

2023-2024 REGISTRATION DOCUMENTS

DATE/FECHA	PARENTS NAME/NOMBRE DEL PADRE	PARENTS PHONE NUMBER/TELEFONO DEL PADRE

REQUIRED DOCUMENTS/DOCUMENTOS REQUERIDOS

- _____ REGISTRATION FORM/ PLANILLA DE REGISTRACION
- _____ EMERGENCY CONTACT CARD/ TARJETA DE CONTACTO DE EMERGENCIA
- _____ AUTHORIZATION FOR VIDEO-PICTURE FORM/ AUTORIZACION PARA VIDEO-FOTO
- _____ ANNUAL HEALTH PHYSICAL FORM DH3040(ORIGINAL)/ FORMA DH3040 DEL REPORTE ANUAL DE CHEQUEO FISICO ACTUALIZADO (ORIGINAL)
- _____ FLORIDA IMMUNIZATION CERTIFICATE (ORIGINAL)/ VACUNAS ACTUALIZADAS (ORIGINAL)
- _____ BIRTH CERTIFICATE COPY/ COPIA DE CERTIFICADO DE NACIMIENTO
- _____ PARENTS ID COPY/ COPIA DE IDENTIFICACION DE LOS PADRES
- _____ LAST REPORT CARD/ CALIFICACIONES DE CURSO ANTERIOR (1st-8th GRADE ONLY) (1ro-8vo GRADO SOLAMENTE)
- _____ STANDARDIZED TEST SCORES/ CALIFICACIONES DE EXAMENES ESTANDARIZADOS (3rd -8th GRADE ONLY) (3ro-8vo GRADO SOLAMENTE)
- _____ HANDBOOK PARENT-GUARDIAN FORM/HOJA DE FIRMA DEL MANUAL DE LA ACADEMIA
- _____ ATTENDANCE POLICY – POLITICA DE ASISTENCIA Y PUNCTUALIDAD
- _____ EVENTS AND TECHNOLOGY FEE FORM AND PAYMENT

- ❖ Please return documents to the office as soon as possible to reserve your child's space at our school/ Por favor devuelva los documentos lo antes posible a la oficina para reservar el espacio de su niño/a en nuestra escuela.



Sunflowers/Arcadia Academy

ENROLLMENT APPLICATION 2022-2023



Child's*: Last Name _____ ,First Name_____ Middle Initial_____

Mother's: Last Name_____, First Name_____ Middle Initial_____

Mother's or Father's S.S. # (for scholarship): _____ (please indicate if mother or father's)

Father's: Last Name_____, First Name_____ Middle Initial_____

Does child live with a legal guardian other than mother or father? Yes No

If yes, **Guardian's:** Last Name_____, First Name_____ Middle Initial_____

Street Address* _____ **City*** _____ **ZIP Code*** _____

Parent/Guardian Phone _____ **Work Phone** _____ **Email** _____

Child's Gender* Male Female **Child's Date of Birth (mo/day/yr)*** _____

Child's Race*: American Indian or Alaskan Asian Black or African American
 Pacific Islander White Other, please specify_____

Child's Ethnicity*: Hispanic Haitian Other, please specify_____

Child's Country of Origin: _____

Is Child Proficient in English?* Yes No

Additional/Other language(s) spoken in the home*: Spanish Haitian-Creole Other_____

Child's Social Security number*: _____ No SSN; prefer not to give SSN

MDCPS ID Number*: _____ No MDCPS ID; prefer not to give MDCPS ID

Child's Current Grade*: _____ **Child's Current School*:** _____

Does child have health insurance (ex., private insurance, KidCare, Medicaid)?* Yes No

Does child have a documented disability?* Yes No

- If yes, do you have (check all that apply):*
- an Individualized Family Service Plan (IFSP; if under 3 years old)
 - an Individualized Education Plan (IEP) from the school system
 - a Section 504 Plan
 - a medical diagnosis from a doctor
 - a diagnosis by a state certified/licensed professional (ex., psychologist)
 - Disclosed by the parent or guardian describing the child's specific condition and/or need for accommodations

If yes, how would you best classify the type(s)? (Check all that apply):

- Autism Spectrum Disorders
- Learning Disability
- Chronic Medical Condition
- Physical Disability
- Developmental Delay (under 5 only)
- Speech/Language Impairment
- Emotional and/or Behavioral Disorder
- Visual Impairment (or blind)
- Hearing Impairment (or deaf)
- Other Disability_____
- Intellectual Disability (or mental retardation)

I give my permission for this information to be submitted to Sunflowers Academy for program monitoring and evaluation purposes.

