



# BRANDYWINE COMMUNITY SCHOOLS

1830 S 3<sup>RD</sup> ST. NILES, MI 49120  
**Student Enrollment Form**

**OFFICE USE ONLY**  
**(SÓLO PARA USO ESCOLAR)**

Date: _____
Teacher: _____
Records Request: _____
RCV'd Records: _____

**INFORMACIÓN ESTUDIANTIL** (Imprima Por Favor)

**Grado:** \_\_\_\_\_ **¿El/la estudiante previo/a en el distrito?**  Sí  No

Apellido Legal del/la Estudiante		Primer Nombre Legal		Segundo Nombre		Sufijo	
Fecha de Nacimiento MM/DD/AAAA		Género <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Nombre Preferido		<input type="checkbox"/> SOC (Escuela Escogido) <input type="checkbox"/> En Distrito <input type="checkbox"/> Matriculada	
Dirección (Primer Hogar)				Apt/Lot #		PO Box	
Ciudad		Estado	Código Postal	Departamento			

Las respuestas a esta información de residencia ayudan a determinar los servicios que el/la estudiante puede recibir según la Ley McKinney-Vento.

**¿Es esta dirección un arreglo de vivienda temporal debido a la pérdida de vivienda o dificultades económicas?**  Sí  No

**PADRES O PERSONA RESPONSABLE LEGALMENTE VIVIENDO EN EL HOGAR PRIMARIO**

Nombre(s) Completos (Primer, Segundo, Apellido)			
Relación al/la estudiante		<input type="checkbox"/> Padres <input type="checkbox"/> Padrastro/la Madrastra <input type="checkbox"/> Abuelo/a <input type="checkbox"/> Personal Responsable Legalmente <input type="checkbox"/> Otro/a	
Lugar de Empleo		<input type="checkbox"/> Padres <input type="checkbox"/> Padrastro/la Madrastra <input type="checkbox"/> Abuelo/a <input type="checkbox"/> Personal Responsable Legalmente <input type="checkbox"/> Otro/a	
Número Telefónico de Empleo			
Número Telefónico del Celular			
Correo Electrónico			
MILITAR ACTIVO/A		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	

La ley de Michigan permite que la información del/la estudiante se comparta con ambos padres, independientemente del estado civil, a menos que una orden judicial dicte lo contrario. Proporcione a la escuela todos los documentos judiciales actuales o las órdenes de restricción correspondientes a este/a estudiante.

**INFORMACIÓN DE SEGUNDO HOGAR** (¿Tiene el /la estudiante un padre legal que vive en una residencia diferente?)  SÍ  NO

Nombre(s) Completos (Primer, Segundo, Apellido)			
---	--	--	--

Relación al/la estudiante	<input type="checkbox"/> Padres <input type="checkbox"/> Padrastro/la Madrastra <input type="checkbox"/> Abuelo/a <input type="checkbox"/> Personal Responsable Legalmente <input type="checkbox"/> Otro/a	<input type="checkbox"/> Padres <input type="checkbox"/> Padrastro/la Madrastra <input type="checkbox"/> Abuelo/a <input type="checkbox"/> Personal Responsable Legalmente <input type="checkbox"/> Otro/a
Dirección		
Lugar de Empleo		
Número Telefónico de Empleo		
Número Telefónico del Celular		
Correo Electrónico		
MILITAR ACTIVO/A	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO



**OTRO/A NIÑOS/AS VIVIENDO EN EL PRIMER HOGAR**

Apellido	Primer Nombre	Género	Fecha de Nacimiento	Grado	Relación al/la Estudiante
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			

**ETNICIDAD Y RAZA / IDIOMA EN EL HOGAR**

**NOTA:** Por favor conteste ambas partes de las secciones de Origen étnico y Raza. Independientemente de lo que seleccione para Etnicidad, seleccione una o más casillas para indicar cuál considera que es la raza del/la estudiante. Si alguna de las partes no recibe respuesta, el Departamento de Educación de los Estados Unidos requiere que el distrito escolar proporcione una respuesta en su nombre.

**Etnicidad:** ¿Es este/a estudiante hispano/latino? (Elija solo una) (No es una pregunta de raza)

No     Sí (Una persona de origen/cultura española, cubana, mexicana, puertorriqueña, sudamericana, centroamericana u otra, independientemente de la raza).

**Raza:** (Elija una o más)

Indio Americano o Nativo de Alaska     Asiático     Negro o Afroamericano     Isleño del Pacífico     Blanco

¿Es la lengua materna de su hijo/a un idioma que no sea el inglés?

Sí     No    En caso afirmativo, ¿cuál es el idioma \_\_\_\_\_?

¿El idioma principal que se usa en el hogar o entorno de su hijo/a es un idioma que no sea el inglés?

Sí  No En caso afirmativo, ¿cuál es el idioma \_\_\_\_\_?

(Secciones 380.1152-380.1157 del Código Escolar de 1995)

**SPECIAL SERVICES**

¿El/la estudiante fue expulsado/suspendido de la escuela anterior?    
¿Recibe el/la estudiante algún servicio especial como  el "IEP" (Plan Individualizado de Educación)  plan 504  
 Comidas Gratis / Reducidas  Otras \_\_\_\_\_

Al firmar este formulario, usted acepta que la información anterior es verdadera y precisa.

