

BEM-VINDO AO MAYNARD HIGH SCHOOL!

1 Tiger Drive, Maynard, MA 01754

Phone – 978-897-8891 ~ Fax – 978-897-6089

Este pacote foi preparado para fornecer-lhe as informações que você precisa para matricular seu filho para os graus 9-12 nas Escolas Públicas de Maynard.

Registro:

Por favor, preencha as seguintes formas e nos fornecer os seguintes documentos exigidos.

Formas para Concluir

- Formulário de Inscrição para Admissão
- Atestado de Residência
- Etnia Inquérito
- Inquérito Língua Materna
- Militar Posição Familiar
- Formulário de Histórico de Saúde
- Pedido de Estudante Registros
- Estudante de Emergência Formulário de Informações
- Forma de Libertação Acadêmico

- Forma de Libertação Military

Documentação Necessária

- Certidão de nascimento
- Prova de Residência Maynard (conta de serviço público, contrato de locação casa)
- Cópia de Física do doutor datada no último ano da escola data de início
- Registro de Imunização ***veja abaixo**

Por favor, não se esqueça de incluir o seu endereço de e-mail sobre a papelada de registro.

Boletins escolares, boletins e outras informações importante escola são enviadas para o seu e-mail. Além disso, sugerimos que você ir para o site da escola com freqüência para ver os sites de classe / tarefas de casa, anúncios diários, informações da escola e muito mais. Para acessar o site de uma escola, por favor vá para www.maynardschools.org e ir para o "Schools" menu suspenso para selecionar uma escola. Você pode se inscrever para iPass / iParent após o aluno começa a escola para ver as notas de alunos e ver relatório cartões - por favor, ligue para o escritório se você precisar de assistência.

***Requisitos Médicos:**

Lei estadual exige que as escolas devem ter as seguintes informações ANTES DE UMA criança entra na escola. Um aluno não pode começar a escola sem a aprovação da enfermeira da escola.

- Documentação imunização atual, que deve incluir o mês eo ano de imunizações. Seu filho não podem ser admitidos sem verificação do estado exigido imunizações no total, incluindo a prova de frango Doença Pox ou catapora Imunização.
- Cópia de um exame físico atual **é necessária dentro de** um ano antes do início das aulas.

As informações solicitadas: por favor fornecer qualquer IEP oficial, tutela ou guarda de documentação ou outras informações relevantes, ou informar o escritório que existe tal informação.

Depois de ter concluído as informações de registro necessário, vamos criar uma agenda para o seu filho e notificar os seus professores. Sua data de início será definido após a sua inscrição foi aprovada.

Por favor, não hesite em perguntar ao escritório quaisquer perguntas que você possa ter.

Obrigado.



MAYNARD PUBLIC SCHOOLS

www.maynardschools.org

Formulário de Inscrição Para Admissão

Data Entrada: _____ Sexo: Masculino ___ Feminino ___ Registrando Para a Classe: _____

Estudantes Nome Completo: _____
(Última) (Primeiro) (Médio)

Endereço do Aluno: _____ Escola Escolha: Sim ___ Não ___

Estudante vive com: Ambos os Pais ___ Mãe ___ Pai ___ Família de Acolhimento ___ Guardião ___

Data de Nascimento: _____ Local de Nascimento: _____
Mês/Dia/Ano Cidade Estado País

O seu filho tem seguro de saúde? Sim Não Seguro dentário? Sim Não

Companhia de Seguro de Saúde _____ MassHealth/ Medicaid: Sim Não

Estudante frequentou escolas Maynard? Sim ___ Não ___ Se Sim, quando eles finalmente compareceu? _____

Estudante atualmente tem um I.E.P. aceitos? Sim ___ Não ___ 504 Plano? Sim ___ Não ___

Tem alguma educação especial precisa (físico, emocional, acadêmico) não coberto por um I.E.P. ou 504 que devemos estar conscientes de estudante? Sim ___ Não ___ Por favor, explique: _____

Pai/Guardião

Pai/Guardião

Nome: _____

Relação ao aluno: _____

Endereço, se for diferent de Estudante: _____

Email: _____

Telefone 1 _____ Casa Célula Trabalho _____ Casa Célula Trabalho

Telefone 2 _____ Casa Célula Trabalho _____ Casa Célula Trabalho

Telefone 3 _____ Casa Célula Trabalho _____ Casa Célula Trabalho

Escolas que frequentou anteriormente: _____

Outras crianças na família que assistir/vai estar freqüentando escolas Maynard:

