

# GLADES MIDDLE SCHOOL

## REGISTRATION FORM

DATE/FECHA \_\_\_\_\_ I.D. # \_\_\_\_\_ GRADE(GRADO): 6 7 8 GENDER(SEXO): F M

NAME/NOMBRE \_\_\_\_\_

HISPANIC/HISPANO: Y N RACE/RAZA: W B A I N MILITARY FAMILY/MILITAR: Y N  
(WHITE, BLACK, ASIAN, AMERICAN INDIAN, NATIVE PACIFIC ISLANDER)

PLACE OF BIRTH/LUGAR DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_  
CITY/CIUDAD STATE/ESTADO

DATE OF BIRTH/FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_  
MONTH/MES DAY/DIA YEAR/ANO

ADDRESS/DIRECCION: \_\_\_\_\_  
STREET/CALLE APT. CITY/CIUDAD ZIP CODE/CODIGO POSTAL

HOME PHONE/TELEFONO HOGAR: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ EMAIL/CORREO ELEC: \_\_\_\_\_

=====

MOTHER'S NAME/MADRE: \_\_\_\_\_

PLACE OF EMPLOYMENT/LUGAR EMPLEO: \_\_\_\_\_

WORK PHONE/TELEFONO EMPLEO: \_\_\_\_\_ EXT. \_\_\_\_\_ CELLULAR: \_\_\_\_\_

=====

FATHER'S NAME/PADRES: \_\_\_\_\_

PLACE OF EMPLOYMENT/LUGAR EMPLEO: \_\_\_\_\_

WORK PHONE/TELEFONO EMPLEO: \_\_\_\_\_ EXT. \_\_\_\_\_ CELLULAR: \_\_\_\_\_

=====

LAST SCHOOL ATTENDED WAS PRIVATE/ULTIMO COLEGIO QUE ASISTIO FUE PRIVADA? Y N

NAME OF SCHOOL/NOMBRE DEL COLEGIO

ADDRESS/DIRECCION

TELEPHONE/TELEFONO

FAX #

=====

### OFFICE USE ONLY

REQUESTED RECORDS: TRANSCRIPT: \_\_\_\_\_ CUM: \_\_\_\_\_ DATE: \_\_\_\_\_



## MIAMI-DADE COUNTY PUBLIC SCHOOLS STATEMENT OF BONAFIDE RESIDENCE

### Important Information

In accordance with School Board Rule (Policy 5112) students in the regular school program (K-12) are assigned to attend school based on the actual residence of the parent and the attendance area of the school as approved by the School Board. It is the responsibility of the parent(s) to provide proper documentation to verify their residence. Parents may choose a different school through a variety of choice programs or through the transfer process. Additional information on Schools of Choice may be found at <http://choice.dadeschools.net>.

### To Be Completed By Parent:

I \_\_\_\_\_, reside at \_\_\_\_\_  
(Parent) (Address)  
\_\_\_\_\_ with my children, \_\_\_\_\_  
(City) (Name of Child/Children)

### Verification

Under penalties of perjury, I declare that I have read the foregoing Statement of Bonafide Residence and that the facts stated in it are true. I agree to notify the School District within 10 days in writing of any future changes in residence or living arrangements of this (these) child(ren). I certify that the above information is true and correct, and I understand that this information may be verified.



\_\_\_\_\_  
(Signature of Parent)

\_\_\_\_\_  
(Date)

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. Florida Statute §92.525 provides that whoever knowingly makes a false verified declaration is guilty of the crime of perjury, a felony of the third degree.



