



2025-2026

1ST - 5TH GRADE
REGISTRATION PACKET
PAQUETE DE REGISTRACION

Ms. Mayra Barreira, Principal
Ms. Christina Garcia, Assistant Principal

Visit our Website: silverbluffelementary.net
Follow us on Twitter & Instagram: SilverBluffElem
Facebook: Silver Bluff Elementary School



Silver Bluff Elementary School

2609 SW 25th Avenue, Miami, Florida 33133

Ms. Mayra Barreira, Principal

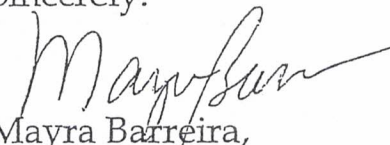
Dear Parents:

We, at Silver Bluff Elementary, would like to welcome you. We are committed to providing the highest quality education possible with comprehensive and innovative programs that challenge our students daily. We strongly believe that the years spent at silver Bluff Elementary will pave the way for our students to become productive citizens and world leaders in an ever-changing global economy.

We thank you for your assistance and support to our school and wish you the best with placement in our school. Working together, we will be able to help our students reach even greater heights.

If you have any questions or need our assistance, please call our office for immediate assistance.

Sincerely.


Mayra Barreira,
Principal

School Website: silverbluffelementary.net
Follow us on Twitter, Instagram, & Facebook: SilverBluffElem
Telephone: 305.856.5197/Fax: 305.854.9671



Silver Bluff Elementary School

2609 SW 25th Avenue, Miami, Florida 33133

Ms. Mayra Barreira, directora

Queridos padres:

En nombre Silver Bluff Elementary les damos la bienvenida. Estamos comprometidos en proporcionarles educación de la más alta calidad posible, con programas integrales e innovadores que desafían diariamente a nuestros estudiantes. Creemos firmemente que los años de aprendizaje en Silver Bluff Elementary, les servirán a nuestros estudiantes para allanar el camino para convertirse en ciudadanos productivos y líderes mundiales en una economía global en constante cambio.

Le agradecemos infinitamente vuestra ayuda y apoyo a la escuela y les deseamos los mejores éxitos en esta nueva etapa. Trabajando juntos seremos capaces de ayudar a nuestros estudiantes a alcanzar las más grandes metas.

Si tiene alguna pregunta o necesita nuestra ayuda, llame a nuestra oficina para recibir asistencia inmediata.

Sinceramente,

Mayra Barreira,
Directora

School Website: silverbluffelementary.net
Follow us on Twitter, Instagram, & Facebook: SilverBluffElem
Telephone: 305.856.5197/Fax: 305.854.9671

Please fill out these documents and have your child submit it to his/her homeroom teacher the next school day.

**SILVER BLUFF ELEMENTARY
SCHOOL**

2025-2026



**RECEIPT ACKNOWLEDGEMENT OF THE
PARENT/STUDENT HANDBOOK**

I acknowledge receipt of the Parent/Student Handbook and I have read and discussed it with my child.

Student's Name

Student's Signature

Teacher's Name

Parent's Name

Parent's Signature

Date

Please complete this page and return it with your child to his/her homeroom teacher acknowledging that you received the PARENT/STUDENT HANDBOOK.

WE LOOK FORWARD TO ANOTHER GREAT SCHOOL YEAR. THANK YOU FOR YOUR COOPERATION AND ASSISTANCE.

Please fill out these documents and have your child submit it to his/her homeroom teacher the next school day.

**SILVER BLUFF ELEMENTARY
SCHOOL**

2025-2026



**RECEIPT ACKNOWLEDGEMENT OF THE
PARENT/STUDENT HANDBOOK**

I acknowledge receipt of the Parent/Student Handbook and I have read and discussed it with my child.

Student's Name

Student's Signature

Teacher's Name

Parent's Name

Parent's Signature

Date

**Please complete this page and return it with your child to his/her homeroom teacher acknowledging that you received the PARENT/STUDENT HANDBOOK.
WE LOOK FORWARD TO ANOTHER GREAT SCHOOL YEAR. THANK YOU FOR YOUR COOPERATION AND ASSISTANCE.**



AUTHORIZATION FOR MEDICATION
ONE MEDICATION PER FORM
SCHOOL YEAR: 20____20____

STUDENT'S
PICTURE

Student's Name _____ Date of Birth _____ Grade _____

School Name _____ Phone Number _____ Fax Number _____

TREATMENT PLAN (To be completed by Medical Provider)

Diagnosis: _____

ALLERGIES: _____

Medication/Strength/Route: _____

Dose & Frequency: _____

Directions: _____

Side Effects: _____

Has student been trained in the use _____ (medication's name) Yes ☐ No ☐

Is student authorized to carry *and* self-administer _____ (medication's name) Yes ☐ No ☐

I am aware that this medication may be administered by school personnel/non-medical staff.

Provider's Name (PLEASE PRINT/STAMP) _____ Signature _____ Date _____

Address _____ Phone _____ Fax _____

PARENTAL/GUARDIAN PERMISSION

I, _____, give my permission to the School Principal or his/her specified
Parent/Guardian Name (PLEASE PRINT)

delegated personnel to administer prescribed medication to: _____
(Student's name and Relationship)

Signature of Parent/Guardian _____ Phone _____ Date _____

School personnel may administer and/or dispense medication to students in compliance with the following procedures approved by the Dade County Department of Public Health:

- A. When there exists a long-term or chronic illness or disability that requires maintenance type medicine and where failure to take prescribed medication could jeopardize the student's health and when the medication schedule cannot be adjusted to provide for administration at home.
- B. When there is a written treatment plan signed by a licensed physician and a consent form signed by parent or guardian attached to the student's Cumulative School Health Record (HRS-H Form 3041) for each type of medication prescribed. This treatment plan shall explain the necessity for the prescribed medication to be provided by during the school day.
- C. All medicine shall be received and stored in original containers. When the medication is not in use, it shall be stored in its original container in a secure fashion under lock and key in a location designated by the principal.
- D. The assistance in the administration of prescribed medication to students shall be done by the school principal or his/her trained designee.
- E. School personnel will maintain and keep current a list of students receiving medication during school hours, including name of medication, dosage, side effects, purpose and usual time of administration. At the time a student receives medication, the following must be recorded: time, date, and by whom it was administered. It is suggested this information be placed on a medication log. (Sample A)
- F. Authorization forms which include the physician's treatment plan, the necessity for medication, and consent of parent or guardian for assisting students in the administration of prescribed medication by school personnel will need to be filed only one time during a school year. The parent or guardian shall advise the school authorities, in writing, when a change of medication is required. A change in medication by the directing physician during the school year will require a renewal of the authorization forms.
- G. There shall be no liability for civil damages as a result of the administration of such medication where the person administering such medication acts as an ordinarily reasonably prudent person would have acted under the same or similar circumstances.
- H. Orientation and training of district personnel assisting students in the administration of prescribed medication will be conducted, as necessary, by the Department of Health. The orientation will include medication policies and procedures, student's medical problems, the medication, its purpose, side effects, expected results and administration, the delivery, storage and proper care of medication.

