

Distrito Escolar Rouge River



Requisitos de Inscripción

RESIDENTES SOLAMENTE

Formas para ser llenado

- Formulario de Inscripción
- Emergen cy Contacto | Viaje de estudios y lanzamiento del Formulario de Información
- Formulario de Solicitud de Registros
- Estudiante Expulsión Formulario de Verificación
- Forma Física [*Firmado por el médico*]
- Free & Reducido Aplicación Almuerzo [*Solo 1 aplicación necesaria por familia*]
- Parent Connect Form [*(Opcional) Sólo 1 aplicación necesaria por familia*]

Documentos que debe traer En

- Prueba de Residencia
[Utilidad Bill, recibo de alquiler, hipoteca o contrato de arrendamiento, o correo corriente de Estados Unidos con su nombre y dirección]
- Certificado de nacimiento [*ID requerido para la prueba de paternidad*]
- Inmunización Registros
- Boletas [K-8th Grado] | Transcripciones [9th – 12th Grado]
- IEP, MET, lanzamiento e informes para la Educación Especial [*si corresponde*]



River Rouge School District
Registration Form

OFFICE USE ONLY
Student #
Entry Date
Birth Cert: Yes No
YOG
Immunization Records:
UIC Number

La fecha de hoy: Entrando Grado:

Escuela de Elección / Fuera de Estudiante del Distrito? Si No

Información del Estudiante

Nombre del estudiante: Último Primero Medio

Otros apellidos estudiante puede utilizar:

Sexo: Masculino Mujer Doble: #1 #2
Cumpleaños: Mes / Día / Año Lugar de nacimiento: Estado De La Ciudad

Raza: (debe elegir una)
Hispano o Latino
No Hispano o Latino
Raza: (elija uno o más, independientemente del grupo étnico)
indio o de Alaska Indígena de América (1)
Blanco / Caucásico (2)
Negro o afroamericano (4)
Asiático (5)
Nativo de Hawai u otras islas del Pacífico (8)

¿Tiene el estudiante hablar con fluidez Inglés? Si No Si no, ¿qué language?
¿Qué idioma es hablado por la Sociedad Dominante / Tutores s? Inglés Español Otro
¿Qué idioma se habla en casa? Inglés Español Otro

Dirección / Teléfono / Residencia Información

Dirección: Número / nombre de calle Ciudad Cremallera

¿Es esta una dirección temporal? Si No

Número Telefónico: Número de teléfono celular:

Listed: Si No

Consentimiento para divulgar información: TODOS los datos y fotos Datos solo
Fotos solo NO datos o imágenes

Información Transporte

Bus #: Recogida Stop: Hora de salida:

Información Adicional

Si su hijo nació fuera de los U.S. y sus territorios, introduzca la primera fecha en una escuela de Estados Unidos:

Mes / Día / Año

Contactos que residen en el hogar con Estudiantes

Nombre del Padre (Guardian / O tros):

Celular / Trabajo Número de Teléfono: Relación con el estudiante:

Nombre del Padre (Tutor / Otro):

Celular / Trabajo Número de Teléfono: Relación con el estudiante:



River Rouge School District
Registration Form

Padre / Tutor Dirección de correo electrónico: _____

Padres Nivel Educativo (Indique Nivel por número): _____ Hombre _____ Female
1 - Diploma Universitario 2 - Master 3 - Doctorado
4 - Escuela Primaria 5 - Escuela Media 6 - Escuela Secundaria 7 - Otros

Relación con el estudiante: [] Auto [] Ambos Padres [] Padre / Madrastra [] Madre / Padrastro
[] Padre Sólo [] Madre Sólo [] Tutor Legal [] Corte Colocado
[] Relativa [] Foster Inicio [] Divorciado, Custodia Compartida

Una re interesado Parent Connect? [] Sí [] No (En caso afirmativo, completar y devolver en forma de paquetes)

Contactos de Emergencia

Emergencia Persona de Contacto: _____ Relación: _____
Teléfono de casa # () _____ Celular: _____
Emergencia Persona de Contacto: _____ Relación: _____
Teléfono de casa # () _____ Celular: _____

