



# 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 discriminar<sup>7</sup>(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.*