



Registration Checklist / Documentos para la matricula

TRANSFERRING FROM A DADE SCHOOL

1. School registration form / Registración.
2. Emergency Card / Contacto de Emergencia.
3. Copy of last Report Card / Reporte de notas académicas.
4. Transfer Form / Forma de Traslado.
5. Copies of two proofs of address (deed, lease, utility bill, etc.) / Dos pruebas de domicilio.
6. MDCPS disclosure at time of registration / MDCPS declaracion al matricularse.
7. Parental consent for video/photo / Consentimiento para foto y video.

TRANSFERRING FROM A PRIVATE, CHARTER OR OUT OF THE COUNTY SCHOOL

1. School registration form / Registración.
2. Emergency Card / Contacto de Emergencia.
3. Birth Certificate (Original) / Certificado de nacimiento (Original).
4. Immunization Certificate and Physical Exam / Certificado de vacunas y Examen médico.
5. Copies of two proofs of address (deed, lease, utility bill, etc.) / Dos pruebas de domicilio.
6. Copy of last Report Card / Reporte de notas académicas.
7. Home Language Survey / Encuesta sobre el idioma.
8. MDCPS disclosure at time of registration / MDCPS declaracion al matricularse.
9. Parental consent for video/photo / Consentimiento para foto y video.

KINDERGARTEN STUDENTS

1. School registration form / Registración.
2. Emergency Card / Contacto de Emergencia.
3. Birth Certificate (Original) / Certificado de nacimiento (Original).
4. Immunization Certificate and Physical Exam / Certificado de vacunas y Examen médico.
5. Copies of two proofs of address (deed, lease, utility bill, etc.) / Dos pruebas de domicilio.
6. Home Language Survey / Encuesta sobre el idioma
7. MDCPS disclosure at time of registration / MDCPS declaracion al matricularse.
8. Parental consent for video/photo / Consentimiento para foto y video.
9. Parent ID.



Alpha Charter of Excellence (ACE)
Tuition Free Public Charter School
1223 SW 4th Street Miami, Florida 33135 (305) 643-2132
Registration
Registration Form

Last name _____ First name _____ Middle name _____ Home telephone _____

Address _____ Apartment # _____ City _____ State _____ ZIP Code _____

Grade _____ Sex: M _____ or F _____ Birth date _____

PREVIOUS SCHOOL INFORMATION

Name of last school attended _____ State _____ ZIP Code _____ Dates attended ____/____/____ School district in which parent or guardian lives _____ Telephone number _____

FAMILY INFORMATION

	Last name	First name	English proficient	Other language spoken and/or read	Daytime phone	Evening phone
Father			Yes or No			
Mother			Yes or No			
Step-parent			Yes or No			
Guardian			Yes or No			
Guardian			Yes or No			

Student lives with		check one	
Parents			
Father & stepmother			
Mother & stepfather			
Mother only			
Father only			
Guardians			
Court-appointed guardians			
Foster parents			

Information on other children in home		
Name of other children in home	Birth date	Grade

Ethnicity - please check the box that applies to this student
☐ Native American or Aleutian ☐ Asian or Pacific Islander ☐ African American ☐ Hispanic/Latino ☐ Caucasian, non-Hispanic origin

Signature of Parent/Guardian: _____ Date: _____ School Year: _____



Alpha Charter of Excellence (ACE)

Nueva Escuela Publica Charter Gratis
1223 SW 4th Street Miami, Florida 33135 (305) 643-2132

Registración

Apellido _____ Nombre _____ Segundo Nombre _____ Teléfono _____

Dirección _____ # de apartamento _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Grado _____ Sexo: M ___ o F ___ Fecha De Nacimiento _____

Nombre de Escuela Previa _____ Fecha que atendió _____ / _____ / _____ # de Teléfono _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ Distrito escolar que los padres viven _____

Información de Escuela Previa

Información de Familia

Apellido	Nombre	Hablan Ingles	Otro idioma que hablan	Teléfono	Cellular
Padre		Si o No			
Madre		Si o No			
Padrastro O Madrastra		Si o No			
Guardián		Si o No			
Guardián		Si o No			