Inscripción Anterior

Nombre de l'ast estudiante school asistió: _____
Dirección: _____
Teléfono #() _____ Fax #() _____

¿Se ha suspendido el estudiante de la escuela? [] Sí [] No Expulsado de la escuela? [] Sí [] No

En caso afirmativo, indique el motivo de la suspensión y / o expulsión _____

Número de días suspendido _____ Ates de Expulsión _____

Información sobre la Salud

Cualquier condiciones conocidas de la salud: _____
Tratamiento: [] Medication/casa [] Medication/escuela [] Inhalador w/estudiante [] inhalador/oficina [] Otros _____

Educación Especial

* Estudiantes de Educación Especial se necesitan un IEP, MET y todos los informes de evaluación al momento de inscripción:

Fue su hijo elegible para la Educación Especial? [] Sí [] No

Servicios Especiales a su estudiante recibió en la escuela anterior: (Por favor marque todo lo que corresponda)
[] Discurso [] Rm recursos. [] Trabajador Social [] Ed especial. / Apoyo a maestros
[] Título 1 [] Recuperación de Lectura [] Otro _____

¿Cómo se enteró acerca del River Rouge Escuelas? _____

Yo afirmo que como padre/tutor legal, toda la información proporcionada es verdadera y exacta y que mi hijo y yo resido en la dirección indicada. Entiendo que cualquier información falsa proporcionada por mí, puede ser objeto de sanciones penales por perjurio.

Firma del Padre / Tutor

Fecha

Distrito Escolar Rouge River
Tarjeta de Procedimiento de Emergencia
POR FAVOR IMPRIMIR

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____ Teléfono de la casa: _____

Ciudad: _____ Código Postal: _____

Enfermedades crónicas: _____ Alergias: _____

Contacto de Emergencia #1: _____ Teléfono: _____ Relación: _____

Contacto de Emergencia # 2: _____ Teléfono: _____ Relación: _____

Contacto de Emergencia # 3: _____ Teléfono: _____ Relación: _____

Médico de Familia: _____ Teléfono: _____

Yo doy permiso al Distrito Escolar Rouge River para asegurar el tratamiento médico quirúrgico y / o emergencia de emergencia para el niño menor de edad nombrado arriba mientras que en la atención. El tratamiento médico no es de emergencia o cirugía electiva no está incluido en esta autorización.

Firma del Padre / Tutor

Fecha Firmado

Distrito Escolar Rouge River
Viaje de estudios y lanzamiento del Formulario de Información

Mi hijo, _____, Tiene permiso para ir en las excursiones programadas con su / su clase y / o en la escuela, durante este año escolar.

Yo entiendo que él / ella va a viajar en la escuela distrito aprobado transporte y t sombrero de la escuela ejercerá todas las precauciones razonables. Entiendo que mi hijo sólo se dará a conocer a la persona (s) a continuación y que debe presentar una identificación con fotografía antes de la liberación del niño.

1. _____ Relación: _____ Teléfono: _____

2. _____ Relación: _____ Teléfono: _____

3. _____ Relación: _____ Teléfono: _____

El Distrito Escolar Rouge River es el permiso ing solicitud de foto / imagen de su hijo y / o los datos que se publicará en el distrito y / o escuela 's web, material promocional, artículos, o en cualquier otro medio, sin compensación alguna para los padres (s) / tutor (s).

Por favor, c diablos una de las siguientes opciones:

TODOS los datos y fotos Datos SOLAMENTE Fotos SOLAMENTE **NO** datos o imágenes

Al firmar abajo, doy Distrito Escolar Rouge River los derechos indicados anteriormente.

Firma del Padre / Tutor

Fecha Firmado

Distrito Escolar Rouge River
Registros de solicitud

Fecha: _____

ÚLTIMA Escuela de Estudio: _____

Calle de la escuela Dirección: _____

Escolar de la Ciudad / Estado / Código Postal: _____

Escuela Número de teléfono: _____ Escuela Fax: _____

En cumplimiento de la Ley Pública 93-380, Sección 438, de los Derechos de Educación Familiar y Ley de Privacidad; por favor proporcione todos los registros relativos a:

Nombre del estudiante (letra de imprenta)

Grado

Fecha de Nacimiento

Atención: Si se marca esta casilla, el estudiante arriba mencionado se ha inscrito en nuestro distrito escolar a través de "Escuelas de Elección".