FORMULARIO PARA LA AUTORIZACIÓN DE MEDICAMENTOS

UN FORMULARIO POR CADA MEDICAMENTO

CURSO ESCOLAR: 20 _____ 20 _____

FOTO DEL
ESTUDIANTE

Nombre del estudiante _____

Fecha de nacimiento _____

Grado _____

Nombre de la escuela _____

Teléfono _____

Número del Fax _____

PLAN DE TRATAMIENTO (Para ser llenada en su totalidad por el proveedor de salud médica)

Diagnóstico: _____

ALERGIAS: _____

Medicamento/Concentración del medicamento/Vía: _____

Dosis y frecuencia: _____

Instrucciones a seguir: _____

Efectos secundarios: _____

¿Ha sido el estudiante entrenado en su uso? _____ (nombre de la medicación) Sí ☐ No ☐

¿Está el estudiante autorizado de llevarla consigo y auto administrarla? _____ (nombre de la medicación)
Sí ☐ No ☐

Estoy consciente que personas del plantel escolar pero que no son personal médico pueden administrar este medicamento.

Nombre del proveedor (POR FAVOR IMPRIMIR/ESTAMPAR) _____

Firma _____

Fecha _____

Dirección _____

Teléfono _____

Fax _____

PERMISO DEL PADRE/MADRE/TUTOR

Yo, _____, doy permiso al director de la escuela o a su designado
Nombre del Padre/Madre/Tutor (POR FAVOR IMPRIMIR)

que le administre la medicación prescrita a: _____
(Nombre del estudiante y parentesco al estudiante)

Firma del Padre/Madre/Tutor _____

Teléfono _____

Fecha _____

El personal de la escuela puede ayudar en la administración de medicamentos a los estudiantes que lo requieran y cumplir de esta manera con los procedimientos adoptados por el Departamento de Salud Pública del Condado de Dade.

- A. Cuando la enfermedad o la incapacidad es crónica o de larga duración y se requiere suministrar un medicamento; cuando el no proveer dicho medicamento puede poner en peligro la salud del estudiante y cuando las horas para administrar dicha medicina no pueden alterarse fuera de las horas escolares.
- B. Cuando existe archivado en el expediente escolar del alumno (HRS-H Form 3041) un plan médico debidamente firmado por un médico y una declaración de consentimiento escrita por los padres o tutores. Este plan debe explicar la necesidad para recibir ese medicamento durante horas escolares.
- C. Toda la medicina que se reciba debe mantenerse en su envase original. Cuando la medicina no esté siendo suministrada, deberá guardarse en su envase original, bajo llave y en un lugar seguro e indicado por el director.
- D. La administración del medicamento prescrito al estudiante se llevará a cabo por el director o por la persona designada a su efecto.
- E. El personal de la escuela debe mantener al día una lista con los nombres de los estudiantes que reciben medicamentos durante las horas escolares, el nombre de la medicina, la dosis a seguir, efectos secundarios, razón del medicamento y cuándo debe suministrarse. En el momento en que al estudiante se le da la medicina debe anotarse la hora, fecha y qué persona lo ayuda. Se sugiere que toda esta información debe registrarse en un diario de medicamentos. (Adjunto A)
- F. La documentación que comprende el plan médico, el consentimiento del padre o tutor y la autorización para suministrar la medicina debe ser archivada una sola vez durante el curso escolar. El padre o tutor le avisará por escrito a la escuela cuando sea necesario cambiar el medicamento. Un cambio del medicamento ordenado por el médico requiere una renovación de toda la documentación.
- G. No existe ninguna responsabilidad en caso de una acción legal por daños y perjuicios si la administración de dicho medicamento ha sido efectuada por una persona que ha actuado con la cordura y la prudencia que cualquier otra persona hubiese empleado en circunstancias semejantes.
- H. El entrenamiento y las sesiones de orientación al personal del distrito involucrado en ayudar a los estudiantes a recibir sus medicamentos, se efectuará cuando sea necesario, por el Departamento de Salud. Esta orientación debe incluir los procedimientos a seguir con los medicamentos, problemas de salud del estudiante, los medicamentos, objetivos y efectos secundarios, resultados y la administración, entrega, custodia y cuidado de los medicamentos.

Acknowledgment of Receipt and Review

Each parent/guardian of a student and each student enrolled in Miami-Dade County Public Schools must sign and return this page to the student's school to acknowledge that he/she has accessed the online version or obtained a copy of the *Code of Student Conduct*. In addition, this page serves as acknowledgement that you have reviewed the *Code of Student Conduct* with your child. Each school will maintain records of such signed statements.

The online version of the *Code of Student Conduct* in English, Spanish, and Haitian-Creole can be located in the Parent Portal or by accessing through the following website address:

<http://ehandbooks.dadeschools.net/policies/90/index.htm>

If you do not have internet access to obtain a copy of the *Code of Student Conduct*, please visit your child's school to obtain a copy.

I acknowledge receipt of the notification regarding accessing or obtaining a copy of the *Code of Student Conduct* through the Parent Portal or via the internet web address and that I have read and discussed the *Code of Student Conduct* with my child.

Parent's/Guardian's Signature

Date

I acknowledge receipt of the notification regarding accessing or obtaining a copy of the *Code of Student Conduct* through the Parent Portal or via the internet web address and that I have read and discussed the *Code of Student Conduct* with my parent/guardian.

Student's Name

Date



RETURN TO THE STUDENT'S
SCHOOL WITHIN (5) SCHOOL
DAYS UPON RECEIVING
NOTIFICATION TO REVIEW THE
CODE OF STUDENT CONDUCT.



Confirmación de recibo y revisión

Cada padre/tutor de un estudiante y cada estudiante matriculado en las Escuelas Públicas del Condado Miami-Dade debe firmar y entregar esta página a la escuela del estudiante para confirmar que ha accedido a la versión en línea u obtenido una copia del *Código de Conducta del Estudiante*. Además, esta página sirve de confirmación que usted ha revisado el *Código de Conducta del Estudiante* con su hijo. Cada escuela mantendrá archivos de dichas declaraciones firmadas.