Nome: _____ Data de Nascimento: _____ Nome da Escola _____

Nome: _____ Data de Nascimento: _____ Nome da Escola _____

Nome: _____ Data de Nascimento: _____ Nome da Escola _____

Notificação de Emergência:

Nome: _____ Relação: _____ Telefone: _____

Nome: _____ Relação: _____ Telefone: _____

Pai / Guardiã Assinatura

Data



MAYNARD PUBLIC SCHOOLS

www.maynardschools.org

CERTIFICADO DE RESIDÊNCIA

É a política das Escolas Públicas de Maynard em conformidade com MGL CH72 §2 e CH76 §5 que qualquer estudante que não vive em Maynard devem frequentar a escola na comunidade onde vivem. Se da administração escolar determina que você não vive em Maynard, seu filho vai ser retirado do nosso distrito escolar. Os pais devem informar os diretores de escolas sempre que há uma mudança de endereço. As escolas públicas de Maynard reserva-se o direito a que a informação a residência verificados pelo Diretor de Atendimento a qualquer momento. Esta norma de residência não se aplica a estudantes sem teto. Se uma família não vive em Maynard, podem candidatar-se a Escolha da Escola (School Choice) antes de 30 de setembro. Aplicações opção de escola forem aprovadas com base em sala de aula disponibilidade de espaço.

1. Eu entendi aquilo _____ deve ser um residente da cidade de Maynard.
(nome do estudante)
2. Certifico que _____ vive comigo no seguinte endereço:
(nome do estudante)

Imprimir Pais / Guardião Nome

Endereço

3. Eu certifico que eu sou um residente legal de Maynard, e eu ter apresentado um item da documentação exigida listados abaixo:

- Cópia da Escritura casa, um projeto de lei hipoteca recente, ou propriedade factura fiscal
- Cópia do contrato de locação assinado apartamento atual
- A conta de utilidade datado nos últimos 45 dias
 Bill Elétrico Bill Gás Outro _____
- Documentação mostrando o endereço do serviço ea data de conexão para Utility
- Carta do senhorio reconhecer membros da família no endereço

4. Eu [sou não sou] responsável legal do aluno acima indicado.
(circule um acima) ***Se existe tutela, anexar documentação legal.

5. Certifico que a presente situação que vivem não é um arranjo de conveniência, com o único propósito de ter o aluno residente comigo para frequentar escolas públicas Maynard.

Eu entendo que se matricular a criança acima nomeada nas Escolas Públicas de Maynard depende das condições da Política de residência, que eu li. Eu também entendo que infração desta política pode resultar na rescisão da inscrição da criança e que eu possa ser responsabilizada por reembolso de matrícula dessa criança.

Certifico sob as dores e penalidades de perjúrio que a informação cedida é preciso e verdadeiro.

(Assinatura do Pais ou Guardião)

(Encontro)



MAYNARD PUBLIC SCHOOLS

www.maynardschools.org

Nome da Criança _____ Escola _____

Pais / Guardião Assinatura _____

Seção I: Etnia (Selecione um)

Não Hispânica nem Latina

Hispânica ou latina

(A pessoa de cubanos, mexicanos, porto-riquenho, do Sul ou da América Central, ou de outras culturas espanholas ou de origem, independentemente da raça.)

Seção II: Race (Selecione tantos quantos se aplicarem)

Índios americanos ou nativos do Alasca (A pessoa que tem origens em qualquer dos povos originais da América do Norte e do Sul (incluindo a América Central), e que mantém filiação tribal ou anexo comunidade.)

Asiática (Uma pessoa que tenha origem em qualquer um dos povos originários do Extremo Oriente, Sudeste Asiático, ou no subcontinente indiano. Esta área inclui, por exemplo, Camboja, China, Índia, Japão, Coreia, Malásia, Paquistão, Ilhas Filipinas, Tailândia e Vietnã).

Preto ou Africano americano (Uma pessoa que tenha origem em qualquer dos grupos raciais negros da África.)

Nativo do Havaí ou de Outra Ilha do Pacífico (Uma pessoa que tenha origem em qualquer dos povos originais do Havaí, Guam, Samoa, ou outras ilhas do Pacífico.)

Branco (Uma pessoa que tenha origem em qualquer dos povos originais da Europa, Oriente Médio ou na África do Norte.)