Information on other children in home

Nombre de otros niños en la familia	Fecha de Nacimiento	Grado

Escoger

Estudiante vive con	
Padres	
Padre & Madrastra	
Madre & Padrastro	
Madre Solamente	
Padre Solamente	
Guardián	
Guardián por la Corte	
Padre de hogar sustituto	

Etnicidad - que aplique al estudiante
☐ Asiático ☐ Africano Americano ☐ Hispano/Latino ☐ Caucásico

Firma De Padres/Guardián: _____ Fecha: _____ Año Escolar: _____



EMERGENCY STUDENT DATA FORM

School No./Name Alpha Charter of Excellence I.D. No. _____ Grade _____ Section _____

Student's Last Name _____ APP _____ First Name _____ Middle Name _____

Address _____

Main contact phone number to be used for emergencies and automated messaging: _____

Registering Parent/Guardian's Name _____ Relation _____ Place of Employment _____

Telephone _____ Cellphone _____ Email _____

Non-Registering Parent/Guardian's Name _____ Relation _____ Place of Employment _____

Telephone _____ Cellphone _____ Email _____

Is either parent in the Military? Yes ☐ No ☐ Branch _____

Kindergarten Only: Was the child in pre-school or child care? Yes ☐ No ☐

Was the full cost paid by you? Yes ☐ No ☐ What type? Headstart ☐ ESE ☐ Migrant ☐ Other ☐ Unknown ☐

EMERGENCY CONTACT INFORMATION: Additional data is requested in the event of an emergency illness of your child. It is the parent's legal responsibility to assume medical and transportation expenses for your child. In the event that parents of child cannot be reached, provide contact information below of two persons, by order of priority.

(Name) _____ (Relation to Student) _____ (Address) _____ (Phone at Work) _____

(Name) _____ (Relation to Student) _____ (Address) _____ (Phone at Work) _____

Family Doctor _____ Phone _____ Preference of Hospital _____ Phone _____

Student health/allergy data which should be known in an emergency: _____

AUTHORIZATION FOR RELEASE OF STUDENTS FROM SCHOOL: Please provide the names of persons authorized or not authorized to take your child from school during the school day. Note that persons listed as emergency contacts are not authorized to pick up your child, unless listed in this section.

Authorized: _____

Authorized: _____

Not authorized: _____

Not authorized: _____

IT IS THE PARENT'S RESPONSIBILITY to inform the school in person of any changes in the information listed on this form. Under penalties of perjury, I declare that I have read the foregoing [document] and that the facts stated in it are true.

Date: _____ Printed Registering Parent/Guardian's Name _____

Registering Parent/Guardian's Signature _____

Parents/guardians have the right to review the professional qualifications of their child's classroom teacher(s) including the licensing status, degree major, graduate degree(s) and the field of certification. This "right to know", available from your child's school, includes whether your child is receiving services provided by paraprofessionals and, if so, their qualifications.

Whoever knowingly makes a false statement in writing with the intent to mislead a public servant in the performance of his/her official duty shall be guilty of a misdemeanor of the second degree under Fla. Stat. § 837.06, or whoever makes a false verified declaration is guilty of the crime of perjury, a felony of the third degree, under Fla. Stat. § 95.525, which are punishable as provided in Fla. Stat., §§ 775.082, 775.083 and 775.084.

The Emergency Student Data Form governs early release withdrawal of the student. The registering parent/guardian must sign/verify this form and is responsible for providing truthful and accurate information. If the student's parents are divorced or separated, the enrolling parent is responsible for providing information that is consistent with the most recent court order governing such matters as divorce, separation or custody.

