



Oliver Hoover Elementary



Registration Requirements

Hours of Registration _____

Miami-Dade County Public Schools is committed to the education of all children. Your child's enrollment in this school is very important. If you 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 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.

C. HEALTH REQUIREMENTS – Must provide both forms:

1. Student Health Examination – DH-3040 (yellow form) physical examination performed one year prior to enrollment.
2. Florida Certificate of Immunization – DH-680 (blue card) from a private doctor, or local health provider

Dade County Health Dept. #786-845-0550

D. SCHOOL RECORDS

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

II. TRANSFERS FROM ANOTHER MIAMI-DADE COUNTY PUBLIC SCHOOL

- Parent or legal guardian must bring a withdrawal slip from sending school
- Proof of address with name of parent/guardian.

9050 Hammocks Blvd. Miami, Florida 33196
305-385-4382-(FAX) 305-380-9609 hoover.dadeschools.net



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.

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 withdraw 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 _____		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:

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 calificaciones 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 calificaciones.

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

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 _____

Date Entered U.S. School: _____ / _____ / _____ Ethnic Hispanic _____ (Y/N) (Check all that apply) Race: White [] Black [] Asian [] 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 _____ 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 _____

Fecha de Entrada a la Escuela de los Estados Unidos: _____ / _____ / _____ Origen Etnico (Marque todo lo pertinente) Raza: Blanco [] Negro [] Asiático [] Indígena de los EEUU [] Oriundo de las Islas del Pacífico []

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 [] 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 _____ 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 _____

Dat ou Antre U.S. Lekòl: _____ / _____ / _____ Etnisite (Tcheke tout sa ki aplike) Ras: Blan [] Nwa [] Azyatik [] 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 _____ Dat _____ Siyati Paran _____



Miami-Dade County Public Schools

giving our students the world

Superintendent of Schools

Alberto M. Carvalho

Miami-Dade County School Board

Perla Tabares Hantman, Chair
Dr. Steve Gallon III, Vice Chair
Dr. Dorothy Bendross-Mindingall
Susie V. Castillo
Dr. Lawrence S. Feldman
Dr. Martin Karp
Dr. Lubby Navarro
Dr. Marta Pérez
Mari Tere Rojas

Dear Parents or Guardians:

In an effort to provide access to a rigorous bilingual education program, Miami-Dade County Public Schools (M-DCPS), with the support and approval of The School Board and the Superintendent, embarked in a new and systematic initiative whose goal is to offer students the opportunity to become proficient in speaking, reading, and writing in English and one other language. The Extended Foreign Language (EFL) Program has been in existence since 1997 and for interested students in elementary school, implementation begins in Kindergarten for the 2020-2021 school year.

The school that your child attends is offering Kindergarten students the opportunity to participate in the EFL program. It is expected that students enrolled in the EFL program commit to continue in the program through grade 5 in order to become truly bilingual. However, students must be able to maintain passing grades, as well as score at a proficiency level in District/State tests to remain in the program. The EFL program provides for one hour daily of language instruction in the target language chosen by the school; e.g., Spanish, French. Participation in the program is based on parental choice.

Each parent or guardian is asked to complete the form below and return it to the school. Because space is limited, acceptance into the EFL program will be based on the results of a random selection. If you have any questions, please do not hesitate to call Dr. Maria Lopez, Assistant Principal, at (305) 385-4382.

Sincerely,

Mercy Aguilar
Principal

I have been informed about the Extended Foreign Language Program and **I WANT** my child to participate.

Student Name: _____ Grade: _____

Parent/Guardian's Name: _____ Date: _____

Parent/Guardian's Signature: _____

I have been informed about the Extended Foreign Language Program and **DO NOT** want my child to participate.