El expediente del estudiante debe ser hacia adelante a la escuela comprobó a continuación:

Ann Visger K-5 Preparatory Academy
12111 W. Jefferson Ave.
River Rouge, MI 48218
Fax: 313-297-5694

Clarence B. Escuela Intermedia sábado
340 Frazier Street
River Rouge, MI 48218
Fax: 313-297-5695

River Rouge STEM Academia @ Dunn
163 W. Burke
River Rouge, MI 48218

River Rouge High School
1460 Coolidge Hwy.
River Rouge, MI 48218
Fax: 313-297-7322

Distrito Escolar Rouge River
Oficina de Inscripción
1460 W. Coolidge Hwy.
River Rouge, MI 48218
Fax: 313-842-8790

Firma del Oficial Autorizado: _____

For Office Use Only			
Date Request Sent: _____	Time Frame: _____	Mail: _____	Date Received: _____

Distrito Escolar Rouge River
Estudiante Expulsión Formulario de Verificación

A partir del 1 de enero 1985 la ley estatal requiere que los padres o tutores que se matriculan a sus hijos en un distrito escolar deben certificar que la persona inscrita no ha sido expulsado de cualquier escuela o distrito escolar. Si un individuo ha sido expulsado, se requeriría una revisión por el Director de Servicios Especiales.

Certifico que mi hijo, _____, **no ha sido expulsado** de cualquier escuela o distrito escolar.

Mi hijo, _____, **fue expulsado** de la
_____ Distrito Escolar.

La razón para la expulsión fue: Académico Arson Violación Armas
 Otro (explique abajo)

Padre / Tutor Firma

Fecha

HEALTH APPRAISAL

Dear Parent or Guardian: The following information is requested so that the school can work with the parent to meet the physical, intellectual and emotional needs of the child. Fill out the information requested in Section I. Section III may be certified by the transcription of information from the certificate of immunization. The remaining sections are to be completed by a doctor, nurse and dentist. **(BE SURE TO BRING YOUR CHILD'S IMMUNIZATION RECORDS TO THE EXAMINATION.)**

PERSONAL

CHILD'S NAME (Last, First, Middle)	DATE OF BIRTH (mm/dd/yy) / /
ADDRESS (Number & Street) (City) (ZIP Code) MI	TODAY'S DATE (mm/dd/yy) / /
PARENT/GUARDIAN (Last, First, Middle)	HOME TELEPHONE NUMBER ()
ADDRESS (Number & Street) (City) (ZIP Code) MI	WORK TELEPHONE NUMBER ()

SECTION I - HEALTH HISTORY

Yes	No	Resolved	# Is your child having any of the problems listed below?	Birth History:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 Allergies or Reactions (for example, food, medication or other)	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2 Hay Fever, Asthma, or Wheezing	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3 Exzema or Frequent Skin Rashes	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4 Convulsions/Seizures	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5 Heart Trouble	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6 Diabetes	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7 Frequent Colds, Sore Throats, Earaches (4 or more per year)	Are there any current or past diagnosis(es) <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8 Trouble with Passing Urine or Bowel Movements	If yes, please describe:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9 Shortness of Breath	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10 Speech Problems	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11 Menstrual Problems	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12 Dental Problems: Date of Last Exam / /	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Other (please describe): _____	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Does your child take any medication(s) regularly?	If yes, list medications:
Reason for Medication				
_____/_____/_____ <i>Parent/Guardian Signature</i> Date				Was the health history reviewed by a health professional? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <i>Examiner's Initials:</i> _____

