

Miami-Dade County Public Schools Registration Requirements

Miami-Dade County Public Schools is committed to the education of all children. Your child's enrollment in this school is very important. Parents who cannot produce any of these documents, please ask to speak to an administrator.

I. ENTRIES FROM OUT-OF-COUNTY, STATE, COUNTRY, AND PRIVATE SCHOOLS

A. AGE AND LEGAL NAME VERIFICATION – Must provide one of the following:

1. Duly attested original birth certificate, *hospital certificate not acceptable*
2. Duly attested Certificate of Baptism with a parent affidavit
3. Insurance policy on the child's life in force for two years
4. Bonafide religious record with parent affidavit
5. Passport or Certificate of Arrival in the U.S. showing age of child
6. Transcript of school records of at least four years prior, stating date of birth
7. Affidavit of age signed by parent and Certificate of Age signed by public health officer

B. VERIFICATION OF PARENTAGE/CUSTODY / GUARDIANSHIP must be provided if registering parent is not identified on a birth certificate.

C. VERIFICATION OF ADDRESS – Must provide two of the following:

1. Broker's or Attorney's statement of parents' purchase of residence or properly executed lease agreement.
2. Current Homestead Exemption Card; and
3. Electric deposit receipt or electric bill, showing name and service address.

D. HEALTH REQUIREMENTS – Must provide both forms:

1. State of Florida School Entry Health Exam – [DH-3040](#)
Health examination performed within one year prior to enrollment; Clinical TB screening/results
2. Florida Certificate of Immunization – [DH-680](#)
from a private doctor, or local health provider

E. SCHOOL RECORDS

1. Verification of credits earned for grade placement; and
2. Interpretation of foreign records at no cost available from the Federal & State Compliance Office

II. TRANSFERS FROM ANOTHER MIAMI-DADE COUNTY PUBLIC SCHOOL

- Registering parent must bring a withdrawal slip from sending school
- Proof of address with name of registering parent.
- Proof of parent / guardian identification.



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 <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
2. Did the student have a first language other than English?	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
3. Does the student most frequently speak a language other than English?	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

School _____ 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 Asiático Indígena de los EEUU Oriundo de las Islas del Pacifico

Si responde "Sí" 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 <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
2. ¿Tuvo el estudiante una lengua materna distinta al Inglés?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
3. ¿Habla el estudiante frecuentemente otro idioma que no sea el Inglés?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

Escuela _____ 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 sévi ak yon lang ki pa Anglè lakay li?	Wi <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
2. Eske elèv la te genyen yon premye lang anvan Anglè?	Wi <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
3. Eske elèv la abitye pale yon lang ki pa Anglè?	Wi <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

Lekòl _____ Dat _____ Siyati Paran _____



EMERGENCY STUDENT DATA FORM

School No./Name _____ 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: I authorize the school district to provide or secure any necessary emergency care for my 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. Any person verified as a parent above and in the District's Student Information System is presumed to be authorized to pick up the student unless otherwise indicated.

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 name of any individual who is authorized or unauthorized by the registering parent to pick up a student from school must be contained on the Emergency Student Data Form for that student to be released to the individual by school staff (See Fla. Stat. 1000.21(5) and Policy 0100 for definitions of "parent"). -The school shall abide by the information provided on the Emergency Student Data Form. Any person verified as a parent in the District's Student Information System is presumed to be authorized to pick up the student unless otherwise indicated. The registering parent who completes the Emergency Student Data Form is responsible for providing information that is truthful and accurate – and in the case of unmarried, divorced, or separated parents, consistent with any court order in effect governing their divorce, separation, or parenting matters. Any parent contesting the information provided in the Emergency Student Data Form by another parent may seek assistance from the court governing their parenting matters to compel the registering parent to revise the information. School staff shall provide such persons with the website for the Family Court Self-Help Program at <http://www.jud11.flcourts.org/Family-Court-Self-Help-Program>. Parents may also agree to change the registering parent and submit an **Agreement to Change Registering Parent Form (FM-7600)** at any time.

