

Enrollment Requirements Checklist

Welcome to Rocketship Public Schools. To enroll your child(ren), complete the following documents:

- **Online registration available**
- **Student Information** (Page 1)
- **Media Release** (Page 2)
- **Health Appraisal** (Page 3)
- **Child Find Query & Consent for Screenings** (Page 4)
- **Student Emergency Contact Information** (Page 5)
- **Student Records Request** (Page 6)

Required to complete enrollment:

- **Birth certificate (mandatory)** -- OR baptismal Certificate, passport, Hospital Record. *Please note – if the document does not contain the parent/guardian name, additional guardianship verification is required. Some examples of verification are:*
 - Adoption decree
 - Court order of legal guardianship/custody
 - Letter of documentation from the Department of Human Services indicating guardianship
 - Letter of documentation of foster care placement
- [DC Universal Health Certificate Form \(mandatory\)](#)
- [DC Oral Health Assessment Form \(mandatory\)](#)
- [OSSE Home Language Survey \(mandatory\)](#)
- **MSDC Seat Acceptance Form**

Proof of DC Residency & DC Residency Verification Form (MANDATORY)

- **Current photo ID** (one of the following for the purposes of verifying identity only, not residency) – examples include DC Driver’s License or identification card, valid passport, consulate issued photo identification, Military identification, or other government issued picture identification.
- **Verification of residence** (One of the following):
 - Pay stubs (within 45 days).
 - Unexpired official documentation of DC Government financial assistance (TANF, SNAP etc...)
 - Certified copy of DC Tax Form-D40.
 - Military housing orders.
 - Embassy letter.

OR - Two of the following items with matching names and addresses:

- Unexpired DC motor vehicle registration.
- Unexpired DC driver’s license or non-driver ID.
- Rental/lease agreement with parent/guardian’s name and address, with separate proof of payment.
- Utility bill with separate proof of payment

Additional documentation (if applicable)

- **Most recent Individualized Education Plan (IEP) or 504 Plan**, if applicable
- [Medication Administration Form](#) (if applicable, request one at the front office)
- [Physician Food Allergy Accommodation form](#) (if applicable, request one at the front office)
- **Withdrawal form** (from previous school with transcript that shows current grade level)

Student Information

Student Last Name: _____ First Name: _____ DOB: _____

Gender: Male Female

Address: _____ Apt: _____ City: _____ Zip _____ Ward: _____

Mailing address: _____

Birth City: _____ Birth State: _____ Birth Country: _____

Was student born outside of US? Yes No If YES, please answer next three questions.

1. Date 1st entered U.S. _____ 2. Date 1st entered U.S. School _____ 3. Date 1st entered DC School _____

Student Ethnicity: Hispanic Not Hispanic

Race (check one or more): Black/African American Asian White American Indian/Alaska Native
Native Hawaiian/Pacific Islander

Previous School Information

Which Early Childhood (ages 0-3) program did your child attend? (PK3/PK4 Only) _____

Previous School: _____

Guardian(s) Communication Language: _____

Please note what will be your child's most likely form of transportation?

Car Rider Walker Rocketbooster! (Before/After Care)/Other

Student lives with: Mother Father Both Parents Mother&Steparent Father&Steparent Legal Guard

Is Parent/Legal Guardian active Military: Yes No

Guardian 1 Information

Check Relationship to Student (Mother Father Stepparent Foster Parent Ward of State Other)

Last Name: _____ First Name: _____ Home# _____

Mobile# _____ Email : _____

Guardian 2 Information

Check Relationship to Student (Mother Father Stepparent Foster Parent Ward of State Other)

Last Name: _____ First Name: _____ Home# _____

Mobile# _____ Email : _____

Type of Dwelling: Single Family (House, Condo, Mobile) Double-Up (Economical reasons)

Unsheltered (Car/Campsite) Motel/Hotel Shelter (Transitional Housing Program)

Guardian Signature: _____ Date: _____

Media Release

Rocketship Public Schools is proud of the many accomplishments of our students and staff. Often, such accomplishments draw the attention of newspapers, television stations, or other media who visit our schools to photograph, videotape, and/or interview students and staff during various activities. In addition, we often use pictures of our students in Rocketship Public Schools publications and website.

For your child's privacy, we must know whether or not you want your child to be photographed, videotaped, or interviewed by the news, media, and videographers or for the school's publications.

YES: I DO GIVE PERMISSION for my child to be photographed, videotaped, or interviewed by the news and/or media for any reason and for Rocketship Public Schools to use my child's photograph, name, words and work product in school and Rocketship Public Schools publications, websites, and other marketing materials.