SECTION II - PHYSICAL EXAMINATION, INSPECTION, TESTS AND MEASUREMENTS

Required for Child Care and Head Start / Early Head Start

Tests and Measurements

No	Yes	Was child tested for:	Test results:	Normal	Referred	Under Care	No	Yes	Was child tested for:	Test results:	Normal	Referred	Under Care
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	VISION Date: ___/___/___	Visual Acuity Muscle Imbalance Other: _____				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HEIGHT & WEIGHT Other: _____	Height Weight Other: _____			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HEARING Date: ___/___/___	Audiometer Other: _____				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HEMOGLOBIN / HEMATOCRIT BLOOD PRESSURE	→ Reading: _____			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	URINALYSIS Date: ___/___/___	Sugar Albumin Microscopic				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TUBERCULIN Date: ___/___/___	Type: _____ Neg.: <input type="checkbox"/> Pos.: <input type="checkbox"/> _____ mm			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	BLOOD LEAD LEVEL Date: ___/___/___	Level _____ ug/dl				NOTE: Blood lead level required for all children enrolled in Medicaid must be tested at one and two years of age, or once between three and six years of age if not previously tested. All children under age six living in high-risk areas should be tested at the same intervals as listed above.						

Examinations and/or Inspections

Essential Findings Deviating from Normal:
Exam Date: ___/___/___

SECTION III - IMMUNIZATIONS

Statements such as "UP TO DATE" or "COMPLETE" will not be accepted. Admission to school may be denied on the basis of this information.*

VACCINES (Circle Type)	DATE ADMINISTERED MM/DD/YYYY		VACCINES (Circle Type)	DATE ADMINISTERED MM/DD/YYYY	
Hepatitis B (Hep B)	1	3	Hepatitis A (Hep A)	1	2
	2			2	3
DTaP/DTP/DT/Td	1	4	Influenza TIV/LAIV	1	3
	2	5		2	4
	3	6	Meningococcal MCV4 / MPSV4	1	2
Tdap	1		Human Papillomavirus (HVP4/HPV2)	1	2
Haemophilus Influenzae type b (HIB)	1	3		2	3
Polio - IPV / OPV	1	3	OTHER Vaccines Specify Date & Type	Type of Vaccine(s)	Date of Vaccine(s)
	2	4		1	
Pneumococcal Conjugate (PCV7/PCV13)	1	3		2	
Rotavirus (RV1/RV5)	1	3	3		
	2		<i>Indicate and attach physician diagnosis or laboratory evidence of immunity as applicable</i>		
Measles, Mumps, Rubella (MMR)	1	2	*NOTE: According to Public Act 368 of 1978, any child enrolling in a Michigan school for the first time must be adequately immunized, vision tested and hearing tested. Exemptions to these requirements are granted for medical, religious and other objections, provided that the waiver forms are properly prepared, signed and delivered to school administrators. Forms for these exemptions are available at your child's school or local health department.		
Varicella (Chickenpox)	1	2	Parent/Guardian refused immunizations: <input type="checkbox"/>		
History of Chickenpox Disease? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If yes, date: _____					
I certify that the immunization dates are true to the best of my knowledge					
_____			_____		_____ / ____ / ____
Health Professional's Signature			Title		Date

SECTION IV - RECOMMENDATIONS

(Required for Child Care and Head Start/Early Head Start)

No	Yes	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Is there any defect of vision, hearing or other condition for which the school could help by seating or other actions? If yes, please explain:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Should the child's activity be restricted because of any physical defect or illness? If yes, check and explain degree of restriction(s): <input type="checkbox"/> Classroom <input type="checkbox"/> Playground <input type="checkbox"/> Gymnasium <input type="checkbox"/> Swimming Pool <input type="checkbox"/> Competitive Sports <input type="checkbox"/> Other
Other Recommendations		

SECTION V - DENTAL EXAMINATION AND RECOMMENDATIONS (OPTIONAL)

I have examined _____'s teeth. As a result of this examination, my recommendation for treatment is: _____

child's name

_____ / ____ / ____

Dentist's Signature

Date

PHYSICIAN'S SIGNATURE

_____ / ____ / ____

Examiner's Signature

Date

Examiner's Name (Print or Type)

Degree or License

_____ MI _____

Number & Street

City

ZIP Code

(____) _____ Telephone

Information required for:

Early On - Hearing and Vision Status; Diagnosis; Health Status

Child Care Licensing - Physical Exam, Restrictions, Immunizations

Head Start/Early Head Start - Determination that child is up-to-date on a schedule of age-appropriate preventive and primary health care, including medical, dental, and mental health. The schedule must incorporate the schedule of well-child care required by EPSDT and the latest immunizations schedule recommended by the Centers for Disease Control and Prevention, State, tribal, and local authorities. An EPSDT well-child exam includes height, weight, and blood tests for anemia and regular intervals based on age.

