

Middlesex County STEM Charter School (MCSCS)



Formulario de Inscripción 2025-2026

ESTIMADOS PADRES Y SOLICITANTES:

Por favor, complete este formulario en su totalidad. **Cualquier falsificación, tergiversación u omisión puede descalificar su solicitud.** La información proporcionada no será compartida con ninguna otra persona o empresa para ningún propósito. **Por favor, escriba con tinta azul o negra en letra clara.**

Información del Estudiante:

Nombre Legal del Estudiante:

(Apellido) _____ (Nombre) _____ (Segundo Nombre) _____

Nombre Preferido: _____

Género: Masculino Femenino

Fecha de Nacimiento: _____

Teléfono de Casa: (____) _____

Etnicidad: (marque una opción)

- Indígena Americano/Nativo de Alaska
- Asiático
- Negro, no Hispano
- Hispano
- Blanco, no Hispano
- Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico

Preguntas a completar solo si su hijo/a nació fuera de los EE.UU.

Fecha de Ingreso a EE.UU.: _____

Fecha de Ingreso a una Escuela en EE.UU.: _____

Años asistiendo a la escuela fuera de EE.UU.: _____ Fechas: Desde _____ Hasta _____

Nombre de la Escuela Asistida fuera de EE.UU.: _____

Grado al que está solicitando:

- Kindergarten Primero Segundo Tercero Cuarto Quinto
- Sexto Séptimo Octavo Noveno Décimo Undécimo Duodécimo

Año Escolar: 2025/2026

Dirección del Estudiante: *(Nota: No se aceptan apartados postales)*

Dirección Residencial:

Calle: _____ Apt #: _____
Ciudad: _____ Condado: _____ Estado: _____
Código Postal: _____

Dirección Postal del Estudiante: Marque aquí si es la misma que la dirección residencial.

Calle: _____ Apt #: _____
Ciudad: _____ Condado: _____ Estado: _____
Código Postal: _____

Distrito Escolar de Residencia:

Nombre del distrito escolar:

¿Está la escuela actual del estudiante en este distrito? Sí No

Si no, escriba el nombre del distrito: _____

Información de la Escuela Anterior:

Nombre de la Escuela Actual: _____

Tipo de Escuela:

Pública Privada Escuela en Casa Registrada Escuela Charter Otra

Dirección de la Escuela Actual:

Calle: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Código Postal: _____

Teléfono de la Escuela: () _____

Fax de la Escuela: () _____

¿El estudiante ha sido expulsado de alguna escuela o distrito? No Sí (Explique):

¿El estudiante ha saltado algún grado? No Sí, ¿cuál y por qué?

¿El estudiante ha repetido algún grado? No Sí, ¿cuál y por qué?

Información del Padre/Tutor:

El estudiante vive con:

- Ambos padres Ambos padres alternadamente (custodia compartida)
 Solo la madre Solo el padre Tutor legal

Información del Padre/Tutor 1:

Nombre: _____

Dirección y teléfono son los mismos que los del estudiante? Sí No (Si no, complete la siguiente información)

Calle: _____ Apt #: _____
Ciudad: _____ Condado: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Nombre del Empleador: _____

Ocupación: _____

Teléfono del Trabajo: () _____

Teléfono de Casa: () _____

Teléfono Celular: () _____

Correo Electrónico: _____

Información del Padre/Tutor 2:

Nombre: _____

Dirección y teléfono son los mismos que los del estudiante? Sí No (Si no, complete la siguiente información)

Calle: _____ Apt #: _____
Ciudad: _____ Condado: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Nombre del Empleador: _____

Ocupación: _____

Teléfono del Trabajo: () _____

Teléfono de Casa: () _____

Teléfono Celular: () _____

Correo Electrónico: _____

Contactos de Emergencia:

En caso de no poder contactar a los padres/tutores, intentaremos comunicarnos con los siguientes contactos en el orden indicado.

Primer Contacto de Emergencia:

Nombre: _____ Parentesco: _____
Teléfono de Casa: () _____ Teléfono Celular: () _____ Teléfono del Trabajo: () _____

Segundo Contacto de Emergencia:

Nombre: _____ Parentesco: _____
Teléfono de Casa: () _____ Teléfono Celular: () _____ Teléfono del Trabajo: () _____

Información de Hermanos(as):

Hermanos(as)	Fecha de Nacimiento	Escuela a la que Asisten	Relación con el Estudiante
1			
2			
3			
4			
5			

Programas Especiales:

¿Su hijo ha sido evaluado para o ha participado en alguno de los siguientes servicios especiales?