NO: I DO NOT GIVE PERMISSION for my child to be photographed, videotaped, or interviewed by the news and/or media for any reason. Nor do I give my permission for Rocketship Public Schools to use my child's photograph, name, words and work product in school and Rocketship Public Schools publications, websites, and other marketing materials.
Note: I understand this media release refusal does not apply to classroom displays or yearbooks.

I / We the undersigned declare under penalty of perjury that we are the parents or legal guardians of the above-named student and grant the above authorizations.

Guardian Signature: _____ **Date:** _____

Health Appraisal

Student Name: _____ Date of Birth: _____

Universal Health Certificate Examination Date: _____ (Please provide school with a copy)

Student Physician: _____ Physician Phone: _____

Student Dentist: _____ Dentist Phone: _____

Covered by Medicaid? Yes No If Yes, Medicaid Number: _____

Health Insurance Provider: _____

Student Health Insurance? Yes No If Yes, Group ID#: _____ Medical# _____

Allergies: Yes No Asthma: Yes No Diabetes: Yes No Heart Condition: Yes No

Seizures: Yes No Hearing Problem: Yes No Physical Limitations: Yes No Vision Problem: Yes No

Breathing Problem (Due to bee stings): Yes No Other: Yes No

If you answered YES to any above, explain: _____

Food Allergies/Dietary Restrictions? (If yes, complete the Physician food allergy accommodation form)

Is medication required at school? Yes No (If yes, complete "medication administration form" signed by physician, make request)

Medication #1: _____ Diagnosis: _____ Taken at school: Yes No

Medication #2: _____ Diagnosis: _____ Taken at school: Yes No

Medication #3: _____ Diagnosis: _____ Taken at school: Yes No

I / We the undersigned declare under penalty of perjury that we are the parents or legal guardians of the above-named student and grant the above authorizations.

Guardian Signature: _____ Date: _____

Child Query Form/Consent for Screenings

Student Last Name: _____ First Name: _____ DOB: _____

Does your child have an active Individualized Education Program (IEP)?

Yes (Provide copy to school) No

Does your child have a recent evaluation that was completed for possible special education services?

YES (Provide copy to school) No

Does your child have a 504 plan?

Yes (Provide copy to school) No

Did your child receive special education services when he/she was enrolled in his/her previous home/private school?

Yes No

If YES to any of the questions above, please provide further details: _____

Do you have any other concerns you'd like to discuss? Yes No

If YES, Please explain: _____

Please provide all copies related to Special Education Section upon enrollment.

Consent for Screenings (K - 5)

Rocketship Public Schools will be providing vision and hearing screenings to students during the school year. These screenings will be conducted during the school day. The results of the screenings will be sent home for you to review. These screenings do not replace the regular vision screenings provided by your child's health care provider. Do you give your consent for your child to participate in these screenings?

YES: I DO GIVE PERMISSION for my child to be screened.

NO: I DO NOT GIVE PERMISSION for my child to be screened.

Guardian Signature: _____ Date: _____

Student Emergency Contact Information

Student Last Name: _____ First Name: _____ DOB: _____

Gender: Male Female

Are there **custody issues/court order** documents involving this student? Yes No (If yes, **bring copy with packet**)

Emergency Contact 1

Relationship to Student: _____

Last Name: _____ First Name: _____

Phone 1 # _____ Phone 2# _____

Emergency Contact 2

Relationship to Student: _____

Last Name: _____ First Name: _____

Phone 1 # _____ Phone 2# _____

Emergency Contact 3

Relationship to Student: _____

Last Name: _____ First Name: _____

Phone 1 # _____ Phone 2# _____

Emergency Contact 4

Relationship to Student: _____

Last Name: _____ First Name: _____

Phone 1 # _____ Phone 2# _____

Emergency Contact 5

Relationship to Student: _____

Last Name: _____ First Name: _____

Phone 1 # _____ Phone 2# _____

MEDICAL CONDITIONS: Please list any and all medical conditions that your school should be aware of:

I/we hereby give authorization and consent to the school to obtain emergency medical care including all necessary transportation should there be a medical emergency for this student on school grounds. I/we declare that all the information on this form is true and correct.

Guardian Signature: _____ Date: _____

Request for Student Records

This form is required of all students who will be entering K-5th grades and kinder students who attended a district pre-school.

Please send all records and files for the following student. Please include all health records, test scores, portfolios, and confidential files.