Firma del padre/personal responsable legalmente

Fecha

# Brandywine

**Community Schools**

***"Comprometido al Éxito de Cada Estudiante"***

<input type="checkbox"/> Merritt Elementary 1620 LaSalle Ave. Niles, MI 49120 269-684-6511 phone 269- 684-8940 fax	<input type="checkbox"/> Brandywine Elementary 2428 S 13 <sup>th</sup> Street Niles, MI 49120 269-684-8574 phone 269-684-8924 fax	<input type="checkbox"/> Middle/Senior High 1700 Bell Rd Niles, MI 49120 269-683-4800 phone 269-683-1186 fax	<input type="checkbox"/> Brandywine Innovation Academy 1830 S 3 <sup>rd</sup> Street Niles, MI 49120 269-683-8805 phone 269-684-8998
--	---	--	--

## AUTORIZACIÓN PARA LA LIBERACIÓN DE REGISTROS

**INFORMACIÓN DE LA ESCUELA ANTERIOR**

Nombre de la Escuela	Nombre del/la Estudiante	FDN
Dirección de la Escuela	Ciudad, Estado, Código Postal	
Teléfono de la Escuela	Fax de la Escuela	
Correo Electrónico de la Escuela	Fecha de Retiro	

**\*\*\*\*\*SCHOOL USE ONLY (SÓLO PARA USO ESCOLAR)\*\*\*\*\***

NOTES: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\*According to the Family Education Rights and Privacy Act dated June 17, 1976 it is no longer necessary to obtain written consent to release records between schools. School officials, including teachers within the educational institution and officials of other school systems in which a student may intent to enroll, may receive a student's records without written consent for such release.

\* Según la Ley de privacidad y derechos de educación familiar del 17 de junio de 1976, ya no es necesario obtener un consentimiento por escrito para divulgar los registros entre las escuelas. Los funcionarios escolares, incluidos los maestros dentro de la institución educativa y los funcionarios de otros sistemas escolares en los que un estudiante puede intentar inscribirse, pueden recibir los registros de un estudiante sin el consentimiento por escrito para dicha liberación.

Firma de Padres/Persona Responsable

Fecha

# TRANSPORTATION INFORMATION

1700 Bell Road Niles, MI 49120

Teléfono (269) 683-5311 or 269-683-4800 ext 2204 Correo Electrónico: [dseidner@brandywinebobcats.org](mailto:dseidner@brandywinebobcats.org)

Padres/Personas Responsables: Complete esta hoja si su hijo/a viajará en un autobús hacia o desde la escuela en cualquier momento durante el \_\_\_\_\_ año escolar.

\*\*\*\*\*

Si se necesita el servicio de autobús, por favor verifique qué escuela

- High/Middle School**  Hacia  Desde  Ambos
- Elementary**  Hacia  Desde  Ambos
- Merritt**  Hacia  Desde  Ambos

Apellido Legal		Primer Nombre Legal		Segundo Nombre	Sufijo
Fecha de Nacimiento MM/DD/AAAA		Género <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Grado		
Padres/Persona Responsable					
Dirección (Hogar Primaria)			Apt/Lot #	PO Box	
Ciudad		Estado	Código Postal	Departamento	

Debe marcar una casilla abajo  <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hogar</li> <li>• Cuidados de niños</li> <li>• Familiar</li> <li>• Otro</li> </ul>	<b>AM/Lugar para recoger</b>
	Nombre de Persona de donde viene el/la niño/a::
	Ubicación:
	Dirección:
	Ciudad, Código Postal
	Teléfono:
	COMENTARIOS:

Debe marcar una casilla abajo	<b>PM/Lugar para dejar</b>
	Nombre de Persona de donde va el/la niño/a:
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hogar</li> </ul>	Ubicación:
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuidados de niños</li> </ul>	Dirección:
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Familiar</li> </ul>	Ciudad, Código Postal
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Otro</li> </ul>	Teléfono:
	COMENTARIOS:

## INFORMACIÓN DE TRANSPORTE (CONTINUACIÓN)

INFORMACIÓN DE SALUD/MÉDICO     NO HAY PROBLEMAS MÉDICOS CONOCIDOS

Indique cualquier problema de salud, incluidas las alergias a los alimentos, que el personal de la escuela debe conocer.

---

Si tiene un hijo/a en el kindergarden, nuestra política escolar es tener un adulto/a en la parada del autobús, de lo contrario no se dejará al/la estudiante. ¿Te gustaría tener esta renunciada?    **SÍ**  **NO**

Con mi firma a continuación, presento la solicitud de servicios de transporte tal como se describe anteriormente y en las pautas adjuntas. Certifico que la dirección del hogar que se menciona arriba es la residencia real de los/las estudiantes mencionados anteriormente. Entiendo que la aceptación de esta solicitud por parte del Departamento de Transporte de BCS **no garantiza ningún servicio fuera de las pautas establecidas en el "Manual del Estudiante de Transporte de BCS"**. Entiendo que si la solicitud se otorga, mis estudiantes serán recogidos/dejados en la parada designada más cercana a la dirección solicitada y que yo nosotros estamos obligados a presentar una nueva solicitud si cambiamos la información anterior.

**Firma de Padres/Persona Responsable:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

- Se debe presentar una nueva solicitud de transporte cada año escolar.
- Los/las estudiantes deben viajar en sus autobuses asignados solamente.
- Cambios no permitidos sin la aprobación previa del Departamento de Transporte.

Formularios debidos al garaje del autobús antes del 15 de julio para Kindergarten.  
Formularios debidos al garaje del autobús antes del 1 de agosto para todos los demás.