



Formulario oficial de cambio de domicilio

Estimado padre(s) / tutor (es) de: _____

Todos los formularios deben actualizarse con la información de la nueva dirección completa y deben devolverse de inmediato.

- Distrito escolar local
- Emergencias de estudiantes
- Formulario de permiso universal

Proporcione una copia de la prueba de residencia (utilidad o declaración de renta / hipoteca). La información de la cuenta se puede QUITAR por privacidad. La dirección debe coincidir con la dirección del estudiante.

Por favor llame si tiene preguntas al 831-2878 ext. 114 si tienes preguntas.

Saludos,

Ms. Baker

Rochelle Baker, M.Ed., MSW

Directora ejecutiva



**135 Weybosset Street
Providence, Rhode Island 02903
(401) 831-2878 Fax (401) 633-6199**

Estimado **distrito escolar o escuela local:**

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Ciudad, código postal: _____

Tenga en cuenta que el estudiante mencionado anteriormente asistirá a la Escuela Chárter Virtual de Village Green durante el año escolar **2018/2019**. Le agradeceríamos que retirara el número de identificación del estudiante asignado por el estado (**SASID**): _____. VGV enviará la versión de registro solicitando registros oficiales de la escuela (**expedientes académicos, exámenes estandarizados, salud/ inmunización y, si corresponde, planes IEP, 504 y / o ELL**) o puede enviar copias a:

**Ms. Rochelle Baker, M.Ed., MSW
Executive Director
Village Green Charter School
135 Weybosset Street
Providence, RI 02903**

Si tiene alguna pregunta, no dude en contactarme, (401) 831-2878 ext. 402 o rbaker@vgcs.org
Sinceramente,

Rochelle Baker

Firma de los padres: _____ Fecha: _____



SASID _____ LASID _____

Formulario de emergencia

Es extremadamente importante que la escuela pueda comunicarse con las familias en caso de una emergencia. Llene este formulario completamente y devuélvalo a VGV.

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento : ____/____/____ (Escriba en letras de molde)	
Grado: _____	Aula: _____
Dirección: _____	Teléfono : _____
Cuidad: _____	Código postal: _____ Correo electrónico: _____
Madre /Tutor: _____ (Escriba en letras de molde)	Padre/Tutor: _____ (Escriba en letras de molde)
Cell #: _____	Cell #: _____
Trabajo #: _____	Trabajo #: _____
Correo electrónico: _____	Correo electrónico : _____
¿Tiene su hijo hermanos o primos que asisten a la misma escuela?	
Nombre: _____	Grado: _____ Relación: _____
Nombre: _____	Grado: _____ Relación: _____
Ultima escuela a la que asistió: _____	
¿Quién recoge regularmente a su hijo DESPUÉS DE LA ESCUELA? o Padre / Tutor o Bus / RIPTA o cuidado de niños / después de la escuela o Otro proveedor de cuidado infantil o Nombre: _____ o Emergencia #: _____	Marque si alguna de estas condiciones se aplica a su hijo: o asma o diabetes o alergia a los alimentos o gafas o dificultades de audición o convulsiones o Población especial (IEP o 504): _____ o Servicios de ESL / EL Sí _____ No _____
¿Tiene una orden de NO CONTACTO contra alguna persona con respecto a su hijo? Sí ____ No ____ Si marca sí, por favor escriba el nombre de la (s) persona (s) _____	
* Se debe presentar una copia de una orden de no contacto válida en la oficina principal.	
La (s) persona (s) que figura a continuación pueden recoger a su hijo. Deben tener una identificación con foto.	
1. _____	Teléfono: _____
2. _____	Teléfono: _____
3. _____	Teléfono: _____
Servicio activo de las fuerzas armadas de padres: Si _____ No _____	
Firma de padre o madre: _____	Fecha: _____
Firma de padre o madre: _____	Fecha: _____



Formulario de permiso universal

Por favor imprime claramente

Apellido Del Estudiante _____ Nombre Del Estudiante _____

Dirección _____ Fecha De Nacimiento ____/____/____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Permiso concedido: Si _____ No _____ Estudiante: Masculino _____ Femenino _____

Problemas de salud especiales (asma, alergias o lesiones recientes):

Contacto de emergencia _____ Relación al estudiante _____

Teléfono de casa (____) _____ Teléfono de celular (____) _____

Nombre de la madre _____ Nombre del padre _____

Número de teléfono de la madre (____) _____ Número de teléfono del padre(____) _____

Seguro Médico: Compañía _____ Numero de póliza _____

Por la presente autorizo a mi hijo (a) a participar en la Actividad / Excursión de la escuela virtual de Village Green, ubicada fuera de las instalaciones de la escuela. Al otorgar esta autorización, acepto que no presentaré una demanda contra Village Green, incluidos cualquiera de sus maestros, empleados o agentes, o la agencia patrocinadora, por lesiones personales causadas por la participación de mi hijo / a en la actividad / paseo de Village Green que se encuentra Fuera de la premisa del colegio.

En el caso de una lesión o enfermedad repentina y grave para mi hijo / hija mientras él / ella participa en el Viaje / Actividad de Village Green ubicado fuera de las instalaciones de la escuela, expreso mi consentimiento para la administración de atención médica de emergencia, incluida la anestesia, si tal acción es deseable en opinión del personal médico asistente. Seré responsable de todos los honorarios médicos y otros cargos. Entiendo que los líderes harán un esfuerzo responsable para contactarme, en caso de que ocurra una lesión o enfermedad repentina.

Al firmar, certifico que mi hijo está cubierto por el seguro de salud y accidentes o por Medicaid, y que estoy obligado a proporcionarle a la Escuela Village Green Virtual la compañía de seguros y el número de la póliza. Entiendo que seré responsable de todos los honorarios médicos y cargos relacionados, ya sea que esté asegurado o no.

¡ESTE FORMULARIO DEBE SER FIRMADO POR UN PADRE O TUTOR!

Firma del Padre: _____

Fecha: _____

La cumplimentación de este formulario implica el compromiso del solicitante con las siguientes pautas no negociables:

1. La posesión y / o consumo de alcohol o drogas ilegales están prohibidas y no se permiten armas.
2. Se espera que todos los participantes participen en todos los aspectos del día.
3. No robar. La persona responsable será procesada.

Firma del padre: _____

Fecha: _____