



**MILWAUKEE
PUBLIC SCHOOLS**

Solicitud para el programa bilingüe de primaria en julio

K5-8.º - Lunes a viernes, 1.º-26 de julio de 2019- 7:30-11:30 a.m.

No hay escuela el 4 ni el 5 de julio

Devuelva este formulario al docente de su hijo o a su escuela de MPS actual tan pronto como sea posible.

Sitio del programa bilingüe de julio (seleccione uno)	<input type="checkbox"/> Greenfield Programa bilingüe, grados K5-7.º CLC, BIL, ESL 1711 S. 35th St.	<input type="checkbox"/> Hayes Programa bilingüe, grados K5-8.º CLC, BIL, ESL 971 W. Windlake Ave.
	<input type="checkbox"/> Mitchell Programa bilingüe, grados K5-8.º Lugar seguro, BIL, ESL 1728 S. 23rd St.	<input type="checkbox"/> Vieau Programa bilingüe, grados K5-8.º CLC, BIL, ESL 823 S. 4th St.

Información del estudiante - USE LETRA DE MOLDE		
Apellido	Nombre	Inicial intermedia
ID de estudiante de MPS	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Dirección de la casa	Ciudad	Código Postal
Teléfono de la casa	Fecha de nacimiento (Mes/Día/Año) ____ / ____ / ____	
Escuela actual	Nivel de grado actual	
Etnia (seleccione todas las que apliquen): <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco		
El estudiante reside con: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Los dos padres <input type="checkbox"/> Tutor legal <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Otro:		

Información familiar			
Padre n.º 1: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Otro		Padre n.º 2: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Otro	
Nombre		Nombre	
Dirección <input type="checkbox"/> Marque aquí si es la misma del estudiante (si no, proporcione la dirección)		Dirección <input type="checkbox"/> Marque aquí si es la misma del estudiante (si no, proporcione la dirección)	
Ciudad		Ciudad	
Estado	Código Postal	Estado	Código Postal
Teléfono: Celular		Teléfono: Celular	
Teléfono: Casa/Trabajo		Teléfono: Casa/Trabajo	
Correo electrónico		Correo electrónico	

La solicitud continua en el reverso de la hoja.

Información médica

Médico del estudiante

Nombre/teléfono de la clínica

¿Alergias? Sí No

Describa:

¿Amenazan la vida? Sí No

Otros factores de salud

¿Toma medicamentos en la escuela? Sí No

Si el estudiante requiere tomar medicamentos, comprendo que estoy obligado a garantizar que el medicamento sea proporcionado y que el Formulario de Autorización para Aplicar Medicamentos esté en los registros en la oficina de la escuela. (Si es recetada por el médico del estudiante, se deberá proporcionar una EpiPen cada día). Puede obtener el formulario en el sitio web de MPS o en la escuela de su hijo.

Declaración de permiso y liberación de responsabilidad

Permiso: Comprendo, como padre o tutor legal del niño mencionado anteriormente que en ocasiones los medios de noticias locales, los medios de noticias nacionales o las organizaciones sin fines de lucro que están asociadas con Milwaukee Public Schools solicitan la oportunidad para videograbar, tomar fotografías o entrevistar a los niños en las escuelas de Milwaukee Public Schools. Al firmar este formulario, comprendo que y doy mi permiso para que MPS permita esto en relación con mi hijo.

Liberación: También comprendo que al firmar esta liberación doy permiso para que Milwaukee Public Schools haga o use fotos, diapositivas, imágenes digitales u otras reproducciones de mi persona, de mi hijo menor o de los materiales que nos pertenecen a mí o a mi hijo, y que coloque las fotos, diapositivas o imágenes terminadas para usarlas sin compensación en producciones de transmisiones, publicaciones, en la web u otros materiales impresos o electrónicos relacionados con el papel o función de Milwaukee Public Schools.

Comprendo que al firmar este formulario estoy, a nombre propio y de mi hijo, liberando a MPS y sus directores, funcionarios, empleados y representantes de cualquier reclamo futuro, así como de cualquier responsabilidad que se derive del uso de cualquier fotografía u otras imágenes.

Este formulario será válido durante todo el programa de verano y podrá ser revocado por escrito por el padre o tutor legal en cualquier momento.

 Sí, doy este permiso a MPS. **No, no doy este permiso a MPS.**

Firma del padre o tutor legal _____

Nombre del padre o tutor legal (con letra de molde)

Soy el padre o tutor legal de este estudiante. Sí No

Fecha de la firma

PARA USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA: Rep. escolar _____ Fecha _____ Nivel

Lau _____

Inscripción cruzada del estudiante _____ (iniciales) Oficina del Distrito _____ Fecha