Developed in Cooperation with the Departments of Human Services, Education, Community Health, Michigan American Association of Pediatrics, Early Childhood Investment Corporation, Child Care Licensing, Head Start, Michigan State Medical Society, Michigan Association of Osteopathic Physicians and Surgeons.

FREE AND REDUCED PRICE SCHOOL MEALS FAMILY APPLICATION

Part 1 - If the child you are applying for is homeless, migrant, or a runaway, check the appropriate category and verify with the district/school Homeless Liaison or Migrant Coordinator at _____
 _____ Homeless _____ Migrant _____ Runaway Skip Part 2 and list the Child's Name, Grade, and Building in Part 3.

Part 2 - If any member of your household received Food Assistance Program (FAP), Family Independence Program (FIP), or FDPIR, provide the name and case number for the person who receives benefits.
 Name: _____ Case Number: _____ Bridge Card Numbers and Medicaid Numbers are NOT ACCEPTABLE case numbers
 If a case number is provided, only students need to be listed in Part 3.

Part 3 - Household Names - List below *all* people living in your household, students and non-students, foster children, related or unrelated. For example, grandparents, other relatives, and/or friends, including yourself and children who live with you, *must* be listed.
Part 4 - Total Household Gross Incomes - Include the amount of money and circle how often it is received. If the person does not receive any income "\$0" must be circled in the column "Circle if NO Income". If you listed a FAP/FIP/FDPIR number in Part 2, skip to Part 5.

Names	Circle Yes if Foster Child	Grade (if applicable)	Building Name (if applicable)	Circle if NO Income	Earnings from Work (before any deductions and taxes)		Welfare, Child Support, Alimony		Pensions, Retirement, Social Security		All Other Income	
					weekly	every 2 weeks	weekly	every 2 weeks	weekly	every 2 weeks	weekly	every 2 weeks
Example: <i>Jane Doe</i>	Yes			\$0	\$600	monthly			\$250	twice a month		
1	Yes			\$0		weekly				weekly		
2	Yes			\$0		twice a month				twice a month		
3	Yes			\$0		weekly				weekly		
4	Yes			\$0		twice a month				twice a month		
5	Yes			\$0		weekly				weekly		
6	Yes			\$0		twice a month				twice a month		
7	Yes			\$0		weekly				weekly		
8	Yes			\$0		twice a month				twice a month		

Part 5 - Signature and Last Four (4) Digits of Adult Social Security Number (Adult household member MUST sign and date.)

If Part 4 is completed, the adult signing the form must also list the last four (4) digits of his or her Social Security Number or check the "I do not have a Social Security Number box". See Privacy Act Statement on the back of this page.

I certify (promise) that all information on this application is true and that all income is reported. I understand that the sponsor will get federal funds based on the information I give. I understand that sponsor officials may verify (check) the information. I understand that if I purposely give false information, my child may lose benefits and I may be prosecuted.

Sign Here: X _____ Print Name: _____ Date: _____

Last Four (4) Digits of Adult Social Security Number: XXX-XX-_____ I do not have a Social Security Number

Address	City	Zip Code	County
Home/Cell Phone	Work Phone	Email Address	By providing your email address you may be notified via email of your eligibility for free and reduced price school meals.

