones del Acuerdo de uso responsable de Internet y tecnología para estudiantes.

Nombre del padre: _____

Firma del padre: _____

Fecha: _____



135 Prairie Avenue | Providence | Rhode Island | 02905
 Phone: (401)-270-9007 | Fax: (401)-270-6595

CUESTIONARIO FAMILIAR DE KINDERGARTEN

NOMBRE DEL ESTUDIANTE:	FECHA DE NACIMIENTO:
-------------------------------	-----------------------------

PARTE 1A – BIOGRAFÍA DEL NIÑO

¿Ha ido su niño(a) a la escuela o programa preescolar antes? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	En caso afirmativo, nombre del programa:
¿Cuáles fueron sus actividades favoritas allí?	
¿Recibió su niño(a) los servicios de Intervención Temprano (ejemplo – terapia leguaje o terapia ocupacional)?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <i>(En caso afirmativo, indique los servicios que recibió)</i>
>> ¿tiene actualmente su niño(a) un IEP o IFSP?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
>> ¿si si, tiene usted una copia?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <i>(En caso afirmativo, proporcione una copia a la escuela)</i>
>> ¿ha recibido en algún momento su niño(a) servicios a domicilio/en casa?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Escribe tres palabras describir su niño(a):	
¿Cuáles son las aptitudes sociales más Fuertes de su niño(a)?	
¿En cuál aptitud social necesita trabajar su niño(a)?	
¿Tiene su niño(a) algún tremor o sensibilidad?	
¿Le cuesta trabajo a su niño(a) separarse de usted cuando usted va a algún lugar sin el/ella? (Por ejemplo, cuando va al programa preescolar)	
¿Qué hará su niño(a) antes y después de la escuela?	
¿Cuáles son sus temores más grandes acerca de enviar a su niño(a) a la escuela?	
Un anhelo que tengo para mí niño(a) es...	



PARTE 1B – LAS HABILIDADES DE COMUNICACIÓN DE SU HIJO(A)

*Responda por favor con relación al idioma **primario** del niño(a) (el idioma que usa más):*

Mi niño puede hablar en oraciones completas y lógicas	<input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Nunca
Mi niño puede sostener una conversación larga	<input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Nunca
Mi niño puede comprender direcciones de 2-3 pasos	<input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Nunca
Mi niño puede escuchar y contar de nuevo cuentos o libros ilustrados	<input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Nunca
El discurso de mi niño es claro y entendible para personas fuera de mi familia	<input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Nunca
¿Tiene usted alguna pregunta o preocupaciones con respecto al discurso de su hijo, en idioma o habilidades de comunicar?	<input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Nunca

PARTE 2 – FUERZAS FAMILIARES

Nombre del Miembro de Familia:			
Relación con el estudiante:	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Guardián <input type="checkbox"/> Otra relación _____		
¿Cuál es su país de origen?			
¿Cuánto tiempo ha estado en los EEUU?			
¿Qué idioma/s habla usted generalmente? ¿Lee? ¿Escribe?	HABLA: <input type="checkbox"/> INGLÉS <input type="checkbox"/> ESPAÑOL <input type="checkbox"/> OTRA _____ LECTURA/ESCRIBE: <input type="checkbox"/> INGLÉS <input type="checkbox"/> ESPAÑOL <input type="checkbox"/> OTRA _____		
¿Se encuentra trabajando actualmente?	<input type="checkbox"/> TIEMPO COMPLETO <input type="checkbox"/> TIEMPO PARCIAL <input type="checkbox"/> NO ESTOY TRABAJANDO <input type="checkbox"/> BUSCANDO TRABAJO <input type="checkbox"/> EN LA ESCUELA		
¿A qué se dedica/cuál es su ocupación?			
¿Cuál es información de contacto en el trabajo?			
¿Es información de contacto en el trabajo?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		



¿Qué actividades les gusta practicar juntos a usted y a su familia?	
¿Hay talentos y habilidades que quisiera compartir con padres o estudiantes en el salón de clase?	
Mi peor experiencia con una escuela en el pasado fue...	
Si su niño no le obedece, ¿qué/cómo maneja la situación?	
¿Cuáles son los mejores días/horarios para que pueda tomar parte en reuniones de la escuela y acontecimientos?	
¿Qué días y horarios son malos?	

PARTE 3 – NUESTRA COMUNIDAD ESCOLAR

- Si**, quisiera compartir mi información de contacto con otros padres de Kindergarten para ponerse en conmigo durante el verano y para planificar días de juego para mi hijo(a).
- No**, por favor no comparta mi información de contacto por razones de privacidad.

PARTE 4 – TU HIJO(A)

¿Hay algo más que le gustaría que supiéramos sobre su hijo(a)?