La versión en línea del *Código de Conducta del Estudiante* en inglés, español y haitiano criollo se encuentra en el Portal para Padres de Familia (*Parent Portal*) o accediendo el siguiente sitio web:

<http://ehandbooks.dadeschools.net/policies/90/index.htm>

Si usted no tiene acceso a Internet para obtener una copia del *Código de Conducta del Estudiante*, por favor, visite la escuela de su hijo para obtener una copia.

Confirmando recibo de la notificación con respecto al acceso o la obtención de una copia del *Código de Conducta del Estudiante* mediante el Portal para Padres de Familia (*Parent Portal*) o mediante el sitio web de Internet y que he leído y discutido el *Código de Conducta del Estudiante* con mi hijo.

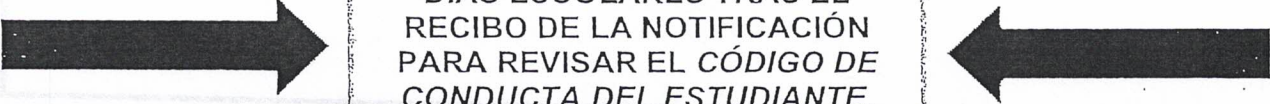
Firma del Padre de Familia / Tutor

Fecha

Confirmando recibo de la notificación con respecto al acceso o la obtención de una copia del *Código de Conducta del Estudiante* mediante el Portal para Padres de Familia (*Parent Portal*) o mediante el sitio web de Internet y que he leído y discutido el *Código de Conducta del Estudiante* con mi padre/tutor.

Nombre del Estudiante

Fecha



**ENTREGUE A LA ESCUELA DEL
ESTUDIANTE DENTRO DE LOS (5)
DÍAS ESCOLARES TRAS EL
RECIBO DE LA NOTIFICACIÓN
PARA REVISAR EL CÓDIGO DE
CONDUCTA DEL ESTUDIANTE.**



MIAMI-DADE COUNTY PUBLIC SCHOOLS

DISCLOSURE AT TIME OF REGISTRATION

Chapter 1006.07 (1)(b), requires that any student seeking admission to a public school in the State of Florida will provide the following information at the time of initial registration:

- 1) Has the student ever been expelled from any school, in or out of the State of Florida?

YES ☐ NO ☐

If your answer to question 1 is "YES", please list each and every instance for which the student was expelled.

- 2) Please state whether the student has ever been arrested where the arrest resulted in the student being formally charged. If your answer is "YES", please list each and every arrest which resulted in a formal charge.

- 3) Please state whether the student has ever been involved as a party in a case before the Juvenile Justice System? If so, state each action taken by the Juvenile Justice System which involved the student.

- 4) Please state whether the student has any corresponding referrals to mental health services related to your answers to Questions 1, 2 and 3. If yes, please list them.

Student's Name _____ ID. # _____

(Please Print)

Ethnic _____ (Check all Race: White ☐ Black ☐ Asian ☐
Hispanic _____ (Y/N) that apply American Indian ☐ Native Pacific Islander ☐

Date of Birth _____ Parent's/Guardian's Name _____

Address _____

Signature (Parent/Guardian) _____

Signature (Student) _____ Date Signed _____

TRANSPARENCIA AL MOMENTO DE LA MATRÍCULA

El Capítulo 1006.07 (1)(b) requiere que cualquier estudiante que busca ingresar a una escuela pública en el Estado de la Florida proporcionará la siguiente información al momento de la matrícula inicial:

- 1) ¿Ha sido expulsado el estudiante de alguna escuela, dentro o fuera del Estado de la Florida?

SÍ ☐ NO ☐

Si su respuesta para la Pregunta 1 es "SÍ", favor de enumerar cada instancia por la cual fue expulsado el estudiante.

- 2) Favor de declarar si el estudiante ha sido detenido y si el arresto consecuentemente resultó en una acusación formal. Si su respuesta es "SÍ", favor de enumerar cada arresto que resultó en una acusación formal.

- 3) Favor de declarar si el estudiante se ha involucrado como sujeto en un caso ante el Sistema Judicial Juvenil. De ser así, declare cada acción tomada por el Sistema Judicial Juvenil que involucró al estudiante.

- 4) Favor de declarar si el estudiante tiene alguna referencia correspondiente para servicios de salud mental, según sus respuestas a las Preguntas 1, 2 y 3. De ser así, favor de enumerarlas.

Nombre del estudiante _____ ID. # _____

(Favor de escribir en letra de molde)

Etnicidad _____ (Marque todo el que aplique) Raza: Blanca ☐ Negra ☐ Asiática ☐
Hispana _____ Indígena americana ☐ Isleña del Pacífico ☐

Fecha de nacimiento _____ Nombre del padre de familia / tutor _____

Dirección postal _____

Firma (padre de familia / tutor) _____

Firma (estudiante) _____ Fecha de firma _____

Miami-Dade County Public Schools

Personally Owned Computing/Network Device Acceptance of Responsibility and Device Use Agreement Permission Form

I _____ (Name of parent or guardian), agree to let _____ (Name of student) bring their personally owned computing device for instructional use in _____ (Name of school). I understand that the student named above will be permitted to use their personally owned device, subject to the conditions of this document.

I understand that if I agree to allow my student to use their own device that Miami-Dade County Public Schools (M-DCPS) or _____ (Name of School) is not responsible for any device or data loss, theft, infection, damage or other associated costs of replacement or repair incurred during the school day or at home as a result of participation in this program. I understand that M-DCPS Staff will be unable to store, support or troubleshoot student owned devices. The student named above will take full responsibility for the device and will appropriately secure all devices when not in use.

M-DCPS uses technological measures such as filtering to promote internet safety. Filtering limits students' ability to access harmful internet sites from any device connected to the M-DCPS network, but only when this equipment is used in school on the M-DCPS network. Access through cellular networks does not provide the same measures of filtering. Students should only use the M-DCPS network (not private cellular service) for internet access while on M-DCPS property.

I have verified my student is aware that all aspects of Board Policy 5500 - Student Code and Discipline, Board Policy 7540.03 - Student Responsible Use of Technology, Social Media, and District Network Systems, and District Codes of Student Conduct, and Board Policy 5517.01 prevents cyber-bullying apply to the use and care of their personal device while on M-DCPS property or while involved in any M-DCPS sponsored event/activity. I am responsible for ensuring the device uses security applications to protect the devices from infection and prevent spreading infections from the devices.