FORMULARIO DE DATOS DEL ESTUDIANTE PARA UTILIZAR DURANTE EMERGENCIAS

Numero/Nombre de la Escuela _____ 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: Autorizo al distrito escolar a proporcionar o asegurar cualquier cuidado de emergencia necesario para mi hijo/a. 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. Se presume que cualquier persona verificada como padre arriba y en el Sistema de Información Estudiantil del Distrito está autorizada para recoger al estudiante a menos que se indique lo contrario.

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/tutores tienen derecho a revisar las calificaciones profesionales de los maestros de clase de sus hijos, incluido el estado de la licencia, el título de especialización, los títulos de posgrado y el campo de certificación. Este "derecho a saber", disponible en la escuela de su hijo, incluye si su hijo está recibiendo servicios proporcionados por paraprofesionales y, de ser así, sus calificaciones.

Quien a sabiendas haga una declaración falsa por escrito con la intención de engañar a un servidor público en el desempeño de su deber oficial será culpable de un delito menor de segundo grado según Fla. Stat § 837.06, o quien haga una declaración falsa verificada es culpable del delito de perjurio, un delito grave de tercer grado, según Fla. Stat. § 95.525, que son punibles según lo dispuesto en Fla. Stat., §§ 775.082, 775.083 y 775.084.

El nombre de cualquier persona que esté autorizada o no autorizada por el padre que inscribe para recoger a un estudiante de la escuela debe figurar en el Formulario de datos del estudiante de emergencia para que el personal de la escuela entregue a ese estudiante a la persona (consulte Fla. Stat. 1000.21(5) y Política 0100 para definiciones de "padre"). La escuela deberá cumplir con la información provista en el Formulario de Datos del Estudiante de Emergencia. Se presume que cualquier persona verificada como padre en el Sistema de Información Estudiantil del Distrito está autorizada para recoger al estudiante a menos que se indique lo contrario. El padre que inscribe, que completa el Formulario de datos del estudiante de emergencia es responsable de proporcionar información veraz y precisa, y en el caso de padres solteros, divorciados o separados, de acuerdo con cualquier orden judicial vigente que rija su divorcio, separación o asuntos de crianza. Cualquier padre que impugne la información provista en el Formulario de datos del estudiante de emergencia por otro padre puede buscar la ayuda del tribunal que rige sus asuntos de crianza para obligar al padre que inscribe a revisar la información. El personal de la escuela proporcionará a dichas personas el sitio web del Programa de autoayuda del tribunal de familia en <http://www.jud11.flcourts.org/Family-Court-Self-Help-Program>. Los padres también pueden aceptar cambiar el padre que inscribe y enviar un **Formulario de Acuerdo Para Cambiar el Padre que Inscribe (FM-7600)** en cualquier momento.



STUDENT'S INFORMATION

Student's Name _____
Last (apellido) First (nombre) Middle (Segundo)

Birthdate: _____ Place of birth _____ Sex _____
Fecha de nacimiento City/State Ciudad/Estado sexo

Address (direccion) _____ Phone (telefono) _____

Father's Name: (nombre del padre) _____

Place of Employment (lugar de trabajo) _____ Phone (telefono) _____

Mother's Name: (nombre del padre) _____

Place of Employment (lugar de trabajo) _____ Phone (telefono) _____

Name of person with whom pupil lives (if not parent) _____
(nombre de la persona con quien vive el estudiante-si no son los padres)

Emergency Contact (other than parents) Contacto de Emergencia (aparte de los padres)

1. _____
Name (nombre) Relation (parentesco) Phone (telefono)

2. _____
Name (nombre) Relation (parentesco) Phone (telefono)

Name of last school attended _____ City _____
(nombre de la ultima escuela que asistio) (ciudad)

Family Doctor (nombre de Dr.) _____ Phone (telefono) _____

Hospital preference (hospital de preferencia) _____

of brothers _____ #of sisters _____ Attend this school _____
(cuantos hermanos) (cuantas hermanas) (en esta escuela)