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 that apply) Race: White  Black  Asian   
Hispanic \_\_\_\_\_ (Y/N) American Indian  Native Pacific Islander

Date of Birth \_\_\_\_\_ Parent's/Guardian's Name \_\_\_\_\_

Address \_\_\_\_\_

Signature (Parent/Guardian) \_\_\_\_\_

Signature (Student) \_\_\_\_\_ Date Signed \_\_\_\_\_



# Miami-Dade County Public Schools

## Permission for Release of Records and/or Information From Records

Student's Name: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_

Records to be released: [Please check appropriate item(s)].

|                            |                              |                              |
|----------------------------|------------------------------|------------------------------|
| _____ Psychological Report | _____ Test Scores            | _____ Attendance Information |
| _____ Grades               | _____ Health/Medical Records | _____ Other (Specify)        |

The record(s) indicated above is/are to be released to:

Agency \_\_\_\_\_ Contact Person \_\_\_\_\_

Address \_\_\_\_\_

The purpose for this release is: \_\_\_\_\_

I hereby grant permission for the release of the above record(s) and this release is to be in effect until \_\_\_\_\_ (Date).

\_\_\_\_\_  
Signature of Parent or Eligible Student (Date)

\_\_\_\_\_  
School/Agency Releasing/Requesting Records

\_\_\_\_\_  
Signature of Authorized Personnel

\_\_\_\_\_  
Title (Date)

Miami-Dade County Public Schools is subject to the Family Educational Rights and Privacy Act of 1974 Codified at 20 U.S.C. §1232 g. Therefore, all documents contained in a student's educational records, except those specifically waived, are accessible to the parents or eligible student.

Personally identifiable information may be transferred to a third party only on the condition that it will not be released to any other parties without obtaining the consent of the parent or eligible student.

**A COPY OF THIS AUTHORIZATION SHALL BE AS VALID AS THE ORIGINAL**

# FORMULARIO DE DATOS DEL ESTUDIANTE PARA UTILIZAR DURANTE EMERGENCIAS

Numero/Nombre de la Escuela GLADES MIDDLE SCHOOL Número de Identificación. \_\_\_\_\_

Grado 6-7-8 Sección \_\_\_\_\_

Apellido del estudiante \_\_\_\_\_ APP \_\_\_\_\_ Nombre propio \_\_\_\_\_ Segundo nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Número de contacto telefónico principal que ha de ser utilizado en casos de emergencia y mensajes automáticos: \_\_\_\_\_

Nombre del padre de familia / tutor que matricula \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_ Lugar de empleo \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Teléfono celular \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

Nombre del padre de familia / tutor que no matricula \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_ Lugar de empleo \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Teléfono Celular \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

¿Está alguno de los padres en las fuerzas armadas? Sí  No  Rama \_\_\_\_\_

Sólo para estudiantes del Kindergarten: ¿Asistió el niño a una escuela preescolar o a una guardería? Sí  No

¿Pagó usted todos los gastos? Sí  No  ¿Qué programa? Head Start  ESE  Migratorio  Otro  Lo desconozco

**INFORMACION DE CONTACTOS DE EMERGENCIA:** Solicitamos información adicional para utilizar en caso de que su hijo tenga una enfermedad que sea de emergencia. Es la responsabilidad legal de los padres asumir los gastos médicos y de transporte proporcionados a su hijo. En el caso de que no se pudiese localizar a ninguno de los padres del niño por favor, proporcione información de contacto de dos personas, por orden de prioridad, en los espacios que aparecen a continuación.

(Nombre) \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_ (Dirección) \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_

(Nombre) \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_ (Dirección) \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_

Doctor de cabecera \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Preferencia de hospital \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Informe acerca de la salud/alergias del estudiante que tienen que ser conocidas en caso de emergencia:

\_\_\_\_\_

**PERMISO PARA QUE EL ESTUDIANTE SALGA DE LA ESCUELA:** Por favor, proporcione los nombres de las personas que están autorizadas o que no están autorizadas para recoger a su hijo durante la jornada escolar. Tome en cuenta que las personas que aparecen como contactos de emergencia, no están autorizadas para recoger a sus hijos, si sus nombres no aparecen en la lista que se encuentra a continuación:

Autorizados: \_\_\_\_\_

Autorizados: \_\_\_\_\_

No autorizados: \_\_\_\_\_

No autorizados: \_\_\_\_\_

**ES LA RESPONSABILIDAD DE LOS PADRES** informar personalmente a la escuela de cualquier cambio respecto a la información que se encuentra en este formulario. Declaro bajo pena de perjurio, que he leído lo anterior en este [documento] y que la información que ahí aparece es verdadera.