I understand that the purpose of allowing my student to use their own device is to participate in teacher approved activities in support of the M-DCPS curriculum. Use of these devices for unrelated activities beyond or outside the M-DCPS educational program are prohibited.

Parent or Guardian's Signature _____

Date ____ / ____ / ____

Student Acceptance

I agree to adhere to the AUP guidelines presented in the *Student Rights and Responsibilities Booklet*. I will utilize the device(s) for instructional purposes only while at any M-DCPS school or on the M-DCPS network.

Student Signature _____

Student ID# _____

Date ____ / ____ / ____

**Dispositivos personales/Aceptación de Responsabilidad para Usar el
Dispositivo en la Red y Acuerdo para Usar el Dispositivo
Formulario de Permiso**

Yo, _____ (Nombre del padre, madre o tutor), estoy de acuerdo que
_____ (Nombre del estudiante)
traiga a la escuela _____ (Nombre de la escuela)
su dispositivo personal (computadora) para que lo utilice para fines educativos. Entiendo que se le permitirá al
estudiante mencionado anteriormente que use su dispositivo personal, pero que estará sujeto a las
condiciones que aparecen en este documento.

Entiendo que al permitir que mi estudiante use su dispositivo personal, las Escuelas Públicas del Condado
Miami-Dade (*M-DCPS*) o _____ (Nombre de la escuela) no es responsable del dispositivo o
dispositivos o por la pérdida de datos, robo, infección, daño o cualquier otro costo asociado para reemplazar o
reparar el dispositivo por percances incurridos durante la jornada escolar o en la casa como resultado de su
participación en este programa. Entiendo que el personal de las *M-DCPS* no será capaz de almacenar,
ayudar o solucionar problemas en los dispositivos personales de los estudiantes. El estudiante que se
menciona anteriormente tendrá la responsabilidad plena por el dispositivo y se asegurará de que esté a buen
recaudo cuando no lo esté utilizando.

Las *M-DCPS* utilizan medidas tecnológicas, entre ellas, filtros para promover la seguridad en la Internet. Los
filtros limitan en cualquier equipo que esté conectado a la red de las *M-DCPS*, la habilidad de los estudiantes
de acceder sitios perniciosos en la Internet, pero esto sólo es posible cuando el equipo se usa en la escuela o
en la red de las *M-DCPS*. Los estudiantes deben usar solamente la red de las *M-DCPS* (y no usar el servicio
celular privado) para acceder a la Internet mientras que estén en propiedad de las *M-DCPS*.

He verificado que mi estudiante está consciente de todos los aspectos de la Política de la Junta Escolar 5500
– Conducta y Disciplina del Estudiante (*Student Conduct and Discipline*), de la Política de la Junta Escolar
7540.03 – El uso responsable por parte de los estudiantes cuando usan la tecnología, los medios sociales
y los sistemas de redes del Distrito (*Student Responsible Use of Technology, Social Media, and District Network
Systems*), también del Código de Conducta del Estudiante del Distrito (*District Code of Student Conduct*) y de la
Política de la Junta Escolar 5517.01 que trata sobre la prevención de la intimidación por la Internet y de que también
está consciente de que todos estos reglamentos aplican al uso y cuidado de su dispositivo personal mientras que
está en la propiedad de las *M-DCPS* o mientras participa en cualquier evento o actividad auspiciado por las
M-DCPS. Soy responsable de garantizar que el dispositivo use aplicaciones de seguridad para proteger a los
equipos de infecciones y prevenir que se riegue la infección.

Entiendo que el motivo de permitir que mi estudiante utilice su propio dispositivo es para que participe en
actividades que tienen la aprobación de los profesores a fin de apoyar el programa de estudios de las *M-DCPS*. Está prohibido que se usen estos dispositivos en actividades no relacionadas o que están fuera del
programa educacional de las *M-DCPS*.

Firma del padre, madre o tutor _____
Fecha ____/____/____

Aceptación del estudiante:

Estoy de acuerdo en respetar las directrices *AUP* que aparecen en el folleto de los Derechos y
Responsabilidades del Estudiante (*Student Rights and Responsibilities*). Y mientras me encuentre en
cualquier escuela de las *M-DCPS* o en la red de las *M-DCPS* solamente utilizaré este dispositivo u otros
dispositivos para fines educativos.

Firma del Estudiante _____
No. de identificación del estudiante _____
Fecha ____/____/____



MIAMI-DADE COUNTY PUBLIC SCHOOLS
MEDIA RELEASE PARENTAL CONSENT FORM
Physical Education and Health Literacy

(Date)

Dear Parent:

Please be advised that during the year your child may be photographed, video taped or interviewed at various school sponsored events. With your consent, the photograph, video or interview may be reproduced and released for use by the media, i.e., newspapers, brochures, videos, television and through the internet.

Please indicate your preference below.

(Student's Name)

____ Yes. My child's photograph/video/interview **may** be reproduced and released for use by the media.

____ No. My child's photograph/video/interview **may not** be reproduced and released for use by the media.

(Signature)

(Date)

Return this signed form to:

CONTACT PERSON: _____

SCHOOL NAME: _____

SCHOOL TELEPHONE: _____



ESCUELAS PÚBLICAS DEL CONDADO DE MIAMI-DADE
FORMA DE CONSENTIMIENTO PATERNO A MEDIOS DE COMUNICACIÓN
Physical Education and Health Literacy

(Fecha)

Estimado/a padre/madre o tutor/a:

Por la presente le advertimos que durante el año escolar, posiblemente su niño/a se le tome una fotografía, se le haga una grabación en vídeo o se le entreviste en diversos eventos auspiciados por la escuela. Con su consentimiento, se podrá reproducir la fotografía, vídeo o entrevista para ser entregada a los medios de comunicación, p. ej., periódicos, folletos, videos, televisión, o para su uso, o a través de la internet.

Por favor indique su preferencia más abajo.

(Nombre de el Estudiante)

____ Si. La fotografía, video/entrevista de mi niño/a **puede** ser reproducida y entregada a los medios de comunicación para su uso.

____ No. La fotografía, video/entrevista de mi niño/a **no puede** ser reproducida y entregada a los medios de comunicación para su uso.

(Firma)

(Fecha)

Devuelva esta forma firmada a:

PERSONA DE CONTACTO: _____

NOMBRE DE LA ESCUELA: _____

TELÉFONO DE LA ESCUELA: _____



MIAMI-DADE COUNTY PUBLIC SCHOOLS
ADDRESS VERIFICATION AGREEMENT

NAME OF STUDENT(S) _____

NAME OF
PARENT/GUARDIAN _____

I, _____, understand that the transfer(s) of the
above-named student(s) is/are temporary and will depend on a successful verification of my address. I also understand
that if my address cannot be verified by staff of Miami-Dade County Public Schools, the transfer(s) will be revoked and the
student(s) will return to the school that serves my previous address.