Seção III:

Estado de Baixa Renda (Verifique se aplicável)

O aluno é elegível para o almoço livre ou reduzido, ou recebe ajuda transitória aos benefícios Famílias; ou é elegível para o vale-refeição.

Condição de migrante (Verifique se aplicável)

Uma indicação de se um indivíduo ou um pai / tutor que acompanha um indivíduo mantém o emprego principal em uma das atividades mais agrícolas ou de pesca em uma base sazonal ou temporárias e estabelece uma residência temporária com a finalidade de tal emprego.

O status de imigrante (Verifique se aplicável)

Uma indicação de se um estudante é elegível para o Programa de Educação de Emergência do Imigrante, o aluno não deve ter nascido em qualquer outro Estado (qualquer um dos 50 estados, o Commonwealth de Puerto Rico, o Distrito de Columbia, Guam, Samoa Americana, a Ilhas Virgens, Ilhas Marianas do Norte, ou do território das Ilhas do Pacífico) e não ter completado 3 anos completos acadêmicos da escola em qualquer estado.

País de Origem: _____ (País de onde emigrou criança imigrante)

Data de Imigração da criança: _____



MAYNARD PUBLIC SCHOOLS

www.maynardschools.org

Pesquisa de Idioma Doméstico

Caros Pais e Guardiões,

Os regulamentos do departamento de Educação Elementar e Secundária de Massachusetts exigem que *todas* as escolas determinem os idiomas falados no domicílio de cada aluno para identificar suas necessidades de idioma específicas. Essa informação é essencial para que as escolas ofereçam instrução significativa para todos os alunos. Se outro idioma que não seja inglês for falado em casa, o distrito precisará realizar uma avaliação mais detalhada do seu filho. Por gentileza, ajude-nos a atender esse requisito importante, respondendo às seguintes perguntas. Agradecemos a sua ajuda.

Informações do aluno	
Nome _____	Nome do meio _____
_____	Sobrenome _____
_____	Sexo F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
País de nascimento _____	Data de nascimento (mm/dd/aaaa) _____
	Data do primeiro registro em QUALQUER escola norte americana (mm/dd/aaaa) _____
Informações da escola	
Data de início na nova escola (mm/dd/aaaa) _____ / ____ / 20____	Nome da escola e cidade antiga _____
	Grau escolar atual _____
Perguntas para os pais/tutores	
Quais são os idiomas nativos de cada pai/tutor? (circule uma) _____ (mãe / pai / tutor) _____ (mãe / pai / tutor)	Quais idiomas são falados com seu filho? (inclua parentes -avós, tios, tias, etc. - e babás) _____ pouca frequência / algumas vezes / com frequência / sempre _____ pouca frequência / algumas vezes / com frequência / sempre
Qual foi o primeiro idioma que seu filho compreendeu e falou?	Qual idioma você usa com mais frequência com seu filho?
Quais são os outros idiomas que seu filho conhece? (circule todas as opções aplicáveis) _____ fala / lê / escreve _____ fala / lê / escreve	Quais são os idiomas que seu filho usa? (circule uma) _____ pouca frequência / algumas vezes / com frequência / sempre _____ pouca frequência / algumas vezes / com frequência / sempre
Você deseja receber informações por escrito da escola em seu idioma nativo? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Você deseja um intérprete/tradutor presente nas reuniões entre pais-professores? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Assinatura dos pais/tutores: X	_____ / ____ / 20____ Data de hoje: (mm/dd/aaaa)



MAYNARD PUBLIC SCHOOLS

www.maynardschools.org

RE: MILITAR DA FAMÍLIA DE STATUS

Caras Famílias:

Em maio de 2012, como parte do Ato de Valor, Massachusetts tornou-se membro do Pacto Interestadual sobre Oportunidade Educacional para Crianças Militar. O Pacto tem como objetivo fazer a transição para uma nova escola mais fácil para as crianças militares em áreas como a inscrição, avaliação, graduação, etc. As disposições do Pacto também se aplicam aos alunos cujos pais / responsável é distribuída atualmente, ou que recebeu alta do ativo dever devido a uma deficiência ou morreu enquanto na ativa no ano passado.

Por favor, preencha e envie este formulário para a escola do seu filho, se qualquer uma das seguintes afirmações são verdadeiras.

Há um pai ou tutor na casa do estudante que:

(Por favor, verifique a caixa que se aplica)

- é membro dos serviços uniformizados ou Guarda Nacional e da Reserva a tempo inteiro ordens de serviço ativo.
- atualmente é implantado.
- que é um veterano aposentado no ano passado.
- foi medicamente descarregada dentro do ano passado.
- morreu enquanto servindo nosso país no ano passado.