Pupil health data which should be known in emergency (datos sobre la salud del alumno que debemos saber en caso de emergencia)

Parent's Signature (firma de los padres) _____

Date (fecha) _____

DR. GILBERT L. PORTER ELEMENTARY SCHOOL

15851 SW 112 Street

Miami, FL 33196

Telephone: 305-382-0792 * Facsimile: 305-383-2761

Raul J. Gutierrez
Principal

Lorena E. Somohano
Assistant Principal



Jose L. Dotres
Superintendent
Miami-Dade County Public Schools

Ethnicity/Race Selection Form

The Miami-Dade County School District requires collection of ethnicity and race information. On the form below please circle yes or no to indicate your Hispanic/Latino ethnicity. In addition, please select a minimum of one race which describes your child, you may select more than one if applicable.

Student's Name _____

Ethnicity	Hispanic/Latino	Yes / No
Race (check all that apply)	American Indian/Alaska Native	
	Asian	
	Black/African American/Haitian	
	Native Hawaiian/Other Pacific Islander	
	White	



Miami-Dade County Public Schools

Directory Information Opt-Out Form

FOR REGISTRAR USE ONLY.	
1 - USM	5- USM/FAFSA
2 - IHE	6 - IHE/FAFSA
3 - FAFSA	7- USM/IHE/FAFSA
4 - USM/IHE	

Miami-Dade County Public Schools (M-DCPS) generally protects a student’s personally identifiable information¹ from disclosure without prior consent from parents or eligible students. However, unless the parent or eligible student specifically states in writing that they do not want this information provided, M-DCPS is required to provide senior high school students’ names, addresses, and telephone listings to military recruiters or institutions of higher education upon their request.²

Additionally, in a joint effort to increase the number of students applying for higher education financial aid, Miami-Dade County Public Schools and the United States Department of Education (USDOE) are participating in a Free Application for Federal Student Aid (FAFSA) Completion Project. Unless the parent or eligible student specifically states in writing that they do not want student information provided, M-DCPS may provide student information to the USDOE for this purpose. If you do **not** want your child’s information disclosed to any or all of these entities, check the space next to each entity listed below to which you do **not** want your child’s information disclosed.

I **DO NOT CONSENT TO DISCLOSURE** of my child’s name, address, telephone listing, or birth date to the following (check all that apply):

- United States Military (Army, Navy, Air Force, Marines, Coast Guard, etc.)
- Institutions of Higher Education
- USDOE for FAFSA Completion Project

Student’s Name: _____ Date of Birth: _____ ID#: _____

I understand that by checking the spaces above and submitting this form to the person indicated below, M-DCPS will restrict the disclosure of personally identifiable student information from my child’s educational records to the entities that I have selected.

I further understand that if I do not complete and return this form, M-DCPS will release the information to the above-mentioned entities upon request by the entity and has no further obligation to contact me on a case-by-case basis to request my consent for the disclosure of directory information to these entities.

Parent/Guardian Name

Signature

Date

To prohibit disclosure to the above-listed entities, return this form to your child’s school within the next 30 days to:

¹ The *Family Educational Rights and Privacy Act* (20 U.S.C. § 1232g; 34 C.F.R., Pt. 99) governs the confidentiality of student educational records.

² See 20 U.S.C. § 7908.

SÓLO PARA EL USO DEL SECRETARIO DE REGISTROS:

- | | |
|-------------|------------------|
| 1 - USM | 5- USM/FAFSA |
| 2 - IHE | 6 - IHE/FAFSA |
| 3 - FAFSA | 7- USM/IHE/FAFSA |
| 4 - USM/IHE | |



Escuelas Públicas del Condado Miami-Dade

Formulario para darse de baja del directorio

Las Escuelas Públicas del Condado Miami-Dade (*M-DCPS*) normalmente protegen la información¹ que aparece en el directorio personal que identifica al estudiante para que no se divulgue sin el consentimiento previo de los padres o de los estudiantes elegibles. Sin embargo, a no ser que uno de los padres o el estudiante elegible específicamente declare por escrito que no desean que se divulgue dicha información, las *M-DCPS* están obligadas a proporcionar los nombres, direcciones y las listas de teléfonos de los estudiantes que cursan el último año de secundaria, a reclutadores del ejército o a instituciones de educación superior, previa solicitud².