SIGNATURE OF
PARENT/GUARDIAN _____ DATE _____

OLD
ADDRESS _____ SCHOOL
ASSIGNMENT _____

NEW
ADDRESS _____ SCHOOL
ASSIGNMENT _____

HOME
PHONE _____

Whoever knowingly makes a false statement in writing with the intent to mislead a public servant in the performance of his/her official duty shall be guilty of a misdemeanor of the second degree, punishable as provided in F.S. 775.083 or F.S. 775.084. (Florida Statute 837.06)



ESCUELAS PÚBLICAS DEL CONDADO DE MIAMI-DADE
ACUERDO DE VERIFICACIÓN DE DIRECCIÓN

NOMBRE(S) DEL
(DE LOS) ESTUDIANTE(S) _____

NOMBRE DEL (DE LA)
PADRE/MADRE/TUTOR(A) _____

Yo, _____, entiendo que el(los) traslado(s) del(de los) estudiante(s) anteriormente mencionado(s) es(son) transitorio(s) y dependerá(n) del éxito en la verificación de mi dirección. También entiendo que si mi dirección no puede ser verificada por un empleado de las Escuelas Públicas del Condado de Miami-Dade, el traspaso será revocado y el(los) estudiante(s) volverá(n) a la escuela que corresponde a la dirección anterior.

FIRMA DEL (DE LA)
PADRE/MADRE/TUTOR(A) _____

FECHA _____

DIRECCIÓN
ANTIGUA _____

ESCUELA
ASIGNADA _____

DIRECCIÓN
NUEVA _____

ESCUELA
ASIGNADA _____

TELÉFONO DE LA CASA _____

Cualquier persona que a sabiendas haga una declaración falsa por escrito con la intención de engañar a un funcionario público en el desempeño de su labor oficial será culpable de un delito en segundo grado, con la penalidad que se estipula en el F.S. 775.083 o el F.S. 775.084. (Estatuto de la Florida 837.06)



MIAMI-DADE COUNTY PUBLIC SCHOOLS

UNLISTED TELEPHONE NUMBER NOTIFICATION

Directory information is defined in **Student Records**, which is incorporated as a part of Board Policy 8330, as the student's name, address, telephone number if it is a listed number, participation in officially recognized activities and sports, weight and height of members of athletic teams, degrees and awards received, and most recent educational agency or institution attended.

Federal law requires that school systems provide directory information upon request to military recruiters and institutions of higher education. Directory information may also be provided to other organizations and agencies.

Cards and forms distributed for collecting information at the start of this school year did not provide a space to indicate that a telephone number is unlisted. Therefore, this form should be used to indicate that the telephone number which was provided for a student is unlisted. A notation will be made in the student's record so that the telephone number **is not** provided in response to requests for directory information.

Please return this form within 30 days to your school, if your telephone number is listed and you do not want it provided in response to directory information requests.

Student's Name: _____ ID#: _____

Grade Level: _____ Unlisted Telephone Number: _____

Parent's/Guardian's/Student's Signature (18 years or older): _____

Print

Signature

Date



ESCUELAS PÚBLICAS DEL CONDADO MIAMI-DADE



NOTIFICACIÓN DE NÚMEROS DE TELÉFONOS PRIVADOS

La información del Directorio se define en los **Registros de Estudiantes**, el cual está incorporado como parte de la Póliza 8330 de la Junta Directiva, e incluye el nombre del estudiante, su dirección, número de teléfono, si no es privado, su participación en actividades y deportes reconocidos oficialmente, peso y tamaño de los miembros de los equipos atléticos, títulos y premios que ha recibido, y la agencia o institución de educación más reciente donde asistió.

La ley federal requiere que los sistemas escolares proporcionen información del directorio a las personas que reclutan para el servicio militar e instituciones de enseñanza por medio de solicitudes. Esta información del directorio se puede proporcionar también a otras organizaciones y agencias.

Las tarjetas y formularios distribuidos para recopilar información al comienzo de este año escolar no proporcionaron espacio para indicar que un número de teléfono es privado. Por lo tanto, se debe usar este formulario para indicar que el número de teléfono proporcionado para el estudiante es un número privado. El archivo acumulativo del estudiante incluirá una anotación para que el número de teléfono **no sea proporcionado** en respuesta a solicitudes para información del directorio.

Favor de devolver este formulario dentro de un período de 30 días a su escuela, si es que su número de teléfono aparece en el directorio y usted no desea que se le proporcione a las personas o instituciones que solicitan información del directorio.

Nombre del estudiante: _____ # de ID: _____

Grado: _____ Número de teléfono privado: _____

Firma del padre / de la madre / del estudiante (18 años o mayor): _____

Nombre impreso

Firma

Fecha



Miami-Dade County Public Schools

Directory Information Opt-Out Form

FOR REGISTRAR USE ONLY:

- | | |
|-------------|-------------------|
| 1 - USM | 5 - USM/FAFSA |
| 2 - IHE | 6 - IHE/FAFSA |
| 3 - FAFSA | 7 - USM/IHE/FAFSA |
| 4 - USM/IHE | |

Miami-Dade County Public Schools (M-DCPS) generally protects a student's personally identifiable information¹ from disclosure without prior consent from parents or eligible students. However, unless the parent or eligible student specifically states in writing that they do not want this information provided, M-DCPS is required to provide senior high school students' names, addresses, and telephone listings to military recruiters or institutions of higher education upon their request.²

Additionally, in a joint effort to increase the number of students applying for higher education financial aid, Miami-Dade County Public Schools and the United States Department of Education (USDOE) are participating in a Free Application for Federal Student Aid (FAFSA) Completion Project. Unless the parent or eligible student specifically states in writing that they do not want student information provided, M-DCPS may provide student information to the USDOE for this purpose. If you do **not** want your child's information disclosed to any or all of these entities, check the space next to each entity listed below to which you do **not** want your child's information disclosed.

I DO NOT CONSENT TO DISCLOSURE of my child's name, address, telephone listing, or birth date to the following (check all that apply):

- ☐ United States Military (Army, Navy, Air Force, Marines, Coast Guard, etc.)
- ☐ Institutions of Higher Education
- ☐ USDOE for FAFSA Completion Project

Student's Name: _____ Date of Birth: _____ ID#: _____

I understand that by checking the spaces above and submitting this form to the person indicated below, M-DCPS will restrict the disclosure of personally identifiable student information from my child's educational records to the entities that I have selected.