FORMULARIO DE DATOS DEL ESTUDIANTE PARA UTILIZAR DURANTE EMERGENCIAS

Número/Nombre de la Escuela <u>Alpha Charter of Excellence</u>		Número de Identificación. _____	
Grado _____	Sección _____		
Apellido del estudiante _____	APP _____	Nombre propio _____	Segundo nombre _____
Dirección _____			
Número de contacto telefónico principal que ha de ser utilizado en casos de emergencia y mensajes automáticos: _____			
Nombre del padre de familia / tutor que matricula _____		Parentesco _____	Lugar de empleo _____
Teléfono _____	Teléfono celular _____	Correo electrónico _____	
Nombre del padre de familia / tutor que no matricula _____		Parentesco _____	Lugar de empleo _____
Teléfono _____	Teléfono Celular _____	Correo electrónico _____	

¿Está alguno de los padres en las fuerzas armadas? Sí ☐ No ☐ Rama _____

Sólo para estudiantes del Kindergarten: ¿Asistió el niño a una escuela preescolar o a una guardería? Sí ☐ No ☐

¿Pagó usted todos los gastos? Sí ☐ No ☐ ¿Qué programa? Head Start ☐ ESE ☐ Migratorio ☐ Otro ☐ Lo desconozco ☐

INFORMACION DE CONTACTOS DE EMERGENCIA: Solicitamos información adicional para utilizar en caso de que su hijo tenga una enfermedad que sea de emergencia. Es la responsabilidad legal de los padres asumir los gastos médicos y de transporte proporcionados a su hijo. En el caso de que no se pudiese localizar a ninguno de los padres del niño por favor, proporcione información de contacto de dos personas, por orden de prioridad, en los espacios que aparecen a continuación.

(Nombre) _____	Parentesco _____	(Dirección) _____	Teléfono del trabajo _____
(Nombre) _____	Parentesco _____	(Dirección) _____	Teléfono del trabajo _____
Doctor de cabecera _____	Teléfono _____	Preferencia de hospital _____	Teléfono _____

Informes acerca de la salud/alergias del estudiante que tienen que ser conocidas en caso de emergencia:

PERMISO PARA QUE EL ESTUDIANTE SALGA DE LA ESCUELA: Por favor, proporcione los nombres de las personas que están autorizadas o que no están autorizadas para recoger a su hijo durante la jornada escolar. Tome en cuenta que las personas que aparecen como contactos de emergencia, no están autorizadas para recoger a sus hijos, si sus nombres no aparecen en la lista que se encuentra a continuación:

Autorizados: _____

Autorizados: _____

No autorizados: _____

No autorizados: _____

ES LA RESPONSABILIDAD DE LOS PADRES informar personalmente a la escuela de cualquier cambio respecto a la información que se encuentra en este formulario. Declaro bajo pena de perjurio, que he leído lo anterior en este [documento] y que la información que ahí aparece es verdadera.

Fecha: _____ Nombre del padre de familia / tutor que matricula en letra de molde: _____

Firma del padre de familia / tutor que matricula: _____

Los padres de familia/tutores tienen el derecho de revisar las cualificaciones profesionales de los maestros de sus hijos, incluyendo el estatus de la licencia, la especialidad, maestría, títulos postgrado y el campo de la certificación. La información respecto a este "derecho a saber", está disponible en la escuela de sus hijos, que incluye si sus hijos están recibiendo servicios prestados por los ayudantes de maestro y de ser así, sus cualificaciones.

El que a sabiendas hace una declaración falsa por escrito con la intención de engañar a un funcionario público en el ejercicio de sus funciones oficiales será culpable de un delito menor de segundo grado según el Estatuto de la Florida § 837.06, o quien hace una declaración que se verifica que es falsa es culpable del delito de perjurio, un delito grave de tercer grado, según el Estatuto de la Florida § 92.525, punible conforme a lo dispuesto en los Estatutos de la Florida, §§ 775.082, 775.083 y 775.084.

El Formulario de Datos del Estudiante Para Utilizar Durante Emergencias, rige quién ha de recoger al estudiante de la escuela. El padre de familia / tutor que matricula deberá firmar/ verificar este formulario y es responsable de proporcionar información verdadera y precisa. Si los padres del estudiante están divorciados o separados, el padre que matricula al estudiante, es responsable de proporcionar información que sea consistente con la orden judicial más reciente que gobierna asuntos tales como el divorcio, la separación o la custodia.



