

Liste todos los hermanos/nas que actualmente asisten a la escuela EPCS:

Nombre(s):

Grado:

Nombre de la escuela anterior: _____

Dirección: _____

Ciudad Estado Codigo Postal

Motivo del cambio de escuela: _____

Ha sido su hijo(a) referido a un equipo de estudio o Child Study Team? Si ____ No ____

Tiene su hijo(a) un plan de educacion individual o IEP (Individual Education Plan)? Si ____ No ____

Si la respuesta anterior es Si, favor presentar el IEP con esta solicitud.

Ha sido su hijo(a) referido a servicios del habla o Speech Services? Si ____ No ____

Participa su hijo(a) en un plan individual del habla o Individual Speech Plan? Si ____ No ____

Si la respuesta anterior es Si, favor presentar el Individual Speech Plan con esta solicitud.

Firma del Acudiente o Guardian Legal

Fecha

Office only

Date received _____

ESCUELA CHARTER ENGLEWOOD ON THE PALISADES
65 WEST DEMAREST AVENUE
ENGLEWOOD, NJ 07631

Telefono: (201) 569-9765

Facsimil: (201) 568-9576

Formulario para procedimientos de emergencia

Año Escolar _____

Nombre del Estudiante: _____ Grado: _____

Dirección _____ Doctor de cabecera: _____

Telefono de casa: _____ Telefono del doctor: _____

En caso de emergencia, enfermedad o accidente favor contactar a los siguientes individuos (asi sabremos como proceder).

Nombre completo del Padre o Guardian

Nombre completo de la Madre o Guardian

Lugar de trabajo del padre

Lugar de trabajo de la madre

Telefono del trabajo del padre

Telefono del trabajo de la madre

Celular del padre

Celular de la madre

Favor de proporcionar nombre(s), direcciones y telefonos de familiares, amigos o vecinos a quien pudiesemos llamar en caso de que ud. no este disponible.

Nombre: _____

Nombre: _____

Dirección: _____

Dirección: _____

Telefono (Casa): _____

Telefono (Casa): _____

Telefono (Celular): _____

Telefono (Celular): _____

Parentesco: _____

Parentesco: _____

Si su hijo(a) se enferma o lesiona durante el dia y no hay nadie en casa, a quien debemos llamar?
A la madre al trabajo? _____ Al padre al trabajo? _____ A los parientes/amigos listados arriba? _____

AL ESTUDIANTE NO SE LE PERMITIRA IRSE DE LA ESCUELA A MENOS QUE ESTE ACOMPAÑADO POR UN ADULTO DESIGNADO POR EL ACUDIENTE O TENGA PERMISO POR ESCRITO PARA CAMINAR A CASA.

Favor de notificar inmediatamente a la escuela de cualquier cambio en la informacion anterior, particularmente numeros de telefono.

Firma del Acudiente o Guardian

Fecha

**ESCUELA CHARTER ENGLEWOOD ON THE PALISADES
65 WEST DEMAREST AVENUE
ENGLEWOOD, NJ 07631**

Telefono: (201) 569-9765

Facsimil: (201) 568-9576

Formulario de Liberación/Entrega del Menor a terceros

Nombre del Estudiante: _____

Grado: _____

Las siguientes personas tienen mi permiso y/o autorización para recoger a mi hijo(a) de la escuela. Favor de incluirse a ud. mismo, (padres y/o guardianes) en esta lista. Escriba los nombres y el parentesco de esa persona con su hijo(a) (abuela, vecino o amigo).

Nombre: _____ Parentesco: _____

Telefono de casa: _____ Celular: _____

Telefono del trabajo: _____

Nombre: _____ Parentesco: _____

Telefono de casa: _____ Celular: _____

Telefono del trabajo: _____

Nombre: _____ Parentesco: _____

Telefono de casa: _____ Celular: _____

Telefono del trabajo: _____

Nombre: _____ Parentesco: _____

Telefono de casa: _____ Celular: _____

Telefono del trabajo: _____

Firma del Acudiente o Guardian

Fecha

**ESCUELA CHARTER *ENGLEWOOD ON THE PALISADES*
65 WEST DEMAREST AVENUE
ENGLEWOOD, NJ 07631**

Telefono: (201) 569-9765

Facsimil: (201) 568-9576

Formulario de Permisos para Paseos fuera de la Escuela

Fecha: _____

Por medio de la presente doy permiso para que mi hijo(a) salga de la escuela durante el día, para los paseos escolares que se realicen durante el año. Estoy consiente de que algunos de estos paseos requieran que los estudiantes caminen y otros requieran transporte.