Student Name : _____ Birth Date : _____ Grade : _____

Previous School Name: _____ Previous School District : _____

Send records to the school marked below to the attention of "Student Records"

Please send all records and files including: IEP, 504 Plans, Truancy notifications, Disciplinary documentation

I (parent(s)/legal guardian(s) hereby consent and authorize the release of my student(s) records as requested above by the school I marked.

Rocketship Rise Academy
2335 Raynolds Place SE
Washington DC, 20020
Phone: 202-750-7177

Rocketship Legacy Prep
4250 Massachusetts Ave SE
Washington DC, 20020
Phone: 202-803-7004

Guardian Signature: _____ Date: _____

AppleTree Field Trip Permission

Throughout the school year, teachers will be taking their students on educational field trips that relate to the instructional areas being studied. These trips not only extend learning outside the classroom, but are special social times for the classes as well. AppleTree Early Learning Public Charter School field trips are well planned, approved by school leaders, and appropriately supervised by our staff with support from parent volunteers.

We request written permission from you in order for your child to participate in all class field trips throughout the 2019-2020 school year. Rather than ask you to give written permission each time a field trip is scheduled, we ask that you give your written permission for all field trips planned for the school year. Prior to each trip, teachers will send notification including destination, focus of trip, travel arrangements, appropriate dress, information about meals and information regarding any monies needed for the trip.

We also ask you to grant your permission for your child to take walks in the surrounding area of the school for the purposes including, but not limited to: physical fitness, parks for educational/recreational purposes, and/or local field trips. Permission also includes visits to local libraries and other educational venues as part of the normal school day.

Granting prior permission will allow your child to participate fully in all of our important off-campus learning experiences.

Thank you for your support,

Sincerely,

The AppleTree Team

This student has my permission to participate in all field trips sponsored by AppleTree Early Learning Public Charter School.

Guardian Signature: _____ **Date:** _____

AppleTree Every Child Ready

Dear Parent,

The purpose of **Every Child Ready** is to create high quality curriculum and professional development resources for other preschools. We hope that these resources will allow children in other programs the opportunity to experience a high quality preschool program.

Through **Every Child Ready**, your child's classroom will receive additional books and literacy related materials and your child's teacher will receive curriculum materials and training. If you participate, **you may also receive books and materials that will help you support your child's learning at home.**

In order for your child to take part in this important project, we are asking you to give AppleTree project staff permission:

1. For my child's assessment results and findings to be shared with my child's teacher, other School staff, consultants, educators, AppleTree, and appropriate regulatory authorities, including the District of Columbia Public Charter School Board.
2. To videotape and photograph your child in his/her class. Videotape and photographs may be shared with your child's teacher, project staff, consultants, other educators and the public. Videotapes and photographs may be included in later curriculum and professional development products that will be commercially published and widely distributed to improve teaching and learning for all children. In the course of filming normal instruction, the teacher may use your child's first name. No other identifiable information will be disclosed regarding your child.
3. To talk with your child's teachers and other school personnel about your child's learning.

Guardian Signature: _____ Date: _____

AppleTree Photography and Video Release

AppleTree Schools reserves the right to photograph/videotape its students, faculty, staff and facilities in connection with the activities of the school and to reproduce such images to promote, publicize, or explain the school or its activities. This includes the right, without limitation, to publish such images in the school newsletter, and PR/promotional materials such as marketing and admissions publications, advertisements, fundraising material, and any other school-related publication. These images may appear in any of a variety of formats and media now available or that may be available in the future, including but not limited to print, broadcast, videotape, and electronic/online media.

AppleTree Schools is in partnership with AppleTree Institute. As part of the regular program, your child's teachers will assess your child's academic and social skills. AppleTree Institute reviews the data internally and with your child's teacher to improve instruction. De-identified data are also shared with staff, consultants, educators, and in educational reports. Within this partnership, AppleTree Institute reserves the right to photograph/videotape students, faculty, staff and facilities in connection with the activities of the school and to reproduce such images to promote, publicize, or explain the school or its activities. These images may appear in any of a variety of formats and media now available or that may be available in the future, including but not limited to print, broadcast, videotape, and electronic/online media.

Please select your answer

- I DO give my permission to AppleTree Schools to use images and/or video of my child as indicated above.

- I do NOT give my permission to AppleTree Schools to use images and/or video of my child as indicated above.

Guardian Signature: _____ **Date:** _____

AppleTree Consent for Screenings

AppleTree Early Learning Public Charter School will be providing vision and hearing screenings to students during the school year. The Center for Blindness Prevention will provide the vision screenings. These screenings will be conducted during the school day. The results of the screenings will be sent home for you to review. Please contact us if you have any questions. These screenings do not replace the regular vision screenings provided by your child's health care provider.