Miami-Dade County Public Schools
Department of Title I Administration
Children and Youth in Transition Program
Project UP-START Student Eligibility Questionnaire

This questionnaire is intended to help determine eligibility of services under the federal McKinney-Vento Act. Florida Statute 837.06 provides that whoever knowingly makes a false statement in writing with the intent to mislead a public servant in the performance of his official duty shall be guilty of a misdemeanor of second degree.

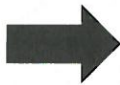
Project UP-START services are confidential and this form is not to be shared with outside community agencies.

SECTION A: The student currently has housing that is Fixed, Regular, and Adequate.

Parent/Guardian Initial: _____

Student Name: _____

Student ID#: _____



☐ Rent/own your home

☐ Live in foster care placement



Please do not continue completing this form if you checked one of the boxes above.

SECTION B: The student does NOT currently have housing that is Fixed, Regular, and Adequate.

Please continue below if your child is a student that:

The current nighttime residence is... (check only one)

- ☐ In emergency or transitional shelters, FEMA trailers, or abandoned in hospitals (A)
- ☐ Temporarily sharing the housing of other persons due to economic hardship (B)
- ☐ Living in a vehicle of any kind, trailer park or campground, parks, abandoned buildings, public place, or substandard housing (e.g. no running water no electricity/mold infested) (D)
- ☐ In a motel/hotel due to loss of housing, economic hardship, or similar reason (E)

Was displaced from household because of... (check only one)

- ☐ Natural Disaster - Hurricane (H)
- ☐ Natural Disaster - Flooding (F)
- ☐ Natural Disaster - Tropical Storm (S)
- ☐ Natural Disaster - Tornado (T)
- ☐ Man-made Disaster/Fire (D)
- ☐ Mortgage Foreclosure (M)
- ☐ Lack of affordable housing, eviction, mental illness, unemployment, domestic violence (O)
- ☐ Parents/Caregiver is incarcerated
- ☐ Unknown/Other: _____ (U)

Please list the names of all students who are active in M-DCPS.

Student Name (Last, First)	Student ID#	Date of Birth	Grade	School/Location #

Current Address: _____ Apt: _____ City: _____ Zip: _____

Contact Phone: _____ Email: _____

Name of Parent/Guardian: _____ Date: _____

SECTION C: Unaccompanied Youth must complete this section.

- ☐ Student is living alone without an adult. ☐ Student is living with an adult that is NOT a parent/guardian.

Caregiver Name: _____

Please complete the FM-7402 (Caregiver's Authorization Form).

SECTION D: Parents, Guardians and/or Unaccompanied Youth must complete this section, prior to submitting the Questionnaire for processing.

The undersigned certifies that the information provided is accurate.

Signature of Parent/Guardian OR Unaccompanied Student

Date

SCHOOL/AGENCY STAFF USE ONLY

SCHOOL/AGENCY STAFF CONTACT INFORMATION

School/Agency Name: _____ Location #: _____

Staff Name: _____ Telephone #: _____ Extension: _____

Please fax the following completed forms to 305 579-0370, via email to projectupstart@dadeschools.net, or send forms to Location #9102:

► FM-7378

► FM-7402, FM-7404, and FM-7405, as applicable

Fax/Email Date: _____



Las Escuelas Públicas del Condado Miami-Dade

Departamento de la Administración de Título I

Programa de Niños y Adolescentes en Transición (*Children and Youth in Transition Program*)

Cuestionario de Elegibilidad Estudiantil para el Proyecto UP-START

El propósito del presente cuestionario de elegibilidad estudiantil es el de determinar la elegibilidad para obtener servicios de acuerdo con la Ley *McKinney-Vento Act*. El Estatuto de la Florida 837.06 provee que si alguien a sabiendas hace una declaración falsa por escrito con la intención de engañar a un funcionario público en el oficio de sus obligaciones, será culpable de un crimen de delito menor cuantía de segundo grado.

Los servicios del Proyecto UP-START son confidenciales y este formulario no se deberá compartir con agencias comunitarias externas.

SECCIÓN A: El estudiante actualmente tiene vivienda fija, regular o adecuada.