Acepto la responsabilidad por mi hijo(a) de cumplir con las instrucciones y mandatos de sus maestros, en transito, al igual que en el punto de destino.

Nombre del estudiante: _____

Grado: _____

Firma del Acudiente o Guardian

ESCUELA CHARTER *ENGLEWOOD ON THE PALISADES*
65 WEST DEMAREST AVENUE
ENGLEWOOD, NJ 07631

Telefono: (201) 569-9765

Facsimil: (201) 568-9576

Formulario de Permiso para recibir llamadas telefonicas automaticas del
“class phone chain”

La Escuela Charter *Englewood on The Palisades* tiene nuestro permiso para listar nuestro nombre y telefono en el sistema automatico de llamadas de la escuela o **“class phone chain.”** (para anuncios de clima inclemente y otros)

Elija uno:

SI

NO

Nombre del estudiante: _____
Nombre Apellido

Acudiente: _____
Nombre Apellido

Telefono de Casa: _____

Firma del Acudiente

Fecha

***El sistema “Class Phone Chain” solo sera utilizado por nuestro personal para informar a los padres sobre el cierre de la escuela debido a inclemencias del clima o emergencias.**

**ENGLEWOOD ON THE PALISADES CHARTER SCHOOL
65 W. DEMAREST AVENUE
ENGLEWOOD, NJ 07631**

PHONE: (201) 569-9765

FAX: (201) 568-9576

Record Release Form

Entrega de Registros

Please release the following records to the Englewood on the Palisades Charter School.

Favor proporcionar los siguientes registros a la Escuela Charter *Englewood on the Palisades*.

Student's Name

Nombre del Estudiante

Date of Birth

Fecha de Nacimiento

Please provide the following Information:

- Academic Records (Creditos Academicos)
- Health Records (Registros de Salud)
- Standardized Test Records (Resultados de Pruebas Academicas)
- Confidential Records: (Child Study Team Records of psychological, neurological, psychiatric, learning disabilities evaluations, social history, and speech). (Otros registros confidenciales educativos y/o de salud)
- Student Identification Number _____
Numero de Identificación del Estudiante

Please print the name and address of your child's previous/current school.

Favor indicar el nombre y dirección de la escuela anterior de su hijo(a)

Name of School
Nombre de la Escuela

School Address
Dirección

City (Ciudad)

State (Estado)

Zip Code (Codigo Postal)

I understand the need for these records to be transferred, and hereby grant permission for you to release all records concerning my child to the Englewood on the Palisades Charter School. (Otorgo permiso para entregar estos registros de mi hijo(a) a la Escuela Charter Englewood on the Palisades.)

Thank you for your prompt consideration of this request.

Parent or Guardian

Signature:

Name (Firma del Acudiente)

Date (Fecha)

**ESCUELA CHARTER ENGLEWOOD ON THE PALISADES
65 WEST DEMAREST AVENUE
ENGLEWOOD, NJ 07631**

Telefono: (201) 569-9765

Facsimil: (201) 568-9576

Hoja de Información Familiar

Nombre del Estudiante: _____ Grado al que ingresa: _____

Por favor describa las actividades que gustan o interesan a su hijo(a), sus fortalezas y/o necesidades.

Alguna necesidad especial de aprendizaje que debamos saber para asi planear con anticipación el exito academico de su hijo(a)?

Por favor describa sus expectativas sobre el año escolar de su hijo(a). Tienen ud. o su hijo alguna meta que deseen compartir con nosotros?

Es el Ingles el idioma principal de su hijo(a)? SI _____ NO _____

Si no lo es, cual es el idioma principal que se habla en casa? _____

Puede su hijo(a) participar en celebraciones de tipo cultural y cumpleaños en la escuela?

Por favor incluya una copia del boletín del año pasado de su hijo(a), y su IEP si tiene uno.