I give my permission for my child to be screened.

Guardian Signature: _____ **Date:** _____

AppleTree

School Agreement for Divorce-Separated Families

School/LEA Name _____
Enrolled Student's Name _____

It is the intent of AppleTree Early Learning Public Charter Schools to remain neutral towards families split by divorce or separation. We cannot take sides with one parent against the other where there is conflict over children attending our schools. If you have a court ordered document that establishes you as the legal/primary custodial parent or guardian, you will need to provide AppleTree with a copy to be attached to the child's record. We will use this court decree as a legal basis to work with custodial parent. In the absence of such a document, please be aware that we cannot deny either parent access to his/her child. We cannot withhold information or refuse to see or work with the other parent. We cannot keep either parent from picking their child up from school or adding friends/family members to the pick up/emergency contact list. AppleTree ELPCS wants to protect all children from emotionally disturbing situations. We ask that parents consider the well being of their child as priority and work do their best to manage conflict outside the school environment. We ask that you inform us immediately of any legal changes to the custodial status of your child/children.

School Official Print & Sign full name Date

Parent 1 Print & Sign full name Date

Guardian Signature: _____ **Date:** _____

Lista de Requisitos de Matrícula

Bienvenido a las Escuelas Públicas de Rocketship. Para matricular a su(s) hijo/a(s) complete los siguientes documentos:

- Registro en línea disponible**
- Información del Estudiante** (Página 1)
- Comunicado de Prensa** (Página 2)
- Evaluación de Salud** (Página 3)
- Consulta y Encuentro de Niño** (Página 4)
- Información del Estudiante en Caso de Emergencia** (Página 5)
- Solicitud de Registros del Estudiante** (Página 6)

Requisitos para completar la matrícula:

- Partida de nacimiento** -- O certificado de bautismo debidamente atestiguado, o pasaporte, Registro del Hospital. *Tenga en cuenta- si el documento no contiene el nombre del padre/guardián, se requiere verificación adicional de la tutela. Algunos ejemplos de verificación son:*
 - Decreto de adopción
 - Orden judicial de tutela/custodia legal
 - Carta de documentación del Departamento de Servicios Humanos indicando tutela
 - Carta de documentación de la colocación en hogares de guarda
- [Formulario del Certificado de Salud Universal de DC \(obligatorio\)](#)
- [Formulario de evaluación de salud dental de DC \(obligatorio\)](#)
- [Encuesta sobre el idioma del hogar de la OSSE \(obligatoria\)](#)
- Formulario de inscripción en el MSDC**

Comprobante de residencia en DC y formulario de verificación de residencia en DC (OBLIGATORIO)

- Foto de Identificación más reciente** (una de las siguientes con el propósito de solamente identificar la identidad, no la residencia) – ejemplos incluyen Licencia de Conducir de California o tarjeta de identificación, pasaporte válido, identificación con foto emitida por el consulado, identificación militar, u otra identificación con foto emitida por el gobierno.
- Verificación de residencia** (uno de los siguientes):
 - Talones de pago (dentro de 45 días).
 - Documentación oficial vigente de la ayuda financiera del gobierno de DC (TANF, SNAP etc...)
 - Copia certificada del formulario fiscal DC-D40.
 - Órdenes de vivienda militar.
 - Carta de la Embajada..

O - Dos de los siguientes artículos con nombres y direcciones que coinciden:

- O - Dos de los siguientes artículos con nombres y direcciones que coinciden:
- Matrícula de vehículo en DC que no ha vencido.
- Licencia de conducir de DC que no ha vencido o carnet.
- Contrato de alquiler/arrendamiento con nombre y dirección del padre/tutor, con prueba de pago separada.
- Factura de servicios públicos con prueba de pago separada

Documentación Suplementaria (si corresponde):

- Formulario de Administración de Medicamentos** (si corresponde, solicítelo en la dirección)
- Formulario de Administración de Medicamento para Alergias a los Alimentos** (si corresponde, solicítelo en la dirección)
- Formulario de Retiro** (si se está cambiando de una Escuela de Rocketship)

Información Acerca del Estudiante

Apellido del Estudiante: _____ Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Género: Masculino Femenino

Dirección: _____ Apt: _____ Ciudad: _____ Código Postal _____
Pabellón: _____

Dirección postal: _____

Ciudad de nacimiento _____ Estado de nacimiento: _____ País de nacimiento: _____

¿El estudiante nació fuera de los Estados Unidos? Sí No Si la respuesta es afirmativa, por favor responda a las siguientes tres preguntas:

1. Fecha de entrada en los Estados Unidos _____
2. Fecha de entrada de escuela en los Estados Unidos _____
3. Fecha en que entró en la escuela de DC _____

Información de la escuela anterior

¿A qué programa de educación infantil (de 0 a 3 años) asistió su hijo? (Sólo PK3/PK4) _____
Escuela anterior: _____

Etnicidad de los estudiantes: Hispano No Hispano Raza (marque uno o más): Negro/Africano Americano
Asiático Blanco Indio Americano/Nativo de Alaska Nativo de Hawai - Isleño del Pacífico

Lenguaje de comunicación de los guardianes: _____

Por favor, tenga en cuenta cuál será la forma más probable de transporte de su hijo/a.

