



Formulario de Inscripción Grados K-11 2020-2021

991 Jefferson Street
Fall River, Massachusetts 02721
Tel. 508-646-6410 ext. 1051
Fax. 508-672-3489
Diane Boutin, inscripción de Enlace
correo electrónico: dbout@atlantiscs.org

La solicitud del estudiante debidamente completada debe ser devuelta antes del 31/07/2020

Atlantis no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, credo, sexo, identidad de género, origen étnico, orientación sexual, discapacidad mental o física, edad, ascendencia, rendimiento atlético, necesidad especial, el dominio del idioma Inglés o una lengua extranjera, o el logro académico previo. Toda la información solicitada en este formulario, como el lenguaje hablado en el hogar o la raza / origen étnico, no está destinado y no será utilizado para discriminar⁷(GL Capítulo 71, § 89 (m); 603 CMR 1.05 (2)). Por favor, póngase en contacto con Atlantis Si necesita esta aplicación ofrecida en otro idioma.

Por favor, imprima y complete todos los artículos en ambos lados de este formulario, así como una firma y fecha. Los padres / tutores serán contactados a caso de que esté incompleta. Si usted está solicitando inscripción para mas de un niño, una applicaton por niño debe ser completado y presentado.

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Nombre del estudiante: _____ Fecha de Nacimiento _____

Segundo nombre del estudiante: _____ Sexo (marque uno): Hombre Mujer

Apellido del estudiante: _____

Dirección: _____ PO Box o Apt. No. _____

Código postal: _____

Teléfono principal: (____) _____ Teléfono celular: (____) _____

Correo electrónico donde se puede contactar familia: _____

Nombre de la escuela donde el estudiante está inscrito actualmente: _____

Dirección de la escuela: _____ Ciudad: _____ Estado: ____ postal: _____

Grado que estudiante está asistiendo en 2019-2020, este Año Académico: PK K 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11
(Un círculo)

Grado que estudiante asistirá en septiembre de 2020, el siguiente año escolar académico: K 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11
(Un círculo)

Lugar de nacimiento del estudiante: _____ herencia del estudiante: _____
Francés, Líbano, Portugal, Puerto Rico

etnia: (Por favor marque uno) Es el solicitante hispano o latino? Sí No

Raza: (marque todas las que apliquen a su raza): asiático Americano negro o africano India EE.UU. o Alaska
 Nativo / de otra isla de Hawai Pac Blanco

Cual es el idioma que hablan con más frecuencia en el hogar? _____

¿Requiere usted todos los documentos de la escuela / reuniones traducidos en otro idioma? Si no _____

En caso afirmativo, en qué idioma? _____

INFORMACIÓN FAMILIAR (con quien vive el solicitante)

Relacion familiar _____ Relacion familiar _____
Nombre _____ Nombre _____
Apellido _____ Apellido _____
Dirección _____ Dirección _____
PO Box o Apt. No. _____ PO Box o Apt. No. _____
Código postal _____ Código postal _____
Teléfono de casa: _____ Teléfono de casa: _____
Teléfono celular: _____ Teléfono celular: _____

Los padres son: (por favor marque) Casado Divorciado Apartado Viudo Soltero

Padre(s) con custodia: Ambos padres Madre Padre otro _____

HERMANOS SOLAMENTE a partir de septiembredel 2020e, el SIGUIENTE año académico Escolar

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____ Escuela _____ Grado _____
Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____ Escuela _____ Grado _____
Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____ Escuela _____ Grado _____

CONTACTOS DE EMERGENCIA En el caso de que somos incapaces de comunicarse con usted con respecto a la matrícula

Relacion al estudiante: Familiar, amigo, vecino, etc. (no incluya su propia información de nuevo)

Relación _____ Relación _____ Relación _____
Nombre _____ Nombre _____ Nombre _____
Apellido _____ Apellido _____ Apellido _____
Teléfono (____) _____ Teléfono (____) _____ Teléfono (____) _____

INFORMACIÓN MÉDICA

Condiciones especiales médicas o alergias: _____

Medicación: _____

Los solicitantes de Kinder: Es la expectativa de que todos los estudiantes que ingresan a jardín de infancia tengans la capacidad de ir so al baño y limpase el mismo.

Tiene su hijo la cacidad de usar el baño solo duante el dia? __Si __No
¿Necesita ayuda para ir al baño __Si __No

Nombre del médico: _____

Teléfono: _____

Sólo para uso escolar

La solicitud debe ser devuelta a la
La inscripción de Enlace

Firma del padre o tutor Fecha

*Este documento será destruido el 1 de marzo, el 2021.
Usted tiene el derecho de recibir una copia del documento a petición
Si el estudiante no se admite para el año escolar 2020-2021.*