I further understand that if I do not complete and return this form, M-DCPS will release the information to the above-mentioned entities upon request by the entity and has no further obligation to contact me on a case-by-case basis to request my consent for the disclosure of directory information to these entities.

Parent/Guardian Name

Signature

Date

To prohibit disclosure to the above-listed entities, return this form to your child's school within the next 30 days to:

¹ The Family Educational Rights and Privacy Act (20 U.S.C. § 1232g; 34 C.F.R., Pt. 99) governs the confidentiality of student educational records.

² See 20 U.S.C. § 7908.

SÓLO PARA EL USO DEL SECRETARIO DE REGISTROS:

- | | |
|-------------|------------------|
| 1 - USM | 5- USM/FAFSA |
| 2 - IHE | 6 - IHE/FAFSA |
| 3 - FAFSA | 7- USM/IHE/FAFSA |
| 4 - USM/IHE | |



Escuelas Públicas del Condado Miami-Dade

Formulario para darse de baja del directorio

Las Escuelas Públicas del Condado Miami-Dade (*M-DCPS*) normalmente protegen la información¹ que aparece en el directorio personal que identifica al estudiante para que no se divulgue sin el consentimiento previo de los padres o de los estudiantes elegibles. Sin embargo, a no ser que uno de los padres o el estudiante elegible específicamente declare por escrito que no desean que se divulgue dicha información, las *M-DCPS* están obligadas a proporcionar los nombres, direcciones y las listas de teléfonos de los estudiantes que cursan el último año de secundaria, a reclutadores del ejército o a instituciones de educación superior, previa solicitud².

Además, en un esfuerzo conjunto con el fin de incrementar el número de estudiantes que solicitan ayuda financiera para la educación superior, las Escuelas Públicas del Condado Miami-Dade y el Departamento de Educación de los Estados Unidos (*United States Department of Education o USDOE*, por sus siglas en inglés) están participando en un proyecto en donde el estudiante llena todos los años una solicitud que determina su elegibilidad para recibir ayuda financiera (*Free Application for Federal Student Aid (FAFSA) Completion Project*). A no ser que uno de los padres o el estudiante elegible específicamente declare por escrito que no desea que se divulgue la información, las *M-DCPS*, por tal motivo, pueden divulgar la información del estudiante al *USDOE*. Si usted no desea que la información de su hijo se divulgue a cualquiera de estas entidades, por favor, haga una marca al lado de cada una de las entidades que usted no desea que la información de su hijo se divulgue.

NO DOY MI CONSENTIMIENTO PARA QUE SE DIVULGUE el nombre de mi hijo; la dirección, número de teléfono, fecha de nacimiento (haga una marca al lado de todas las que apliquen):

- ☐ Fuerzas armadas de los Estados Unidos (*Army, Navy, Air Force, Marines, Coast Guard, etc.*)
☐ Instituciones de educación superior
☐ El proyecto de *FAFSA Completion Project* de la *USDOE*

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____ Número de ID#: _____

Entiendo que al marcar los espacios que aparecen anteriormente y entregar este formulario a la persona que se indica a continuación, las Escuelas Públicas del Condado Miami-Dade limitarán la divulgación de la información del directorio que se encuentra en el expediente educacional de mi hijo a las entidades que yo haya señalado.

Además entiendo, que si no lleno y devuelvo este formulario, las *M-DCPS* divulgarán, previa solicitud, la información a las entidades que se mencionan anteriormente y las *M-DCPS* no tienen ninguna otra obligación de comunicarse conmigo individualmente ni de pedir mi consentimiento para divulgar la información que aparece en el directorio a estas entidades.

Nombre del padre/madre/tutor/tutora _____

Firma _____

Fecha _____

Para prohibir que se divulgue la información a las entidades mencionadas anteriormente, devuelva este formulario a la escuela de su hijo antes de 30 días a:

¹ The Family Educational Rights and Privacy Act (20 U.S.C. § 1232g; 34 C.F.R., Pt. 99) rige la confidencialidad de los expedientes educacionales del estudiante.

² Véase 20 U.S.C. § 7908.



SILVER BLUFF ELEMENTARY

2609 SW 25th Avenue, Miami, FL 33133

Mayra Barreira, Principal

Dear Parent:

The Family Educational Rights and Privacy Act (FERPA) affords parents and students over 18 years of age ("eligible students") certain rights with respect to the student's educational records. They are:

1. The right to restrict the release of directory information which includes, name, address, telephone if it is a listed number, participation in officially recognized activities and sports, degrees and awards received, and the most recent previous educational agency or institution attended. If you do not want this information released, please complete the Directory Information Opt-Out Form and return it to the school within 30 days after the first day of classes.
1. The right to restrict the release of a student's name, address, and telephone listing to military recruiters and institutions of higher education as required by federal law. This request applies to our students in the senior high schools. M-DCPS is required to advise you of this requirement and afford you the opportunity to notify the school, if you do not want this information disclosed to the military recruiters and institutions of higher learning. If you do not want this information released, please complete the Directory Information Opt-Out Form and return it to the school within 30 days after the first day of classes.
2. The right to inspect and review the student's educational records upon request. Parents or eligible students should submit a written request to the school principal that identifies the record(s) they wish to inspect. The principal will make arrangements for access and notify the parent or eligible student of the time and place where the records may be inspected. Copies of records may be requested and obtained.
3. The right to request the amendment of the student's educational record that the parents or eligible students believe are inaccurate, misleading, or inappropriate. Parents or eligible students may ask Miami-Dade County Public Schools (M-DCPS) to amend a record that they believe is inaccurate, misleading, or inappropriate. A written request to the principal should clearly identify the part of the record they want changed, and specify why it is inaccurate or misleading. If the principal decides not to amend the records as requested, the parents or eligible students will be notified of the decision and advised of their right to a hearing regarding the request for amendment. Additional information regarding the hearing procedures will be provided to the parents or eligible students with notification of the right to a hearing.
4. The right to consent to disclosures of personally identified information contained in the student's educational records, except to the extent that FERPA authorizes disclosure without consent. One exception which permits disclosure without consent is disclosure to school officials with legitimate educational interests. A school official is a person employed by M-DCPS as an administrator, supervisor, instructor, or support staff member (including health or medical staff and law enforcement unit personnel). A school official has a legitimate educational interest if the official needs to review an educational record in order to ~~perform~~ his or her professional responsibility. Upon request, M-DCPS discloses educational records without consent to the officials of another school district or postsecondary institution in which a student seeks or intends to enroll.
5. The right to file a complaint with the U.S. Department of Education concerning alleged failures by M-DCPS to comply with the requirements of FERPA. The name and address of the office that administers FERPA is:

Family Policy Compliance Office
U.S. Department of Education
400 Maryland Avenue, SW
Washington, DC 20202-4505

If you have any questions, please contact _____

Sincerely,

Mayra Barreira
Principal

Telephone: 305.856.5197/Fax: 305.854.9671
silverbluff.dadeschools.net



SILVER BLUFF ELEMENTARY

2609 SW 25th Avenue, Miami, FL 33133

Mayra Barreira, Principal

Estimado/a padre, madre o tutor/a:

La Ley de los Derechos de la Familia y la Privacidad o FERPA, proporciona ciertos derechos sobre los expedientes académicos del estudiante a los padres y estudiantes elegibles mayores de 18 años de edad. Estos derechos son:

1. El derecho a restringir la emisión de la información privada del/de la estudiante, incluyendo su nombre, dirección, teléfono, si este está registrado en la guía telefónica, participación en actividades y deportes reconocidos oficialmente por la escuela, títulos y premios recibidos, y la anterior agencia educacional o institución a la que asistió. Si Usted no quiere que esta información se revele, por favor, llene el Formulario para Darse de Baja del Directorio (Directory Information Opt-Out Form) y devuélvalo a la escuela durante los primeros 30 días del año escolar o el primer día de asistencia en la escuela. Aunque el formulario se puede someter en cualquier momento, la información será publicada cuando se solicite después de los primeros 30 días del año escolar.

1. El derecho de restringir el nombre, la dirección y teléfono al servicio militar e instituciones docentes postsecundarias tal como lo requiere la ley federal. Esta petición se refiere a los estudiantes de escuela secundaria. Se le requiere a M-DCPS que le informe sobre este requisito y que le dé a usted la oportunidad de notificar a la escuela, si usted no quiere que se revele esta información al servicio militar e instituciones docentes postsecundarias. Si no quiere que se dé a conocer esta información, por favor complete el Formulario para Darse de Baja del Directorio (Directory Information Opt-Out Form) y devuélvalo a la escuela durante los primeros 30 días del año escolar o el primer día de asistencia en la escuela.

3. El derecho a inspeccionar y revisar los expedientes académicos de los estudiantes cuando se soliciten. Los padre o estudiantes elegibles deben presentar una nota al/a la director/a de la escuela identificando los expedientes que desean inspeccionar. Al recibo de la petición, el/la director/a hará los arreglos necesarios y notificará al/padre o madre o al/a la estudiante elegible de la fecha y lugar donde se pueden revisar los expedientes. Se puede solicitar y obtener una copia de los documentos.

4. El derecho a solicitar que se enmiende el expediente académico de un/a estudiante que los padres o los estudiantes elegibles consideren inexacto, engañoso o inapropiado. Los padres o estudiantes elegibles pueden enviar una notificación por escrito al/a la director/a, pidiendo que las Escuelas Públicas del Condado de Miami-Dade o M-DCPS, por sus siglas en inglés, enmienden el expediente que se considera inexacto, engañoso o inapropiado. La nota debe explicar con claridad que parte del expediente se desea cambiar y la razón por la cual se considera inexacto o engañoso. Si el/la director/a decide no enmendados, notificará a los padres o al/a la estudiante elegible de su decisión, advirtiéndoles de su derecho a apelar la decisión, a funcionarios escolares de más alta jerarquía. A los padres o estudiantes elegibles se les proporcionará información adicional explicando los procedimientos por los cuales pueden obtener una audiencia y su derecho a tenerla.

5. El derecho a permitir que se revele la información que ha sido personalmente identificada dentro de los expedientes académicos del/de la estudiante, con la excepción de aquella que FERPA autorice que sea revelada sin consentimiento previo. Un/a funcionario/a escolar con un legítimo interés educacional que pide un expediente académico para revisarlo, representa una excepción, por la cual se permita que éste pueda ser revelado sin consentimiento previo. Un/a funcionario/a escolar es una persona que está empleada por M-DCPS como un/a administrador/a, supervisor/a, miembro del personal de apoyo, incluyendo personal médico o de salud y policías a cargo del cumplimiento de la ley. Un/a funcionario/a escolar tiene un interés educacional legítimo cuando para cumplir su responsabilidad profesional, necesita revisar el expediente académico. Si funcionarios de otro distrito escolar o institución postsecundaria a la cual quiere asistir el/la estudiante piden sus expedientes académicos, M-DCPS los puede revelar sin previo consentimiento.

6. El derecho a elevar la queja correspondiente sobre los supuestos fallos de M-DCPS en el cumplimiento del requisito de FERPA, ante el Departamento de Educación de los Estados Unidos. El nombre y dirección de la oficina que administra FERPA es:

Family Policy Compliance Office
U.S. Department of Education 400 Maryland Avenue,
S.W. Washington, DC 20202-4605

Si tiene preguntas al respecto, por favor llame a _____

Sinceramente,
Mayra Barreira
Principal

Telephone: 305.856.5197/Fax: 305.854.9671

silverbluff.dadeschools.net



Miami-Dade County Public Schools
Department of Title I Administration
Project UP-START Program



2024-2025 Project UP-START Student Eligibility Questionnaire

This questionnaire is intended to help determine eligibility of services under the federal McKinney-Vento Act. Florida Statute 837.06 provides that whoever knowingly makes a false statement in writing with the intent to mislead a public servant in the performance of his official duty shall be guilty of a misdemeanor of the second degree.

Project UP-START Services are confidential and this form is not to be shared with outside agencies.

▼ QUESTION 1: WHAT IS YOUR FAMILY CURRENT NIGHTTIME RESIDENCE? (SELECT ONE OPTION)

- ☐ Shelter (A) ☐ Sharing the home of others/
Doubled-up (B) ☐ Car/Park/Trailer/Substandard Housing (e.g., no water,
no electricity, mold infestation) [D]
☐ Hotel/Motel/Airbnb (E) ☐ Rent home* ☐ Own home*

*If you select Rent Home/Own Home, please go to Question #7.