Jinete del coche Camina ¡Rocketbooster! (Antes/Después de escuela)/Otro

El Estudiante vive con: Madre Padre Ambos Madre y Padrastro Padre y Madrastra Guardián Legal

¿El Padre, Madre o Guardián legal son militares activos? Sí No

Información del Primer Guardián

Indique la Relación al Estudiante: Madre Padre Padrastro/madrastra Padre temporal Custodia del Estado Otro

Apellido: _____ Nombre: _____ # Tel Residencial: _____

Móvil _____ Correo Electrónico: _____

Información del Segundo Guardián

Indique la Relación al Estudiante: Madre Padre Padrastro/madrastra Padre temporal Custodia del Estado Otro

Apellido: _____ Nombre: _____ # Tel Residencial: _____

Móvil _____ Correo Electrónico: _____

¿Tipo de Vivienda? Vivienda Unifamiliar (Casa, Condominio, Casa Móvil) Casa Compartida (Razones económicas)

Sin Cobijo (Carro/Camping) Motel/Hotel Alojamiento (Programa de vivienda transitorias)

Firma del Guardián: _____ Fecha: _____

Comunicado de Prensa

Las Escuelas Públicas de Rocketship están orgullosas de todos los logros de nuestros estudiantes y empleados. Con frecuencia, estos logros atraen la atención de los periódicos, estaciones de televisión u otros medios de comunicación que visitan nuestras escuelas para fotografiar, grabar en video y/o para entrevistar a los estudiantes y empleados durante varias actividades. Además de esto, muchas veces utilizamos fotos de nuestros estudiantes en las publicaciones y el sitio web de las Escuelas Públicas de Rocketship.

Para la privacidad de su hijo/a, debemos saber si usted desea que su hijo/a sea fotografiado/a, grabado/a en video o entrevistado por las noticias, medios de comunicación, y camarógrafos o para publicaciones de la escuela.

SÍ: DOY PERMISO para que mi hijo/a sea fotografiado/a, grabado/a en video o entrevistado/a por las noticias y/o medios de comunicación por cualquier razón y para que las Escuelas Públicas de Rocketship utilicen la fotografía, el nombre, palabras y trabajo de mi hijo/a en la escuela y en publicaciones, sitios web y material de promoción de las Escuelas Públicas de Rocketship.

NO: NO DOY PERMISO para que mi hijo/a sea fotografiado/a, grabado/a en video o entrevistado/a por las noticias y/o medios de comunicación por cualquier razón. Tampoco doy permiso que las Escuelas Públicas de Rocketship utilicen fotografía, el nombre, palabras y trabajo de mi hijo/a en la escuela y en publicaciones, sitios web y material de promoción de las Escuelas Públicas de Rocketship. Nota: Entiendo que este rechazo a los comunicados de prensa no aplica a las exhibiciones en los salones de clases ni a los anuarios.

Yo / Nosotros los abajo firmantes declaramos bajo pena de perjurio que somos los padres o guardiánes legales del estudiante mencionado anteriormente y otorgamos las autorizaciones mencionadas anteriormente.

Firma del Gguardián: _____ Fecha: _____

Evaluación de Salud

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Fecha del examen del Certificado Universal de Salud: _____ (Por favor, proporcione a la escuela una copia)

Doctor del Estudiante: _____ Número de Teléfono: _____

Dentista del Estudiante: _____ Número de Teléfono: _____

¿Cubierto por Medicaid? Sí No Si es así, el número de Medicaid: _____

¿Proveedor de seguro médico: _____

¿Seguro médico para estudiantes? Sí No Si es así, el número de identificación del grupo: _____
de Medical: _____

Alergias: Sí No Asma: Sí No Diabetes: Sí No Condición Cardíaca: Sí No

Convulsiones: Sí No Problema Auditivo: Sí No Limitaciones Físicas: Sí No Problema Visual: Sí No