Data de descarga, aposentadoria, morte, desenvolvimento, transferência de militar, etc. _____

Nome do Serviço de Membro: _____

Nome do Aluno: _____

This Nome de pessoa forma completando: _____ Data: _____

FORMULÁRIO DE HISTÓRICO DE SAÚDE

A fim de manter a escola do seu filho Health Record até à data e para fornecer melhores serviços de saúde para o seu filho, eu peço que você preencha o seguinte histórico de saúde e devolvê-lo ao Serviço de Saúde na escola do seu filho. Uma corrente Exame Físico (dentro de 1 ano) e Imunização registro são necessários para completar a escola do seu filho Health Record.

Nome: _____ Grau: _____

Data de Exame Médico Última: _____ Nome do Médico: _____

Data de Exame Última Dental: _____ Nome do dentista: _____

O seu filho teve alguma das seguintes? Se sim, por favor explique.

Alergias (alimentos, medicamentos, outros) _____

	Não	Comentários
Acidente?	<input type="checkbox"/>	_____
Hospitalizações?	<input type="checkbox"/>	_____
Operações?	<input type="checkbox"/>	_____
Reação alérgica?	<input type="checkbox"/>	_____
Infecções de ouvido?	<input type="checkbox"/>	_____
Garganta Infecções?	<input type="checkbox"/>	_____
Infecções respiratórias?	<input type="checkbox"/>	_____
Asma?	<input type="checkbox"/>	_____
Dores de cabeça freqüentes?	<input type="checkbox"/>	_____
Convulsão ou apreensão?	<input type="checkbox"/>	_____
Ossos/Joint Doença/Ferimento	<input type="checkbox"/>	_____
Doenças transmissíveis?	<input type="checkbox"/>	_____
Problemas dentários?	<input type="checkbox"/>	_____
Problemas nos rins?	<input type="checkbox"/>	_____
Problemas cardíacos?	<input type="checkbox"/>	_____
Diabetes diagnostic?	<input type="checkbox"/>	_____
Problemas menstrual?	<input type="checkbox"/>	_____

O seu filho está tomando qualquer medicação em uma base diária? Se sim, por favor, liste _____

O seu filho tem quaisquer limitações físicas que podem exigir modificações no programa ou restrições? se sim, por favor explique _____

Por favor, adicione quaisquer outros problemas ou comentários que você gostaria de chamar a atenção da enfermeira da escola. _____

Por favor, liste quaisquer vacinas atualizadas, ou seja, a hepatite B série, Td (tétano / difteria) de reforço:

Pai / Guardião Assinatura

Data



MAYNARD HIGH SCHOOL

One Tiger Drive • Maynard, Massachusetts 01754 • 978-897-8891 • www.maynardschools.org

FORMULÁRIO DE LIBERTAÇÃO DOS PAIS - REGISTROS DOS ALUNOS PARENT RELEASE FORM – STUDENT RECORDS

Nome do estudante _____ DOB _____ Grau _____
Student Name _____ Grade _____

Endereço _____ Cidade/Estado/ZIP _____
Address _____ City/State/Zip _____

Última Escola Cursada _____
Last School Attended _____

Pessoa de Contato _____
Contact Person _____

Endereço _____ Cidade/Estado/ZIP _____
Address _____ City/State/Zip _____

Telefone _____
Telephone _____

Motivo da transferência _____
Reason for Transfer _____

Date Requested Data Requerida	Date Received Data Recebida	Records Registros
_____	_____	Completed Registration Forms Formulários de inscrição preenchido
_____	_____	Current Report Card/Schedule Relatório Atual Cartão / Agenda
_____	_____	High School Transcript Transcrição da High School
_____	_____	Medical Records/Immunizations/Visa Registros médicos / Imunizações / Visa
_____	_____	Official Discipline Report Relatório Oficial Disciplina
_____	_____	Attendance Report Relatório de Frequência
_____	_____	Testing Records (including MCAS, IEP) Registros de teste (incluindo MCAS, IEP)
_____	_____	SASID Number Número SASID

Por favor, forneça os nomes e endereços de todos os colégios frequentadas para além da escola listados acima
Please provide the names and addresses of all high schools attended in addition to the school listed above.