▼ QUESTION 2: WHAT IS THE REASON YOUR FAMILY DOES NOT HAVE A PERMANENT NIGHTTIME RESIDENCE? (SELECT ONE OPTION)

- ☐ Pandemic (P) ☐ Hurricane (H) ☐ Flooding (F) ☐ Lack of affordable housing/eviction, domestic
violence, mental illness, unemployment, etc. (N) ☐ Parent/Caregiver is Incarcerated
☐ Man-Made
Disaster (D) ☐ Mortgage Foreclosure (M) ☐ Tropical Storm (S) ☐ Tornado (T) ☐ Wildfire (W) ☐ Unknown (U)

▼ QUESTION 3: WHO IS/ARE THE STUDENT(S) FOR WHOM YOU ARE COMPLETING THIS FORM?

Student First & Last Name	Student ID Number	Date of Birth	Grade Level	School Name/Location #

▼ QUESTION 4: ARE YOU SEEKING SUPPORT SERVICES FOR YOUR CHILD AT THIS TIME? (SERVICES ARE ONLY APPLICABLE TO ELIGIBLE FAMILIES)

- ☐ Yes, I am requesting services at this time.* ☐ No, I am not requesting services at this time.

*If "Yes" is selected, your child's school will contact you to obtain information about the specific service(s) that you are seeking for your child.

Attention School Staff: Please submit a Referral for Services (FM-7404) and/or Transportation Request (FM-7405) if the family is requesting services.

▼ QUESTION 5 AND 6: TO BE COMPLETED BY UNACCOMPANIED YOUTH ONLY (SELECT ONE OPTION)*

- ☐ 5) Are you living alone without an adult? ☐ 6) Are you living alone with an adult that is NOT a parent/guardian?

Caregiver's Name: Date:

Unaccompanied Youth Signature: Phone Number:

*Please ask your caregiver to complete the Caregiver's Authorization Form (FM-7402), and submit it with this form.

▼ QUESTION 7: WHAT IS YOUR ADDRESS/CONTACT INFORMATION?

Current Address: Length of time at Current Address:
Former Address: Phone Number:
Parent's Name: Parent/Guardian Signature: Date:

FOR SCHOOL/AGENCY USE ONLY

School/Agency Name : Location # :
School Contact Name : Position :
Contact Number/Ext : Email Address :

Please email the eligible forms to projectupstart@dadeschools.net and send the ineligible forms to the respective location site, to the attention of Project UP-START: South - Loc #7021; Central - Loc #8005, & North - Loc #9571.



Escuelas Públicas del Condado Miami-Dade
Departamento de la Administración de Título I
Programa del Proyecto UP-START



2024-2025 Cuestionario de Elegibilidad de Estudiantes del Proyecto UP-START

El propósito del presente cuestionario de elegibilidad estudiantil es el de determinar la elegibilidad para obtener servicios de acuerdo con la Ley McKinney-Vento Act. El Estatuto de la Florida 837.06 provee que si alguien a sabiendas hace una declaración falsa por escrito con la intención de engañar a un funcionario público en el oficio de sus obligaciones, será culpable de un crimen de delito menor cuantía de segundo grado.

Los servicios del Proyecto UP-START son confidenciales y este formulario no se deberá compartir con agencias comunitarias externas.

▼ PREGUNTA 1: ¿CUÁL ES LA RESIDENCIA NOCTURNA ACTUAL DE SU FAMILIA? (SELECCIONE UNA OPCIÓN)

- ☐ Albergue (A) ☐ Comparte vivienda con otras personas (B) ☐ Vehículo/Parque/Parque de casas móviles/ Vivienda subestandar (por ejemplo, sin servicio de agua o corriente/ infestada con moho) [D]
☐ Hotel/Motel/Airbnb (E) ☐ Alquila una vivienda* ☐ Propietario de su vivienda*

*SI SELECCIONA ALQUILA UNA VIVIENDA O PROPIETARIO DE SU VIVIENDA, SALTE LA PREGUNTA #7.

▼ PREGUNTA 2: ¿POR QUÉ SU FAMILIA NO TIENE UNA RESIDENCIA NOCTURNA PERMANENTE? (SELECCIONE UNA OPCIÓN)

- ☐ Pandemia (P) ☐ Huracán (H) ☐ Inundación (F) ☐ Falta de vivienda asequible, desalojo, enfermedad mental, desempleo, violencia doméstica (N) ☐ El padre / cuidador está encarcelado.
☐ Catástrofe creada por el hombre (D) ☐ Ejecución hipotecaria (M) ☐ Tormenta tropical (S) ☐ Tornado (T) ☐ Incendio forestal (W) ☐ Desconocido (U)

▼ PREGUNTA 3: ¿QUIÉNES SON LOS ESTUDIANTES PARA LOS CUALES USTED ESTÁ LLENANDO ESTE FORMULARIO?

Nombre y Apellido del Estudiante	# ID del Estudiante	Fecha de Nacimiento	Grado	Escuela / # de la Escuela

▼ PREGUNTA 4: ¿ESTÁ BUSCANDO SERVICIOS DE APOYO PARA SU HIJO(A) EN ESTE MOMENTO? (LOS SERVICIOS SON APLICABLES SOLAMENTE A FAMILIAS ELEGIBLES)

- ☐ Sí, estoy solicitando servicios en este momento.* ☐ No, no estoy solicitando servicios en este momento.

*Si selecciona "Sí", la escuela de su hijo(a) se comunicará con usted para obtener información sobre los servicios específicos que usted está buscando para su hijo(a).

Atención al personal de la escuela: envíe una Referencia de servicios (FM-7404) y/o una Solicitud de transporte (FM-7405) si la familia solicita servicios.

▼ PREGUNTAS 5 y 6: LLENAR POR JÓVENES NO ACOMPAÑADOS SOLAMENTE (SELECCIONE UNA OPCIÓN)

- ☐ 5) ¿Vives solo sin un adulto? ☐ 6) ¿Vives solo con un adulto que NO es padre/tutor legal?

Nombre del cuidador: Fecha:

Firma de estudiante no acompañado:

*Pídale a su cuidador que complete el Formulario de autorización del cuidador (FM-7402), y envíelo con este formulario.

▼ PREGUNTA 7: ¿CUÁL ES SU INFORMACIÓN DE CONTACTO?

Dirección actual: Periodo de tiempo en la dirección actual:

Dirección anterior: Número de Teléfono:

Nombre del padre: Firma Padre/Madre/Tutor: Fecha:

FOR SCHOOL/AGENCY USE ONLY

School/Agency Name: Location #:

School Contact Name: Position:

Contact Number/Ext: Email Address:

Please email the eligible forms to projectupstart@dadeschools.net and send the ineligible forms to the respective location site, to the attention of Project UP-START: South - Loc #7021; Central - Loc #8005, & North - Loc #9571..