Problema respiratorio (Causadas por picaduras de abeja): Sí No Otro: Sí No

Si respondió **SÍ** a cualquiera de las preguntas anteriores, explique _____

Alergias alimentarias/Restricciones dietéticas (Si respondió **SÍ**, llene el formulario de alojamiento de alergias alimentarias del médico) _____

¿Se requieren medicamentos en la escuela? Sí No (Si respondió **SÍ**, complete el "formulario de administración de medicamentos" firmada por el médico)

Medicación #1: _____ Diagnóstico: _____ Debe tomar durante la escuela: Sí No

Medicación #2: _____ Diagnóstico: _____ Debe tomar durante la escuela: Sí No

Medicación #3: _____ Diagnóstico: _____ Debe tomar durante la escuela: Sí No

Yo / Nosotros los abajo firmantes declaramos bajo pena de perjurio que somos los padres o tutores legales del estudiante arriba mencionado y concedemos las autorizaciones arriba mencionadas.

Firma del Guardián: _____ Fecha: _____

Formulario de Consulta para Niños/Consentimiento para Proyecciones

Apellido del Estudiante: _____ Nombre _____ Fecha de Nacimiento: _____

¿Su hijo/a tiene un Programa de Educación Individualizado (IEP) activo?

Sí (Proporcione una copia a la escuela) No

¿Su hijo/a tiene una evaluación reciente que fue llevada a cabo para servicios de educación especial?

Sí (Proporcione una copia a la escuela) No

¿Su hijo/a tiene un plan 504?

Sí (Proporcione una copia a la escuela) No

¿Su hijo/a recibió servicios de educación especial cuando estaba inscrito/a en su escuela de procedencia/privada anteriormente? Sí No

Si respondió SÍ a cualquiera de las preguntas anteriores, por favor proporcione más detalles:

¿Tiene alguna otra preocupación que le gustaría discutir? Si No

Si respondió SÍ, por favor proporcione explicación: _____

Por favor proporcione todas las copias relacionadas con la Sección de Educación Especial al momento de la matrícula.

Consentimiento para Proyecciones (Kinder - 5to Grado)

Las escuelas públicas de Rocketship ofrecerán exámenes de visión y audición a los estudiantes durante el año escolar. Estos exámenes se llevarán a cabo durante el día escolar. Los resultados de los exámenes serán enviados a casa para que los revisen. Estos exámenes no reemplazan a los exámenes de visión regulares proporcionados por el proveedor de atención médica de su hijo. ¿Da su consentimiento para que su hijo participe en estos exámenes?

SÍ: DOY MI CONSENTIMIENTO para que mi hijo/a sea examinado/a.

NO: NO Doy PERMISO para que mi hijo/a sea examinado/a.

Firma del Gguardián: _____ Fecha: _____

Información del Estudiante en Caso de Emergencia

Apellido del Estudiante: _____ Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Género: Masculino Femenino

¿Existen documentos de **órdenes de custodia/orden judicial** que involucren a este estudiante?

Sí No (Si la respuesta es sí, **traiga una copia con los documentos.**)

Primer Contacto de Emergencia

Relación al Estudiante: _____

Apellido: _____ Nombre: _____

Primer # de Teléfono: _____ Segundo # de Teléfono: _____

Segundo Contacto de Emergencia

Relación al Estudiante: _____

Apellido: _____ Nombre: _____

Primer # de Teléfono: _____ Segundo # de Teléfono: _____

Tercer Contacto de Emergencia

Relación al Estudiante: _____

Apellido: _____ Nombre: _____

Primer # de Teléfono: _____ Segundo # de Teléfono: _____

Cuarto Contacto de Emergencia

Relación al Estudiante: _____

Apellido: _____ Nombre: _____

Primer # de Teléfono: _____ Segundo # de Teléfono: _____

Quinto Contacto de Emergencia

Relación al Estudiante: _____

Apellido: _____ Nombre: _____

Primer # de Teléfono: _____ Segundo # de Teléfono: _____

CONDICIONES MÉDICAS: Por favor enumere **cada una y todas las condiciones médicas** que la escuela debe tomar en cuenta:

Yo/nosotros por la presente autorizamos y damos consentimiento a la escuela para obtener atención médica de emergencia, incluyendo todo transporte necesario en caso de una emergencia para este estudiante mientras permanezca en terreno de la escuela. Yo/nosotros declaramos que toda la información en este formulario es verdadera y correcta.

Firma del Guardián: _____ Fecha: _____

Solicitud de Registro del Estudiante

Este formulario es requerido para todos los estudiantes entrando de K-5to grado y también para los estudiantes de kínder que asistieron a una escuela preescolar del distrito.