Además, en un esfuerzo conjunto con el fin de incrementar el número de estudiantes que solicitan ayuda financiera para la educación superior, las Escuelas Públicas del Condado Miami-Dade y el Departamento de Educación de los Estados Unidos (*United States Department of Education o USDOE*, por sus siglas en inglés) están participando en un proyecto en donde el estudiante llena todos los años una solicitud que determina su elegibilidad para recibir ayuda financiera (*Free Application for Federal Student Aid (FAFSA) Completion Project*). A no ser que uno de los padres o el estudiante elegible específicamente declare por escrito que no desea que se divulgue la información, las *M-DCPS*, por tal motivo, pueden divulgar la información del estudiante al *USDOE*. Si usted **no** desea que la información de su hijo se divulgue a cualquiera de estas entidades, por favor, haga una marca al lado de cada una de las entidades que usted **no** desea que la información de su hijo se divulgue.

NO DOY MI CONSENTIMIENTO PARA QUE SE DIVULGUE el nombre de mi hijo; la dirección, número de teléfono, fecha de nacimiento (haga una marca al lado de todas las que apliquen):

- Fuerzas armadas de los Estados Unidos (*Army, Navy, Air Force, Marines, Coast Guard, etc.*)
- Instituciones de educación superior
- El proyecto de *FAFSA Completion Project* de la *USDOE*

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____ Número de ID#: _____

Entiendo que al marcar los espacios que aparecen anteriormente y entregar este formulario a la persona que se indica a continuación, las Escuelas Públicas del Condado Miami-Dade limitarán la divulgación de la información del directorio que se encuentra en el expediente educacional de mi hijo a las entidades que yo haya señalado.

Además entiendo, que si no lleno y devuelvo este formulario, las *M-DCPS* divulgarán, previa solicitud, la información a las entidades que se mencionan anteriormente y las *M-DCPS* no tienen ninguna otra obligación de comunicarse conmigo individualmente ni de pedir mi consentimiento para divulgar la información que aparece en el directorio a estas entidades.

Nombre del padre/madre/tutor/tutora

Firma

Fecha

Para prohibir que se divulgue la información a las entidades mencionadas anteriormente, devuelva este formulario a la escuela de su hijo antes de 30 días a:

¹ The *Family Educational Rights and Privacy Act* (20 U.S.C. § 1232g; 34 C.F.R., Pt. 99) rige la confidencialidad de los expedientes educacionales del estudiante.

² Véase 20 U.S.C. § 7908.



MIAMI-DADE COUNTY PUBLIC SCHOOLS

UNLISTED TELEPHONE NUMBER NOTIFICATION

Directory information is defined in **Student Records**, which is incorporated as a part of Board Policy 8330, as the student's name, address, telephone number if it is a listed number, participation in officially recognized activities and sports, weight and height of members of athletic teams, degrees and awards received, and most recent educational agency or institution attended.

Federal law requires that school systems provide directory information upon request to military recruiters and institutions of higher education. Directory information may also be provided to other organizations and agencies.

Cards and forms distributed for collecting information at the start of this school year did not provide a space to indicate that a telephone number is unlisted. Therefore, this form should be used to indicate that the telephone number which was provided for a student is unlisted. A notation will be made in the student's record so that the telephone number **is not** provided in response to requests for directory information.

Please return this form within 30 days to your school, if your telephone number is listed and you do not want it provided in response to directory information requests.