Inicial del padre de familia/tutor: _____
Nombre del estudiante: _____
de ID del estudiante: _____



- ☐ Alquila/Es propietario de su vivienda
☐ Vive en colocación en un hogar de acogida
Por favor, no continúe si ha marcado una de las casillas anteriores.



SECCIÓN B: El estudiante actualmente NO tiene vivienda fija, regular o adecuada.

Por favor, continúe si su hijo/a es un estudiante:

Cuya vivienda nocturna actual es... (sólo marque una)	Que fue desplazado del hogar por... (sólo marque una)
☐ Albergue de emergencia o transición, casa móvil de FEMA o abandonado en hospital (A)	☐ Desastre natural - Huracán (H)
☐ Comparte temporalmente con otras personas por causa de dificultades económicas (B)	☐ Desastre natural - Inundación (F)
☐ Un vehículo de cualquier tipo, parque de casas móviles o de campismo, parque, inmueble abandonado, local público o vivienda subestándar (por ejemplo, sin servicio de agua o corriente / infestada con moho) (D)	☐ Desastre natural - Tormenta tropical (S)
☐ Un motel/hotel debido a pérdida de vivienda, dificultad económica o razones parecidas (E)	☐ Desastre natural - Tornado (T)
	☐ Desastre provocado por el hombre/Incendio (D)
	☐ Ejecución hipotecaria (M)
	☐ Falta de vivienda asequible, desalojo, enfermedad mental, desempleo, violencia doméstica (O)
	☐ Padres/Tutor está(n) encarcelado(s) (U)
	☐ Desconocido / Otra razón: _____

Por favor, enumere los nombres de todos los estudiantes con matrícula vigente en las M-DCPS.

Apellido, Nombre del Estudiante	# ID del Estudiante	Fec. Nac.	Grado	Escuela / # de la Escuela

Dirección actual: _____ Apto: _____ Ciudad: _____ Código postal: _____

Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____

Nombre del padre/madre/tutor(es): _____ Fecha: _____

SECCIÓN C: Estudiante Joven No Acompañado debe llenar esta sección.

- ☐ El estudiante vive solo, sin un adulto. ☐ El estudiante vive con un adulto que NO ES un padre de familia / tutor legal
Nombre del cuidador: _____ Fecha: _____

Por favor, llene el formulario 7402 (Formulario de Autorización del Cuidador, *Caregiver's Authorization Form*).

SECCIÓN D: Los Padres de Familia, Tutores o Jóvenes No Acompañados deberán llenar esta sección antes de enviar el Cuestionario para ser procesado.

El que firma certifica que la información proporcionada es correcta.

Firma del padre/madre/tutor legal O estudiante no acompañado

Fecha

PARA USO DEL PERSONAL DE LA ESCUELA/AGENCIA SOLAMENTE

SCHOOL/AGENCY STAFF CONTACT INFORMATION

School/Agency Name: _____ Location #: _____

Staff Name: _____ Telephone #: _____ Extension: _____

Please fax the following completed forms to 305 579-0370, via email to projectupstart@dadeschools.net, or send forms to Location #9102:

- FM-7378
- FM-7402, FM-7404, and FM-7405, as applicable

Fax/Email Date: _____



MIAMI-DADE COUNTY PUBLIC SCHOOLS

DISCLOSURE AT TIME OF REGISTRATION

Chapter 1006.07 (1)(b), requires that any student seeking admission to a public school in the State of Florida will provide the following information at the time of initial registration:

- 1) **Has the student ever been expelled from any school, in or out of the State of Florida?**

YES ☐ NO ☐

If your answer to question 1 is "YES", please list each and every instance for which the student was expelled.