Part 6 - Child's Racial/Ethnic Identity (optional)

Check One or More Racial Identities:

- American Indian or Alaskan Native Asian
 Black or African American White
 Native Hawaiian or Other Pacific Islander Other

Check One Ethnic Identity:

- Hispanic or Latino
 Neither Hispanic or Latino

Privacy Act Information: Social Security Number

The Richard B. Russell School Lunch Act requires the information on this application. You do not have to give the information, but if you do not, we cannot approve your child for free or reduced price meals. You must include the last four (4) digits of the Social Security Number of the adult household member who signs the application. The Social Security Number is not required when you apply on behalf of a foster child, list a FAP or FIP case number or other FDPIR identifier for your child, or indicate that the adult household member signing the application does not have a Social Security Number. We will use your information to determine if your child is eligible for free or reduced price meals and for administration and enforcement of the lunch and breakfast programs. We MAY share your eligibility information with education, health, and nutrition programs to help them evaluate, fund, or determine benefits for their programs, auditors for program reviews, and law enforcement officials to help them look into violations of program rules.

Non-discrimination Statement: This explains what to do if you believe you have been treated unfairly.

"In accordance with Federal Law and U.S. Department of Agriculture policy, this institution is prohibited from discriminating on the basis of race, color, national origin, sex, age, or disability. To file a complaint of discrimination, write USDA, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410 or call toll free (866) 632-9992 (Voice). Individuals who are hearing impaired or have speech disabilities may contact USDA through the Federal Relay Service at (800) 877-8339; or (800) 845-6136 (Spanish). USDA is an equal opportunity provider and employer."

VERIFICATION - FOR SCHOOL USE ONLY

Date Selected for Verification: _____		Date Follow-up/Second Notice: _____		Date of Adverse Notice Sent: _____
Confirming Officials Signature: _____		Follow-up Official's Signature: _____		_____
Response Due from Household: _____		Verification Official's Signature: _____		_____
FAP/FIP/FDPIR/Foster Eligibility: <input type="checkbox"/> Not confirmed Confirmed: <input type="checkbox"/> Department of Human Services <input type="checkbox"/> Notice of Eligibility	\$ _____ <input type="checkbox"/> Weekly <input type="checkbox"/> Every 2 weeks <input type="checkbox"/> Twice a month <input type="checkbox"/> Monthly <input type="checkbox"/> Annual	Income <input type="checkbox"/> Wage Stubs <input type="checkbox"/> Written Documents <input type="checkbox"/> Collateral Contact <input type="checkbox"/> Agency Records <input type="checkbox"/> Other _____	Verification Result <input type="checkbox"/> Free to Reduced <input type="checkbox"/> Free to Paid <input type="checkbox"/> Reduced to Free <input type="checkbox"/> Reduced to Paid <input type="checkbox"/> No Change	Reason for Eligibility Change: <input type="checkbox"/> Income <input type="checkbox"/> Household Size <input type="checkbox"/> Refused to Cooperate <input type="checkbox"/> Other _____

APPROVAL/DISAPPROVAL - FOR SCHOOL USE ONLY

Annual Income Conversion: Weekly x 52, Every 2 Weeks x 26, Twice a Month x 24, Monthly x 12

Household Size: _____ Total Gross Income: \$ _____ <input type="checkbox"/> Weekly <input type="checkbox"/> Every 2 Weeks <input type="checkbox"/> Twice a Month <input type="checkbox"/> Monthly <input type="checkbox"/> Annual	<input type="checkbox"/> Number of Children Free <input type="checkbox"/> Number of Children Reduced <input type="checkbox"/> Number of Children Paid	Reason for Denial: <input type="checkbox"/> Income Too High <input type="checkbox"/> Incomplete Application <input type="checkbox"/> Other (specify) _____
---	---	---

Determining Official's Signature: _____ **Date:** _____ **Date Dropped/Withdrawn:** _____

Distrito Escolar Rouge River
Parent Connect Form

Nombre del Padre / Tutor: _____

Dirección De Casa: _____

Ciudad: _____ Teléfono: _____

Celular: _____

Dirección De Correo Electrónico: _____

Nombre del Padre / Tutor: _____

Dirección De Casa: _____

Ciudad: _____ Teléfono: _____

Celular: _____

Dirección De Correo Electrónico: _____

Niños que asisten a River Rouge Escuelas:

Nombre Del Estudiante	Escuela de Asistencia	Grado

He leído y acepto la Política de Privacidad en el reverso de este formulario.

Padre / Tutor Firma

Fecha