Student's Name: _____ ID#: _____

Grade Level: _____ Unlisted Telephone Number: _____

Parent's/Guardian's/Student's Signature (18 years or older):

Print

Signature

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 _____

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 (Marque todo el que aplique) Raza: Blanca Negra Asiática
Hispana _____ (S/N) 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
DEPARTMENT OF EARLY CHILDHOOD PROGRAMS

PARENTAL CONSENT FORM FOR PHOTO/VIDEO RELEASE

Dear Parent:

_____ Date

Please be advised that during the year your child may be photographed or video taped at various school sponsored events. With your consent, the photograph or video may be released for use by the media, i.e., newspapers, brochures, videos, television. These materials will be used primarily for teacher training.

Please indicate your preference below.

____ Yes. My child's photograph/video **may** be reproduced and released for use by the media.

____ No. My child's photograph/video **may not** be reproduced and released for use by the media.

(Signature)

(Date)

(Print Parent's Name)

(Print Child's Name)

Return this signed form to:

CONTACT PERSON: _____

SCHOOL NAME: _____

SCHOOL TELEPHONE: _____



ESCUELAS PÚBLICAS DEL CONDADO DE MIAMI-DADE

DEPARTAMENTO DE PROGRAMAS INFANTILES

**FORMULARIO PARA OBTENER CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES
PARA AUTORIZAR EL USO DE TERCERAS PERSONAS DE UN VÍDEO O FOTO**

Fecha

Estimado padre, madre o tutor/a:

Por la presente se le comunica que durante el año escolar, quizá se fotografíe a su niño(a) o se le incluya en algún vídeo, durante algunos de los eventos auspiciados por la escuela. Con su previo consentimiento se puede entregar la fotografía o el vídeo de su niño(a) a medios de comunicación, tales como periódicos, vídeos, televisión o para su inclusión en folletos. En principio, estos materiales se utilizarán para el entrenamiento de los maestros.

Por favor indique más abajo su preferencia.

____ Si. La fotografía o vídeo de mi niño/a **puede** ser reproducido para el uso de los medios de comunicación.

____ No. La fotografía o vídeo de mi niño/a **no puede** ser reproducido para el uso de los medios de comunicación.

(Firma)

(Fecha)

(Imprima el nombre del/de la padre/madre tutor/a)

(Imprima el nombre de su niño/a)

Devuelva este formulario firmado a:

CONTACTO: _____

NOMBRE DE LA ESCUELA: _____

TELÉFONO DE LA ESCUELA: _____



**Miami-Dade County Public Schools
Department of Title I Administration
Project UP-START Program**



2022-2023 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 who 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 agencies.

QUESTION 1: WHAT IS YOUR FAMILY CURRENT NIGHTTIME RESIDENCE? (SELECT ONE OPTION)

- Shelter (A) Doubled-up/Sharing the home of others (B) Car/Park/Trailer/Substandard Housing (e.g., no water, no electricity, mold infestation) [D]
- Hotel/Motel/Airbnb (E) Rent home Own home

SKIP QUESTION #2 IF YOU SELECT RENT HOME/OWN HOME

QUESTION 2: WHAT IS THE REASON YOUR FAMILY DOES NOT HAVE A PERMANENT NIGHTTIME RESIDENCE? (SELECT ONE OPTION)

- Pandemic (P) Hurricane (H) Flooding (F) Lack of affordable housing/eviction, domestic violence, mental illness, unemployment, etc. (N) Parent/Caregiver is Incarcerated
- Man-Made Disaster/Fire (D) Mortgage Foreclosure (M) Tropical Storm (S) Tornado (T) Wild Fire (W) Unknown (U)

QUESTION 3: WHO IS/ARE THE STUDENT(S) FOR WHOM YOU ARE COMPLETING THIS FORM?