Student Name: _____ Grade: _____

Parent/Guardian's Name: _____ Date: _____

Parent/Guardian's Signature: _____



Miami-Dade County Public Schools

giving our students the world

Superintendent of Schools

Alberto M. Carvalho

Miami-Dade County School Board

Perla Tabares Hantman, Chair
Dr. Steve Gallon III, Vice Chair
Dr. Dorothy Bendross-Mindingall
Susie V. Castillo
Dr. Lawrence S. Feldman
Dr. Martin Karp
Dr. Lubby Navarro
Dr. Marta Pérez
Mari Tere Rojas

Estimados padres de familia o tutores:

En un esfuerzo por facilitar el acceso a un programa riguroso de educación bilingüe, las Escuelas Públicas del Condado Miami-Dade (*M-DCPS*, por sus siglas en inglés), con el apoyo y la aprobación de la Junta Escolar y del Superintendente, comenzaron una nueva y sistemática iniciativa cuyo objetivo es ofrecer a los estudiantes la oportunidad de alcanzar la aptitud en la expresión oral, la lectura y en la escritura en el idioma inglés y en un idioma adicional. El Programa de Lenguas Extranjeras (*Extended Foreign Language Program, EFL*, por sus siglas en inglés) ha estado en existencia desde 1997 y para los estudiantes de escuelas primarias que estén interesados; el programa será puesto en práctica comenzando en Kindergarten para el curso escolar 2020-2021.

La escuela donde asiste su hijo está ofreciendo a los estudiantes de Kindergarten la oportunidad de participar en el programa EFL. Es de esperar que los estudiantes que participan en el programa continúen los estudios hasta el quinto grado de esa manera avanzando hacia el bilingüismo. Asimismo, los estudiantes tienen que aprobar y mantenerse al nivel de competencia requerido por los exámenes del distrito/estado para poder permanecer en el programa. El programa de EFL ofrece una hora diaria de instrucción en un idioma específico que ha sido seleccionado por la escuela, por ejemplo, el español o el francés. La participación en el programa se basa en la elección de los padres de familia.

Se pide a los padres de familia o tutores que llenen el siguiente formulario y que lo devuelvan a la escuela de su hijo/a. Por no disponer de los espacios de acuerdo a la demanda de matrícula en el programa de EFL, los estudiantes serán aceptados basado en los resultados selección al azar. Si usted tiene alguna pregunta, por favor, no dude en llamar a la sub-directora de la escuela, Dra. Maria Lopez al (305) 385-4382.

Atentamente,

Mercy Aguilar
Director(a)

He sido informado(a) sobre el Programa Extendido de Idiomas y **DESEO** que mi hijo(a) participe.

Nombre del estudiante: _____ Grado: _____

Nombre del padre/tutor: _____ Fecha: _____

Firma del padre/tutor: _____

He sido informado(a) sobre el Programa Extendido de Idiomas y **NO ELIJO** esta opción para mi hijo(a).

Nombre del estudiante: _____ Grado: _____

Nombre del padre/tutor: _____ Fecha: _____

Firma del padre/tutor: _____



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 _____ (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 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)	Was displaced from household because of... (check only one)
<input type="checkbox"/> In emergency or transitional shelters, FEMA trailers, or abandoned in hospitals (A)	<input type="checkbox"/> Natural Disaster - Hurricane (H)
<input type="checkbox"/> Temporarily sharing the housing of other persons due to economic hardship (B)	<input type="checkbox"/> Natural Disaster - Flooding (F)
<input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> Natural Disaster - Tropical Storm (S)
<input type="checkbox"/> In a motel/hotel due to loss of housing, economic hardship, or similar reason (E)	<input type="checkbox"/> Natural Disaster - Tornado (T)
	<input type="checkbox"/> Man-made Disaster/Fire (D)
	<input type="checkbox"/> Mortgage Foreclosure (M)
	<input type="checkbox"/> Lack of affordable housing, eviction, mental illness, unemployment, domestic violence (O)
	<input type="checkbox"/> Parents/Caregiver is incarcerated
	<input type="checkbox"/> 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:

Table with 2 columns: Cuya vivienda nocturna actual es... (sólo marque una) and Que fue desplazado del hogar por... (sólo marque una). Rows include options like Albergue de emergencia, Desastre natural - Huracán, etc.

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

Table with 5 columns: 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: _____