Assinatura do Pai / guardião Signature of Parent/Guardian

Data / Date

As informações fornecidas neste formulário devem ser recebidos e analisados pelo pessoal da escola.
Information provided on this form must be received and reviewed by school personnel



PROFESSOR _____
GRAUE _____
LÍNGUA FALADA EM CASA _____

ESTUDANTE DE EMERGÊNCIA FORMULÁRIO DE INFORMAÇÕES

Nome do Aluno: _____

LIVES WITH ↓	Último	Primeiro	Meio	Data de Nascimento
	Estudante Endereço: _____			

Pais / Guardiã Nome: _____ Telefone 1: _____ Casa Cell Trabalho

Relação con Estudante: _____ Telefone 2: _____ Casa Cell Trabalho

Endereço se for diferente do Estudante: _____ Telefone 3: _____ Casa Cell Trabalho

_____ E-Mail: _____

Ocupação _____ Endereço de trabalho _____

Pais / Guardiã Nome: _____ Telefone 1: _____ Casa Cell Trabalho

Relação con Estudante: _____ Telefone 2: _____ Casa Cell Trabalho

Endereço se for diferente do Estudante: _____ Telefone 3: _____ Casa Cell Trabalho

_____ E-Mail: _____

Ocupação _____ Endereço de trabalho _____

Nome/Grau de irmãos/irmãs em escolas públicas de Maynard:

Os funcionários da escola deve ser capaz de chegar pais ou um adulto que será responsável por seu filho em caso de despedimento de emergência por qualquer motivo. Tais razões podem ser a doença, tempo, ou acidente. Se nenhum dos pais ou tutor pode ser alcançado, por favor, liste abaixo os nomes dos adultos que podem assumir a responsabilidade por seu filho. Política Comitê Escolar diz: "Se uma criança fica doente na escola ea enfermeira da escola ou pessoa designada deve considerar sábio que a criança seja mandada para casa, os pais devem ser contactados e informados da situação, se isso é possível, e pediu para transportar o filho em casa".

Nome: _____ Telefone: _____

Relacionamento: _____ Endereço: _____

Nome: _____ Telefone: _____

Relacionamento: _____ Endereço: _____

Se você não tem seguro de saúde, Massachusetts tem planos de seguro de saúde que fornecerão sem filhos com cuidados de saúde acessíveis. Entre em contato com a enfermeira da escola para obter mais informações sobre esses programas. Todas as comunicações são confidenciais.

Nome do Médico: _____ Telefone: _____

Endereço: _____

Nome do Dentista: _____ Telefone: _____

Endereço: _____

O seu filho tem seguro de saúde? Sim Não Seguro dentário? Sim Não

Companhia de Seguro de Saúde _____ Medicaid: _____

Pais / Guardiã Assinatura: _____ **Data:** _____



MAYNARD HIGH SCHOOL

One Tiger Drive, Maynard, Massachusetts 01754

Phone: 978-897-8891 Fax: 978-897-6089

Departamento de Orientação

Formulário de lançamento Academic

Eu, _____, dar Maynard High School de permissão para liberar registros acadêmicos e relacionadas com faculdades, ConnectEdu, ou outros programas de pós-graduação. Estes podem incluir, mas não estão limitados a, transcrição, registro de saúde, relatório de disciplina, assiduidade, recomendações, posição na classe, resultados de testes padronizados e atividades extracurriculares..

Assinatura do Estudante

Data

Assinatura dos pais se o aluno for menor de 18 anos

Data



MAYNARD HIGH SCHOOL

One Tiger Drive, Maynard, Massachusetts 01754

Phone: 978-897-8891 Fax: 978-897-6089

Departamento de Orientação

Formulário de Lançamento Militar

A lei federal exige Maynard da High School para liberar o nome, morada e número de telefone de todos os alunos do ensino médio para os recrutadores militares a menos que o estudante ou o pai do aluno / tutor ter dirigido a escola por escrito para não divulgar esta informação.

Se você **NÃO** quer Maynard da High School para liberar essa informação para os recrutadores militares, preencher e devolver este formulário.

Como estudante, estou exercendo o direito de opt-out e solicitar que o meu próprio nome, endereço e telefone **não ser liberado para recrutadores militares.**

Assinatura do Estudante

Data

OU

Como pai / responsável, estou exercendo o direito de opt-out e solicitar que o nome, endereço e telefone do meu aluno **não ser liberado para recrutadores militares.**

Assinatura do Pai / Guardião

Data