Student First & Last Name	Student ID Number	Date of Birth	Grade Level	School Name/Location #

PARENT/GUARDIAN CONTACT INFORMATION (DO NOT COMPLETE QUESTIONS 4 AND 5)

Current Address: City: Zip Code:

Parent Name: Phone Number:

Parent/Guardian Signature: Date:

QUESTION 4 AND 5: TO BE COMPLETED BY UNACCOMPANIED YOUTH ONLY (SELECT ONE OPTION)*

- 4) Are you living alone without an adult? 5) Are you living alone with an adult that is NOT a parent/guardian?

Caregiver's Name: Date:

Unaccompanied Youth Signature:

***Please ask your caregiver to complete the Caregiver's Authorization Form (FM-7402), and submit it with this form.**

FOR SCHOOL/AGENCY USE ONLY

School/Agency Name: Location #:

School Contact Name:

Contact Number/Ext: Email Address:

Please fax the completed forms to 305 579-0370, or via email at projectupstart@dadeschools.net or send forms to the respective location site, to the attention of **Project UP-START**: South - Loc #7021; Central - Loc #8005, & North - Loc #9571.
THIS FORM DOES NOT TRIGGER A CALL TO THE FAMILY. FOR MORE SERVICES, FM-7404 AND/OR FM-7405 MUST BE SUBMITTED.



**Escuelas Públicas del Condado Miami-Dade
Departamento de la Administración de Título I
Programa del Proyecto UP-START**



2022-2023 Cuestionario de Elegibilidad de Estudiantes del 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.

PREGUNTA 1: ¿CUÁL ES LA RESIDENCIA NOCTURNA ACTUAL DE SU FAMILIA? (SELECCIONE UNA OPCIÓN)

- Albergue (A) Comparte vivienda con otras personas (B) Vehículo/Parque/Parque de casas móviles/ Vivienda subestandar (por ejemplo, sin servicio de agua o corriente/ infestada con moho) [D]
- Hotel/Motel/Airbnb (E) Alquila una vivienda Propietario de su vivienda

SALTE LA PREGUNTA #2 SI SELECCIONA ALQUILA UNA VIVIENDA O PROPIETARIO DE SU VIVIENDA

PREGUNTA 2: ¿POR QUÉ SU FAMILIA NO TIENE UNA RESIDENCIA NOCTURNA PERMANENTE? (SELECCIONE UNA OPCIÓN)

- Pandemia (P) Huracán (H) Inundación (F) Falta de vivienda asequible, desalojo, enfermedad mental, desempleo, violencia doméstica (N) El padre / cuidador está encarcelado.
- Incendio (D) Ejecución hipotecaria (M) Tormenta tropical (S) Tornado (T) Incendio forestal (W) Desconocido (U)

PREGUNTA 3: ¿QUIÉNES SON LOS ESTUDIANTES PARA LOS CUALES USTED ESTÁ LLENANDO ESTE FORMULARIO?

Nombre y Apellido del Estudiante	# ID del Estudiante	Fecha de Nacimiento	Grado	Escuela / # de la Escuela

PADRES/TUTORES INFORMACION DE CONTACTO (NO COMPLETE LAS PREGUNTAS #4 AND #5)

Dirección Actual: Ciudad: Código postal:

Nombre del Padre/Madre/Tutor : Teléfono:

Firma Padre/Madre/Tutor: Fecha:

PREGUNTAS #4 AND #5: LLENAR POR JÓVENES NO ACOMPAÑADOS SOLAMENTE (SELECCIONE UNA OPCIÓN)*

- 4) ¿Vives solo sin un adulto? 5) ¿Vives solo con un adulto que NO es padre/tutor legal?

Nombre del cuidador : Fecha:

Firma de estudiante no acompañado :

*Pídale a su cuidador que complete el [Formulario de autorización del cuidador \(FM-7402\)](#), y envíelo con este formulario.