Firma del Acudiente o Guardian: _____

Telefono de casa: _____ Telefono del trabajo: _____

Fecha: _____

**ESCUELA CHARTER ENGLEWOOD ON THE PALISADES
65 WEST DEMAREST AVENUE
ENGLEWOOD, NJ 07631**

Telefono: (201) 569-9765

Facsimil: (201) 568-9576

Reglas en cuanto a medicamentos

Solicitamos que los padres administren a sus hijos todos los medicamentos necesarios en casa.

En circunstancias especiales como enfermedades cronicas, intervenciones quirurgicas o incapacidades especificas, puede ser necesario que su hijo(a) reciba medicamentos mientras este en la escuela.

De acuerdo con las regulaciones estatales y pautas para la **ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS, una receta medica y la autorización escrita del acudiente o guardian legal** deben acompañar dichos medicamentos, ya sean **RECETADOS O NO RECETADOS**.

Medicamentos con o sin receta medica deberan ser traídos a la escuela en su envase original y con su etiqueta original. Los mismos se mantendran bajo llave en la dirección del plantel.

Tambien debera obtenerse una autorización escrita del medico del menor, para cada año escolar en el que se requieran medicamentos continuos, o aquellos que se receten por alergias, reacciones alergicas, dolores de cabeza cronicos, etc.

IMPORTANTE!!!

NO SE ADMINISTRARAN MEDICAMENTOS SIN LA AUTORIZACION POR ESCRITO DEL ACUDIENTE O GUARDIAN LEGAL Y EL MEDICO DEL MENOR.

Por favor firme abajo para indicar que entiende nuestras reglas en cuanto a medicamentos.

Firma del Acudiente o Guardian: _____

ESCUELA CHARTER *ENGLEWOOD ON THE PALISADES*
Encuesta Informativa de Salud

Fecha: _____

Nombre del Estudiante: _____

Grado: _____

Por favor conteste las siguientes preguntas. La información que se obtenga de esta encuesta sera utilizada exclusivamente para actualizar la base de datos del New Jersey Department Education Student System.

Gracias.

1. Esta su hijo(a) cubierto por un seguro medico?

A. Si B. No

2. Si respondio **Si** a la pregunta anterior, por favor escriba abajo el nombre de su proveedor o compañía de seguros.

**ESCUELA CHARTER ENGLEWOOD ON THE PALISADES
65 WEST DEMAREST AVENUE
ENGLEWOOD, NJ 07631**

Telefono: (201) 569-9765

Facsimil: (201) 568-9576

*Anthony Barckett, Director
Dr. Shirl Burns, Principal*

Estimados Padres:

Bienvenidos a la Escuela *Charter Englewood on the Palisades*.

Adjunto encontrara los siguientes formularios. Favor de llenarlos y entregarlos a la direccion del plantel.

Solicitud de Admisión

Formulario para Procedimientos de Emergencia

Formulario de Liberación/Entrega del Menor a terceros

Formulario de Permisos para Paseos fuera de la Escuela

Formulario de Permiso para recibir llamadas telefonicas automaticas del sistema "Class Phone Chain"

Formulario de autorizacion de entrega de registros

Hoja de Información Familiar

Reglas en cuanto a medicamentos

Favor presentar copias de los siguientes documentos con su solicitud:

Copia del certificado de nacimiento o pasaporte del estudiante

2 pruebas de residencia (factura de utilidades, cuenta de telefono o licencia de conducir del acudiente)

Boletin de calificaciones de la escuela anterior

Plan de Evaluación Individual (IEP) por el Equipo de Estudio o Child Study Team si corresponde

Historial y Evaluación Medica

Tarjeta de Vacunas

Prueba de que su hijo(a) esta registrado con la Junta de Educación de la ciudad donde reside

Su solicitud no estara completa hasta que todos los documentos arriba mencionados hayan sido presentados, y una reunion con el acudiente y estudiante haya sido efectuada.

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda llenando estas formas, por favor contacte a la oficina administrativa al (201) 569 9765. Si ud. no puede presentar copias de los documentos requeridos, favor de presentarse a la oficina con los originales, y nosotros le sacaremos las copias.

Atentamente,

Dr. Shirl Burns
Principal

Mr. Anthony Barckett
Director