Fecha: \_\_\_\_\_ Nombre del padre de familia / tutor que matricula en letra de molde: \_\_\_\_\_

Firma del padre de familia / tutor que matricula: \_\_\_\_\_

Los padres de familia/tutores tienen el derecho de revisar las cualificaciones profesionales de los maestros de sus hijos, incluyendo el estatus de la licencia, la especialidad, maestría, títulos postgrado y el campo de la certificación. La información respecto a este "derecho a saber", está disponible en la escuela de sus hijos, que incluye si sus hijos están recibiendo servicios prestados por los ayudantes de maestro y de ser así, sus cualificaciones.

El que a sabiendas hace una declaración falsa por escrito con la intención de engañar a un funcionario público en el ejercicio de sus funciones oficiales será culpable de un delito menor de segundo grado según el Estatuto de la Florida § 837.06, o quien hace una declaración que se verifica que es falsa es culpable del delito de perjurio, un delito grave de tercer grado, según el Estatuto de la Florida § 92.525, punible conforme a lo dispuesto en los Estatutos de la Florida, §§ 775.082, 775.083 y 775.084.

El Formulario de Datos del Estudiante Para Utilizar Durante Emergencias, rige quién ha de recoger al estudiante de la escuela. El padre de familia / tutor que matricula deberá firmar/ verificar este formulario y es responsable de proporcionar información verdadera y precisa. Si los padres del estudiante están divorciados o separados, el padre que matricula al estudiante, es responsable de proporcionar información que sea consistente con la orden judicial más reciente que gobierna asuntos tales como el divorcio, la separación o la custodia.



## Parent Portal Identification

Parents registering with the Miami-Dade County Public Schools Parent Portal will be required to enter a Parent PIN number for each child registered. To obtain the PIN number, the parent must provide school personnel a picture ID for verification. The parent must sign below that they have received their Parent PIN number. This form will be filed in your child(ren)'s cumulative folder.

1. Student Name \_\_\_\_\_  
Student ID # \_\_\_\_\_  
Parent PIN # \_\_\_\_\_
  
2. Student Name \_\_\_\_\_  
Student ID # \_\_\_\_\_  
Parent PIN # \_\_\_\_\_
  
3. Student Name \_\_\_\_\_  
Student ID # \_\_\_\_\_  
Parent PIN # \_\_\_\_\_

Should you need assistance with the registration process for the Parent Portal, contact your child's school directly.

Parent Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

## Directions for PARENT Portal

For instructions on how to log in to see your child's grades right from the teachers grade book, please visit the following websites:

<http://gladesmiddle.dadeschools.net/index.htm>

CLICK: Information (left blue margin)

CLICK: How to long into Parent Portal

(follow instructions)

OR

<http://www.dadeschools.net/>

CLICK: Parent (orange tab)

CLICK: Log into Portal (red tab) or Video

(See "Parents" (orange frame) and select the desired information/picture)

IMPORTANT: When you create your personal password, write it down for your future use.

## Directions for STUDENT Portal

<http://www.dadeschools.net/>

CLICK: Student (red tab)

CLICK: Log into Portal

Enter log in username/password

CLICK: View Grades/Attendance

## Directions for FREE/REDUCED LUNCH APPLICATION

<https://freeandreducedmealapp.dadeschools.net/>

Click "I have read the above and agree"

Click Start

Proceed and follow online application

GUARDIANSHIP

ADDRESS TO REQUEST RECEIPT OF AFFIDAVIT:

*(PART 1)*

MIAMI DADE COUNTY  
COURT ADMINISTRATOR'S OFFICE  
LAWSON E. THOMAS COURTHOUSE CENTER  
175 NW 1<sup>ST</sup> AVE - ROOM #2441  
MIAMI, FL 33128

305-349-7800

(PLEASE CALL FOR ADDITIONAL INFORMATION)