- Dotados y Talentosos Programa Título 1/Capítulo 1 Educación Especial (IEP)
 504 Inglés como Segundo Idioma (ESL) Otro: _____
-

Autorización de Foto/Video:

Durante la inscripción de su hijo en MCSCS, pueden tomarse fotos/videos en actividades escolares. **Marque una opción:**

- Doy mi consentimiento** para el uso de fotos/videos de mi hijo por MCSCS.
 - No doy mi consentimiento** para el uso de fotos/videos de mi hijo por MCSCS.
-

Seguro de Salud e Información Médica

Información del Médico Primario:

Nombre del Doctor: _____ **Teléfono del Doctor:** _____

Nombre del Dentista: _____ **Teléfono del Dentista:** _____

Tipo de Seguro de Salud:

- HMO
- Medicaid
- Sin seguro de salud
- Otro: _____

Proveedor de Seguro: _____

Si el estudiante está cubierto por Medicaid, proporcione el número de Medicaid:

Lea y marque:

Entiendo que para aquellos servicios de salud y servicios relacionados con la salud que el estudiante elegible para Medicaid pueda estar recibiendo, incluidos, pero no limitados a:

- Exámenes de visión y audición
- Servicios de enfermería
- Terapia del habla
- Terapia ocupacional y/o física

El distrito escolar tiene derecho a recibir un reembolso parcial de Medicaid por los servicios prestados.

Información de Salud del Estudiante

Enumere cualquier alergia grave, condición o restricción que tenga el estudiante:

Enumere cualquier discapacidad física o emocional que tenga el estudiante:

Indique cualquier necesidad especial de salud u otra condición de la que debamos estar informados y que nos ayude a planificar y proporcionar una mejor experiencia educativa para el solicitante:

Autorización en Caso de Emergencia

MCSCS intentará comunicarse con el padre/tutor legal o con una de las personas listadas como contacto de emergencia. **Sin embargo, si no se puede contactar a ninguna de estas personas, doy permiso al personal de MCSCS para usar su criterio en la obtención de asistencia médica en caso de emergencia.**

SE ENTIENDE QUE NI MCSCS NI LA PERSONA RESPONSABLE DE OBTENER ESTA ASISTENCIA MÉDICA SERÁN RESPONSABLES DE LOS GASTOS INCURRIDOS.

Firma del Padre/Tutor: _____

Fecha: _____

Declaración de Igualdad Educativa:

La Middlesex County STEM Charter School sigue una política de **igualdad educativa**, sin distinción de raza, color, religión, género, orientación sexual, origen nacional, estado civil, discapacidad u otra clasificación protegida legalmente.

Firma y Aceptación de Inscripción:

Yo, el abajo firmante, certifico que, **a mi mejor conocimiento y creencia, toda la información proporcionada en este formulario es completa y precisa.**

Entiendo que cualquier falsificación u omisión de información puede resultar en la **descalificación o rechazo de esta solicitud.**

Firma del Padre/Tutor: _____ **Fecha:** _____

CUESTIONARIO DE IDIOMA DEL HOGAR (HLQ)

Para proporcionar a su hijo/a la mejor educación posible, necesitamos determinar qué tan bien comprende, habla, lee y escribe en inglés. **Agradecemos su cooperación al responder estas preguntas.**

POR FAVOR ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE

Nombre del niño/a: _____ **Fecha de nacimiento:** _____
(Nombre) (Segundo Nombre) (Apellido)

Fecha de ingreso a la escuela: _____

Persona que completa la encuesta:

Madre Padre Abuelo/a Tutor/a Otro

Por favor, cuéntenos sobre su hijo/a:

1. ¿Qué idioma aprendió el niño/a cuando comenzó a hablar por primera vez?

2. ¿Qué idioma se habla en casa la mayor parte del tiempo?

3. ¿Qué idioma(s) habla el cuidador/a principal con el niño/a la mayor parte del tiempo?

4. ¿Qué idioma(s) habla el niño/a con su cuidador/a principal la mayor parte del tiempo?

5. ¿Qué idioma(s) habla el niño/a con sus hermanos/as la mayor parte del tiempo?

6. ¿Qué idioma habla el niño/a con sus amigos/as la mayor parte del tiempo?

Mencione cualquier programa preescolar al que haya asistido su hijo/a antes de ingresar a nuestro programa:

¿En qué idioma desea recibir información de la escuela? _____

¿Qué nombre utiliza para su hijo/a (si es diferente del indicado arriba)?