PARENT/GUARDIAN SIGNATURE*: _____

DATE: _____

For Administrative Staff Use Only (MUST BE COMPLETED)

Approved for Enrollment: _____ Date: _____ SITE LOCATION: _____



Academia de Sunflowers/Arcadia 2022-2023 Aplicación de Matricula



Menor*: Nombre _____ Apellido _____ Inicial del segundo nombre _____

Madre*: Nombre _____ Apellido _____ Inicial del segundo nombre _____

Padre*: Nombre _____ Apellido _____ Inicial del segundo nombre _____

Madre or Padre numero social (para la beca): _____

¿Vive el menor con un guardián legal distinto de la madre o el padre? Sí No
Si la respuesta es afirmativa, Nombre del guardián _____ Apellido _____ Inicial _____

Dirección* _____ **Ciudad*** _____ **Código postal*** _____

Teléfono del padre, madre o guardián _____ **Teléfono del trabajo** _____

Correo electrónico _____

Sexo del menor*: Masculino Femenino **Fecha de nacimiento*** (mes/día/año)* _____

Raza del menor*: Nativo americano / Nativo de Alaska Asiático Negro / Afroamericano
 Originario de las Islas del Pacífico Blanco Otro; por favor explique _____

Origen étnico del menor*: Hispano Haitiano Otro; por favor explique _____

País de origen del menor: _____

¿Es competente en Inglés?* Sí No

Otros idiomas que se hablan en el hogar *: Español Haitiano-Creole Otro _____

Número del Seguro Social del menor*: _____ Sin NSS; Prefiere no dar el NSS

Número del ID de MDCPS*: _____ Sin ID de MDCPS; Prefiere no dar el ID de MDCPS

Grado escolar del menor*: _____ **Escuela a la que asiste el menor*:** _____

¿Tiene el menor seguro de salud (ex., seguro privado, KidCare, Medicaid)?* Sí No

¿Tiene el menor algún certificado de discapacidad?* Sí No

Si la respuesta es afirmativa, ¿tiene alguno de los siguientes planes o documentos (marque las necesarias)?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Plan de servicio familiar individualizado
(Individualized Family Service Plan-IFSP;
si es menor de 3 años) | <input type="checkbox"/> Diagnóstico de un profesional con licencia o
certificado por el estado (ex., psicólogo/a) |
| <input type="checkbox"/> Plan de Educación Individualizada del sistema
escolar (Individualized Education Plan - IEP) | <input type="checkbox"/> Información provista por el padre/madre o
guardián legal describiendo la condición específica
del menor y/o la necesidad de adaptaciones
relacionadas a la discapacidad |
| <input type="checkbox"/> Plan Sección 504 (Section 504 Plan) | |
| <input type="checkbox"/> Diagnóstico médico | |

Si la respuesta es afirmativa, ¿cómo clasificaría el tipo de discapacidad?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Desórdenes del espectro del autismo | <input type="checkbox"/> Discapacidad del aprendizaje |
| <input type="checkbox"/> Condición médica crónica | <input type="checkbox"/> Discapacidad física |
| <input type="checkbox"/> Retraso del desarrollo (sólo menor de 5 años) | <input type="checkbox"/> Discapacidad del habla y el lenguaje |
| <input type="checkbox"/> Desorden emocional o del comportamiento | <input type="checkbox"/> Discapacidad visual (o ceguera) |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad auditiva (o sordera) | <input type="checkbox"/> Otra discapacidad _____ |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad intelectual (o retraso mental) | |

Autorizo el envío de esta información a Sunflowers Academy para fines de seguimiento y evaluación del programa.

FIRMA DEL PADRE, MADRE O GUARDIÁN*: _____ **FECHA :** _____

Sólo para uso del personal (INFORMACIÓN INDISPENSABLE)



AUTORIZACION PARA FOTOGRAFIA/VIDEO

Yo, _____, el padre o guardián del niño/a
_____ autorizo y doy por este medio consentimiento a los proveedores
de servicios y al personal de Sunflowers Academy del condado Miami-Dade como sigue:

Otorgo permiso y autorizo - o - No otorgo permiso ni autorizo

al personal de la Academia de Sunflowers del condado Miami-Dade a tomar y a usar fotografías corrientes, fotografías digitales, películas, transmisiones de televisión, y/o a hacer grabaciones de mí, de mis niños, o de mis estancias con fines educativos, de investigación, documentales, y con el propósito de relaciones públicas.

Firma del Padre o Guardián

Firma del Testigo

Fecha

Fecha

Cualquier grabación puede revelar su identidad a través de la imagen por sí misma, sin esperar ninguna remuneración para usted, sus niños o sus estancias.

Cualquiera y todas las grabaciones tomadas de usted serán sólo propiedad de la Academia de Sunflowers.

Con respecto al uso de cualquier grabación tomada de usted, de sus niños o de sus estancias, renuncia por este medio a cualesquiera y a todas las demandas presentes y futuras que pueda tener contra la Academia de Sunflowers, su personal, los proveedores de servicios, empleados, agentes afiliados y miembros de La Junta Directiva.



AUTHORIZATION FOR PHOTOGRAPHY / VIDEO

I, _____, the parent or guardian of the child
_____ authorize and hereby give consent to the service providers and
staff of Sunflowers Academy of Miami-Dade County as follows:

I grant permission and I authorize - or - I do not grant permission or authorize

to the staff of Sunflowers Academy of Miami-Dade County to take and use current photographs, digital
photographs, films, television broadcasts, and / or make recordings of myself, my children, or my stays for
educational, research purposes , documentaries, and for the purpose of public relations.

Parent or Guardián Signature

Witness Signature

Date

Date

Any recording may reveal your identity through the image itself, without expecting any compensation for you, your
children or your stays.

Any and all recordings taken from you will be the property of Sunflowers Academy only.

With respect to the use of any recording taken of you, your children or your stays, you hereby waive any and all
current and future claims that you may have against the Sunflowers Academy, its staff, service providers,
employees, affiliated agents, and members of the Board of Directors.