Por favor, envíe todos los registros y archivos del siguiente estudiante. Por favor incluya todos los registros de salud, los resultados de exámenes, los portafolios y archivos confidenciales.

Nombre del Estudiante : _____ Fecha de Nacimiento : _____

Grado : _____

Nombre de la escuela anterior: _____ Distrito Escolar Anterior : _____

Envíe los documentos a la escuela marcada abajo a la atención de "Student Records"

Por favor envíe todos los registros y documentos incluyendo: IEP, Plan 504, Notificaciones de ausencias, documentación disciplinaria

Yo (padre(s)/guardián(es) legal(es) por la presente doy consentimiento y autorizo la entrega de los registros de mi(s) estudiante(s) según lo solicitado anteriormente por la escuela que indiqué.

Rocketship Rise Academy
2335 Raynolds Place SE
Washington DC, 20020
Phone: 202-750-7177

Rocketship Legacy Prep
4250 Massachusetts Ave SE
Washington DC, 20020
Phone: 202-803-7004

Girma del Guardián: _____ Fecha: _____

Permiso de Viaje de excursión AppleTree

Durante el año escolar, los maestros llevarán a sus estudiantes a excursiones educativas relacionadas con las áreas de instrucción que se están estudiando. Estos viajes no sólo amplían el aprendizaje fuera del salón de clase, sino que también son momentos sociales especiales para las clases. Las excursiones de la Escuela Pública Chárter de Aprendizaje Temprano de AppleTree están bien planificadas, aprobadas por los líderes de la escuela y supervisadas adecuadamente por nuestro personal con el apoyo de padres voluntarios.

Solicitamos su permiso por escrito para que su hijo participe en todas las excursiones de la clase durante el año escolar 2019-2020. En lugar de pedirle que dé un permiso escrito cada vez que se programe una excursión le pedimos que dé su permiso escrito para todas las excursiones planeadas para el año escolar. Antes de cada viaje, los maestros enviarán una notificación que incluirá el destino, el enfoque del viaje, la vestimenta adecuada, la información sobre las comidas y sobre dinero necesario para el viaje.

Además, le pedimos que conceda su permiso para que su hijo pueda dar paseos por los alrededores de la escuela con los siguientes propósitos, entre otros: aptitud física, parques con fines educativos/recreativos y/o excursiones locales. El permiso también incluye visitas a bibliotecas locales y otros lugares educativos como parte de la jornada escolar normal.

Conceder un permiso previo permitirá a su hijo participar plenamente en todas nuestras importantes experiencias de aprendizaje fuera del campus.

Gracias por su apoyo,

Atentamente,

El grupo de AppleTree

Este estudiante tiene mi permiso para participar en todos los viajes de campo patrocinados por la Escuela Pública de Aprendizaje Temprano AppleTree.

Firma del Guardián: _____ **Fecha:** _____

AppleTree Cada Niño Preparado

Estimados Padres,

El propósito de **Every Child Ready** consiste en crear un plan de estudios de alta calidad y recursos de desarrollo profesional para otros centros preescolares. Deseamos que estos recursos permitan a los niños de otros programas la oportunidad de experimentar un programa preescolar de alta calidad

A través de **Every Child Ready**, a clase de su hijo recibirá libros adicionales y materiales relacionados con la alfabetización y el maestro de su hijo recibirá materiales del plan de estudios y capacitación. Si usted participa, **también puede recibir libros y materiales que le ayudarán a apoyar el aprendizaje de su hijo en casa.**

Por lo tanto, para que su hijo participe en este importante proyecto, le pedimos que dé permiso al personal del proyecto AppleTree:

1. Para compartir los resultados de la evaluación y los hallazgos de mi hijo con el maestro de mi hijo, otro personal de la Escuela, consultores, educadores, AppleTree, y las autoridades reguladoras apropiadas, incluyendo la Junta de Escuelas Públicas Chárter del Distrito de Columbia.
2. Para grabar y fotografiar a su hijo en su clase. La grabación y las fotografías pueden compartirse con el profesor de su hijo, el personal del proyecto, los consultores, otros educadores y el público. Las grabaciones de vídeo y las fotografías pueden incluirse en productos posteriores del plan de estudios y de desarrollo profesional que se publicarán comercialmente y se distribuirán ampliamente para mejorar la enseñanza y el aprendizaje de todos los niños. En el curso de la filmación de la instrucción normal, el maestro puede utilizar el nombre de su hijo. No se revelará ninguna otra información identificable sobre su hijo.
3. Para conversar con los maestros y el personal de la escuela sobre el aprendizaje de su hijo.