- 2) **Please state whether the student has ever been arrested where the arrest resulted in the student being formally charged. If your answer is "YES", please list each and every arrest which resulted in a formal charge.**

- 3) **Please state whether the student has ever been involved as a party in a case before the Juvenile Justice System? If so, state each action taken by the Juvenile Justice System which involved the student.**

- 4) **Please state whether the student has any corresponding referrals to mental health services related to your answers to Questions 1, 2 and 3. If yes, please list them.**

Student's Name _____ ID. # _____

(Please Print)

Ethnic _____ (Check all that apply) Race: White ☐ Black ☐ Asian ☐
Hispanic _____ (Y/N) American Indian ☐ Native Pacific Islander ☐

Date of Birth _____ Parent's/Guardian's Name _____

Address _____

Signature (Parent/Guardian) _____

Signature (Student) _____ Date Signed _____

ESCUELAS PÚBLICAS DEL CONDADO MIAMI-DADE

TRANSPARENCIA AL MOMENTO DE LA MATRÍCULA

El Capítulo 1006.07 (1)(b) requiere que cualquier estudiante que busca ingresar a una escuela pública en el Estado de la Florida proporcionará la siguiente información al momento de la matrícula inicial:

- 1) **¿Ha sido expulsado el estudiante de alguna escuela, dentro o fuera del Estado de la Florida?**

SÍ ☐ NO ☐

Si su respuesta para la Pregunta 1 es "SÍ", favor de enumerar cada instancia por la cual fue expulsado el estudiante.

- 2) **Favor de declarar si el estudiante ha sido detenido y si el arresto consecuentemente resultó en una acusación formal. Si su respuesta es "SÍ", favor de enumerar cada arresto que resultó en una acusación formal.**

- 3) **Favor de declarar si el estudiante se ha involucrado como sujeto en un caso ante el Sistema Judicial Juvenil. De ser así, declare cada acción tomada por el Sistema Judicial Juvenil que involucró al estudiante.**

- 4) **Favor de declarar si el estudiante tiene alguna referencia correspondiente para servicios de salud mental, según sus respuestas a las Preguntas 1, 2 y 3. De ser así, favor de enumerarlas.**

Nombre del estudiante _____ ID. # _____

(Favor de escribir en letra de molde)

Etnicidad _____ Raza: Blanca ☐ Negra ☐ Asiática ☐
Hispana _____ (S/N) (Marque todo el que aplique) Indígena americana ☐ Isleña del Pacífico ☐

Fecha de nacimiento _____ Nombre del padre de familia / tutor _____

Dirección postal _____

Firma (padre de familia / tutor) _____

Firma (estudiante) _____ Fecha de firma _____



MIAMI-DADE COUNTY PUBLIC SCHOOLS HOME LANGUAGE SURVEY

To Be Completed By Parent or Guardian

Student I.D. No. _____

Student Name _____
Last First Middle

Date of Birth _____ / _____ / _____ Grade _____ Parent Language _____ Student Language _____
Month Day Year

Date Entered U.S. School : _____ / _____ / _____ Ethnic (Check all that apply) Race: White ☐ Black ☐ Asian ☐
Month Day Year Hispanic _____ (Y/N) American Indian ☐ Native Pacific Islander ☐

If the answer is "YES" to any of these questions, the student must be tested for English proficiency.

1. Is a language other than English used in the home? Yes ☐ No ☐
2. Did the student have a first language other than English? Yes ☐ No ☐
3. Does the student most frequently speak a language other than English? Yes ☐ No ☐

School Alpha Charter of Excellence Date _____ Parent/Guardian Signature _____

ESCUELAS PUBLICAS DEL CONDADO DE MIAMI-DADE ENCUESTA SOBRE EL IDIOMA HABLADO EN EL HOGAR

Debe ser completado por el/la padre/madre o tutor/a

No. De I.D. _____

Nombre del Estudiante _____
Apellido Nombre Inicial

Fecha de Nacimiento _____ / _____ / _____ Grado _____ Lengua Paterna _____ Idioma del Estudiante _____
Mes Día Año

Fecha de Entrada a la Escuela de los Estados Unidos: _____ / _____ / _____ Origen Etnico (Marque todo lo pertinente) Raza: Blanco ☐ Negro ☐
Mes Día Año Hispano _____ (S/N) Asiático ☐ Indígena de los EEUU ☐ Oriundo de las Islas del Pacífico ☐

Si responde "Si" a alguna de estas preguntas, el estudiante debe tomar un examen para saber cual es su conocimiento del Inglés.

