



ESCUELAS PÚBLICAS DE NEW BEDFORD
DECLARACIÓN DE PROGRAMA DE ESCUELA CARACTERÍSTICA
AÑO ESCOLAR: _____

_____ / ____ / ____
 Apellido del Estudiante Primer Nombre Inicial Fecha de Nacimiento Grado (En Sept.)

Programa de Escuela Característica Deseada (Por favor marque una)	
<input type="checkbox"/>	Escuela Elemental Alfred J. Gomes: Idioma y Educación Global
<input type="checkbox"/>	Escuela Elemental Casimir Pulaski: Artes Visuales y Escénicas

¿Por qué desea que su niño(a) asista a esta Programa de Escuela Característica?
 (Por favor explique)

Por favor note: Si su solicitud es aprobada, ***se le proveerá transportación solo a los estudiantes elegibles*** basado en la política de transportación del distrito. SI su niño(a) ***no es elegible para el bus, usted debe proveer su propia transportación*** a la Escuela Característica. Las solicitudes de Programa de Escuela Características serán procesadas **antes del 1ero de mayo**, en ese momento se le notificará por AVISO ESCRITO. Las solicitudes se podrán otorgar si está el cupo disponible en el grado solicitado. Los hermanos(as) se consideran primero.

Por favor escriba los **Hermanos(as)** que actualmente asisten a la Escuela Característica que está solicitando:

Nombre: _____ Fec. Nac.: _____ Escuela: _____ Grado: _____

Nombre: _____ Fec. Nac.: _____ Escuela: _____ Grado: _____

Nombre del Padre/Madre(s)/Encargado(s): _____

Firma del Padre/Madre(s): _____ Fecha: _____

Por favor devuelva este formulario completado a: El Centro de Registración Familiar -Oficina 105 (Escuelas Públicas de New Bedford. 455 County St. New Bedford, MA 02740)

Office Use Only: ** Check ALL those that apply and ask Special Education and English Learner Office to confirm:

SPED YES NO

EL YES NO

Homeless/Foster/Migrant YES NO

Review by Principal: YES (initials) _____ NO

Eligible for bus: YES NO

Approved by Central Administration: YES NO

By: _____ Date: _____

Denied Reason _____

Entry into ASPEN by _____