FOR SCHOOL/AGENCY USE ONLY

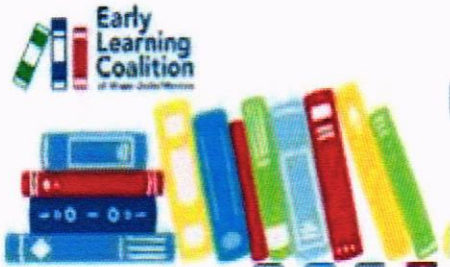
School/Agency Name : Location # :

School Contact Name :

Contact Number/Ext : Email Address :

Please fax the completed forms to 305 579-0370, or via email at projectupstart@dadeschools.net or send forms to the respective location site, to the attention of **Project UP-START**: South - Loc #7021; Central - Loc #8005, & North - Loc #9571.
THIS FORM DOES NOT TRIGGER A CALL TO THE FAMILY. FOR MORE SERVICES, FM-7404 AND/OR FM-7405 MUST BE SUBMITTED.

Additional VPK Resources:



Please visit <https://www.elcmdm.org/contact-us/locations> or call the Early Learning Coalition at 305 646-7220 for service center locations.



Parents may log in to www.vpkhelp.org to apply for the Certificate of Eligibility (COE).

Sample Certificate of Eligibility (COE)



STATE OF FLORIDA
VOLUNTARY PREKINDERGARTEN (VPK) EDUCATION PROGRAM

Child Certificate of Eligibility

SAMPLE

I. CHILD CERTIFICATE OF ELIGIBILITY *(Issued by Early Learning Coalition, through the Family Portal)*

1. VPK program year	2. Certificate number	3. Certificate issue date	4. Parent email address
5. Parent name		6. Primary contact number	7. Secondary contact number
8. Child's full name		9. Child's date of birth	10. County

II. ADMISSION BY PROVIDER OR SCHOOL *(Jointly Prepared by Provider or School AND Parent or Guardian)*

11. Name of provider or school	12. Telephone	
13. Address of VPK site	14. VPK class	15. Date child will begin attendance
The provider or school certifies that it admits the child (item 8) for enrollment in the VPK program and agrees to deliver the program for the child.		I certify that I choose the provider or school (item 11) to deliver the VPK program for my child and program funds be paid to the provider or school for my child.
16. Signature of authorized representative for provider or school	17. Date	18. Parent signature

III. ENROLLMENT SUBMISSION AND CONFIRMATION *(Submit to Provider or School)*

<p>TO PROVIDER OR SCHOOL: Contact the coalition upon enrollment of the child for payment. The Early Learning Coalition may issue a confirmation number for payment (below). www.floridacmdm.org/</p>	<p>TO EARLY LEARNING COALITION: I have received the confirmation number for payment (below). 646-7220 www.floridacmdm.org/</p>
<p>IS YOUR CONFIRMATION NUMBER (IF APPLICABLE)</p>	

TO PRIVATE PROVIDER OR PUBLIC SCHOOL: A private provider or public school must keep each original signed form for at least 5 years from the date of the last payment that is received or until the resolution of any related audit findings or any related litigation, whichever occurs last. Private providers must permit the early learning coalition, and a public school must permit the school district, to retain original signed forms during normal business hours. If required by the early learning coalition, a signed copy of this certificate must be provided to the coalition or a qualified contractor acting on behalf of the coalition.

SAMPLE

FREE VACCINES FOR CHILDREN UP TO 18 YEARS OF AGE



PLEASE CALL TO MAKE AN APPOINTMENT AT
POR FAVOR LLAMENOS PARA UNA CITA
TANPRI RELE POU YON RANDEVOU NAN

786.845.0550

To expedite your services please visit our web:

<http://miamidade.floridahealth.gov/>

under programs & services, select Clinical Services then click
immunizations

Clinic Locations:

- **Health District Center**
1350 NW 14th Street 2nd Floor
Miami, Florida 33125
Monday - Friday (8am-3:30pm)
- **West Perrine Center**
18255 Homestead Avenue
Miami, Florida 33157
Monday - Friday (8am-3:30pm)
- **Little Haiti Health Center**
300 NE 80th Terrace
Miami, Florida 33138
Monday - Friday (8am-3:30pm)