1. ¿Usan en su casa algún otro idioma que no sea el Inglés? Sí ☐ No ☐
2. ¿Tuvo el estudiante una lengua materna distinta al Inglés? Sí ☐ No ☐
3. ¿Habla el estudiante frecuentemente otro idioma que no sea el Inglés? Sí ☐ No ☐

Escuela Alpha Charter of Excellence Fecha _____ Firma del Padre/Madre _____

MIAMI-DADE COUNTY PUBLIC SCHOOLS SONDAJ SOU KI LANG TIMOUN NAN PALE

Pou paran oubyen moun ki responsab timoun nan ranpli

No. I.D. Elèv La _____

Non Elèv la _____
Non fanmi Non

Dat Fèt li _____ / _____ / _____ Klas _____ Lang paran Yo _____ Lang Elèv La _____
Mwa Jou Ane

Dat ou Antre U.S. Lekòl: _____ / _____ / _____ Etnisite (Tcheke tout sa ki aplike) Ras: Blan ☐ Nwa ☐ Azyatik ☐
Mwa Jou Ane Espayòl _____ (W/N) Amriken Endyen ☐ Natif Il Pasifik ☐

Si repons lan se "Wi" pou nenpòt nan kesyon anba yo, elèv la dwe pran yon tès Anglè.

1. Eske yo sèvi ak yon lang ki pa Anglè lakay li? Wi ☐ Non ☐
2. Eske elèv la te genyen yon premye lang anvan Anglè? Wi ☐ Non ☐
3. Eske elèv la abitye pale yon lang ki pa Anglè? Wi ☐ Non ☐

Lekòl Alpha Charter of Excellence Dat _____ Siyati Paran _____



**MIAMI-DADE COUNTY PUBLIC SCHOOLS
MEDIA RELEASE PARENTAL CONSENT FORM**

(Date)

Dear Parent:

Please be advised that during the year your child may be photographed, videotaped, or interviewed at various school sponsored events. With your consent, the photograph, video or interview may be reproduced and released for use in the media, i.e., newspapers, brochures, videos, television, the internet, and Miami-Dade County Public Schools websites and social media platforms such as Facebook, Twitter, etc.

Please indicate your preference below.

(Student's Name)

(Student's ID)

☐

Yes.

My child's photograph/video/interview **may** be reproduced and released for use in the media.

☐

No.

My child's photograph/video/interview **may not** be reproduced and released for use in the media.

(Signature)

(Date)

Return this signed form to:

CONTACT PERSON: Claudia David

SCHOOL NAME: Alpha Charter of Excellence

SCHOOL TELEPHONE: (305) 643-2132



**ESCUELAS PÚBLICAS DEL CONDADO MIAMI-DADE
FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PATERNO A LOS MEDIOS DE
COMUNICACIÓN**

(Fecha)

Estimado/a padre/madre o tutor/a:

Por la presente le advertimos que durante el curso escolar, posiblemente a su niño/a se le tome una fotografía, se le haga una grabación de video o se le entreviste en diversos eventos auspiciados por la escuela. Con su consentimiento, se podrá reproducir y publicar la fotografía, video o entrevista para ser entregada a los medios de comunicación, p. ej., periódicos, folletos, videos, televisión, o para su uso a través de la internet y de las páginas web de las Escuelas Públicas del Condado Miami-Dade y en plataformas de medios sociales como *Facebook*, *Twitter*, etc.

Por favor, indique su preferencia a continuación.

(Nombre del estudiante)

(Número de identificación del estudiante)

☐

Sí.

La fotografía/video/entrevista de mi hijo/hija **puede** ser reproducida y publicada para ser utilizada por los medios de comunicación.

☐

No.

La fotografía/video/entrevista de mi hijo/hija **no puede** ser reproducida ni publicada para ser utilizada por los medios de comunicación.

(Firma)

(Fecha)

Devuelva este formulario a:

PERSONA DE CONTACTO: Claudia David

NOMBRE DE LA ESCUELA: Alpha Charter of Excellence

TELÉFONO DE LA ESCUELA: (305) 643-2132