Firma del Guardián: _____ **Fecha:** _____

AppleTree Permiso de Fotografía y Video

AppleTree Schools se reserva el derecho de fotografiar/grabar en video a sus estudiantes, profesores, personal e instalaciones en relación con las actividades de la escuela y de reproducir esas imágenes para promover, dar a conocer o explicar la escuela o sus actividades. Esto incluye el derecho, sin limitación, de publicar tales imágenes en el boletín de la escuela, y materiales de relaciones públicas/promoción como publicaciones de marketing y admisiones, anuncios, material de recaudación de fondos y cualquier otra publicación relacionada con la escuela. Estas imágenes pueden aparecer en cualquiera de los diversos formatos y medios disponibles actualmente o que puedan estarlo en el futuro, incluyendo pero no limitándose a los medios impresos, de radiodifusión, de vídeo y electrónicos/en línea.

AppleTree Schools está en asociación con el Instituto AppleTree. Dentro del programa regular, los maestros de su hijo evaluarán las habilidades académicas y sociales de su hijo. El Instituto AppleTree examina los datos internamente en colaboración con el profesor de su hijo para mejorar la instrucción. Los datos no identificados también se comparten con el personal, los asesores, los educadores y en los informes educativos. En el marco de esta asociación, Instituto AppleTree reserva el derecho de fotografiar o grabar en vídeo a los alumnos, el profesorado, el personal y las instalaciones en relación con las actividades de la escuela, así como de reproducir dichas imágenes para promocionar, publicitar o explicar la escuela o sus actividades. Estas imágenes pueden aparecer en cualquiera de los diversos formatos y medios disponibles actualmente o que puedan estarlo en el futuro, incluyendo pero no limitándose a los medios impresos, de radiodifusión, de vídeo y electrónicos/en línea.

Por favor, seleccione su respuesta

- DOY permiso a las escuelas AppleTree para que utilicen las imágenes y/o el vídeo de mi hijo como se indica arriba.

- NO doy permiso a las escuelas AppleTree para que utilicen las imágenes y/o el vídeo de mi hijo como se indica arriba.

Firma del Guardián: _____ **Fecha:** _____

AppleTree Consentimiento para Proyecciones

La Escuela Pública Chárter de Aprendizaje Primario AppleTree (*AppleTree Early Learning Public Chárter School*) proporcionará exámenes de visión y audición a los estudiantes durante el año escolar. El Centro para la Prevención de la Ceguera (*The Center for Blindness Prevention*) proporcionará los exámenes de visión. Estos exámenes se llevarán a cabo durante el día escolar. Los resultados de los exámenes se enviarán a casa para que los revisen. Por favor, contáctenos si tiene alguna pregunta. Estos exámenes no reemplazan a los exámenes de visión regulares proporcionados por el médico de su hijo

Doy consentimiento para que mi hijo/hija sea examinado/a.

Firma del Guardián: _____ **Fecha:** _____

AppleTree

Acuerdo Escolar para Familias Separadas por Divorcio

Nombre de la Escuela/LEA _____
Nombre del Estudiante Inscrito _____

Es la intención de las Escuelas Públicas Chárter de Aprendizaje Primario de AppleTree permanecer neutrales hacia las familias divididas por divorcio o separación. No podemos aliarnos con un solo padre o madre contra el otro donde hay conflicto por los niños que asisten a nuestras escuelas. Si tiene un documento ordenado por la corte que lo establece como el custodio legal/principal padre o tutor, tendrá que proporcionar a AppleTree una copia para que la adjunte al el historial del niño. Usaremos este decreto judicial como base legal para trabajar con el padre con custodia. En ausencia de tal documento, por favor, tenga en cuenta que no podemos negar a ninguno de los padres acceso a su hijo. No podemos retener información o negarnos a ver o trabajar con él el otro padre. No podemos evitar que ninguno de los padres recoja a su hijo de la escuela o añadiendo amigos/familiares a la lista de contactos de recogida/emergencia. AppleTree ELPCS quiere proteger a todos los niños de situaciones emocionalmente perturbadoras. Nosotros pedir a los padres que consideren el bienestar de su hijo como una prioridad y trabajar lo mejor posible para manejar el conflicto fuera del ambiente escolar. Le pedimos que nos informe inmediatamente de cualquier cambio legal en la custodia de su hijo/hijos.

Oficial de la Escuela Nombre Completo en letra de molde y Firma Date

Padre 1 Nombre Completo en letra de molde y Firma Fecha

Firma del Guardián: _____ Fecha: _____