

Documentos Necesarios Para Matrícula

Toda información es confidencial

Toda matrícula estudiantil debe hacerse en persona por el padre o encargado. Se hará una excepción sólo si el niño/a no tiene un hogar.

1. *Evidencia de la Edad del estudiante- Se acepta uno (1) de los siguientes:*
 - a. Certificado de Nacimiento
 - b. Copia Notarizada del Certificado de Nacimiento
 - c. Certificado de Bautismo
 - d. Copia Notarizada del Certificado de Bautismo
 - e. Pasaporte Válido
 - f. Récord estudiantil indicando la fecha de nacimiento del estudiante
2. *Vacunas Requeridas por Ley*
 - a. Récord de vacunas
 - b. Una declaración escrita del distrito escolar anterior o oficina medica confirmando que las vacunas han sido administradas (o la serie requerida está en proceso)
 - c. Garantías verbales del distrito escolar o oficina medica confirmando que las vacunas están completas, con el registro de tal adjunto
3. *Prueba de Dirección- dos (2) de los siguientes se aceptan:*
 - a. Escrituras de propiedad
 - b. Arrendamiento de vivienda
 - c. Factura de agua o luz -- **NOTA: Notificación de desconexión de servicios no se aceptarán como prueba de dirección**
 - d. Factura de tarjeta de crédito
 - e. Comprobante de pago de contribuciones sobre propiedad
 - f. Registro de vehículo
 - g. Licencia de Conducir
 - h. Tarjeta de Identificación de Departamento de Transportación
4. *Declaración del Padre/Encargado*
 - a. En cualquier entidad escolar, el padre/encargado debe proporcionar una declaración jurada que acredite si el estudiante ha sido o está suspendido o expulsado por delitos relacionados con drogas, alcohol, armas, infligir daño o violencia en la propiedad escolar.
5. *Encuesta del Idioma del Hogar*

**La inscripción de estudiantes sin hogar son casos distintos y se tratarán por separado.
Consentimiento para el Intercambio de Información / Documentación Requerida de Otras Fuentes**

Por ley, el distrito escolar tiene el derecho de recibir información de la escuela previa que asistió el estudiante sea pública, autónoma, no pública o privada. El suministro de esta información cae sobre la entidad educativa, no la familia. La falta de esta información no impedirá que su hijo/a entre después de la inscripción inicial. Se le puede pedir que llene un formulario que otorga el consentimiento para el intercambio de información con un antiguo distrito escolar o agencia externa para que el distrito pueda obtener la documentación de las entidades educativas anteriores.

Nota: Todos los estudiantes de secundaria deben proporcionar la información de la escuela previa para que podamos obtener la transcripción de créditos y así programar apropiadamente las clases del estudiante.

Para ayudarnos a servirles a todos los estudiantes y familiares que no hablan inglés, la traducción de todo documento estará disponible bajo petición. La traducción de todo documento escrito es gratuita. Se hará todo el esfuerzo para acomodar todas las solicitudes de traducción en todas las lenguas. Para solicitar documentos en otro lenguaje que no sea el inglés, favor de llenar la solicitud aquí: [Translation Request](#)

IMPORTANTE: Por favor asegúrese que usted vea la declaración de confirmación. ("Gracias por someter su solicitud!") luego haga clic en "someter". Si usted no escucha de nosotros en 48 horas, favor de enviar un correo electrónico a translations@aspirapa.org o llámenos al (215) 455-1300.



SOLICITUD PARA ADMISIÓN DE ESTUDIANTES
(EH-40 Rev. 6/12 Comm. Code 61602445007)

EL PADRE o ENCARGADO DEBERÁ LLENAR ESTE FORMULARIO Y FACILITAR TODA LA DOCUMENTACIÓN

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE – USE LETRA DE MOLDE /Student information – Print all entries

APELLIDO/ LAST NAME		NOMBRE / FIRST NAME		M.I.	FECHA DE NACIMIENTO			SEXO		STUDENT I.D. (SCHOOL USE ONLY) (PARA USO DE LA ESCUELA)			
					MES DIA AÑO			MASC. FEM.					
No. de CASA/ HOUSE NO.	DIR	NOMBRE DE LA CALLE/STREET NAME			ST., AVE.,ETC		APT.#	CÓDIGO DE ÁREA/ ZIP CODE		TELÉFONO DE CASA/ HOME PHONE			

■ **MARQUE SOLAMENTE UNA CASILLA(✓)**

DESIGNACIÓN RACIAL (SOLAMENTE UNA (✓)):

0. BLANCO 1. NEGRO 2. HISPANO / LATINO 3. INDIO AMERICANO
 4. ASIÁTICO 5. MULTIRACIAL/OTRO 6. HAWIANO O DE OTRA ISLA DEL PACÍFICO

CUESTIONARIO SOBRE EL IDIOMA DEL ESTUDIANTE / Language survey

	Inglés/English	Otro/Other	Otro Idioma/Other Language (please specify)
1. ¿Qué idioma habla la familia en casa la mayoría del tiempo? / What language does the family speak at home most of the time?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. ¿Qué idioma habla el(los) padre(s) con su hijo la mayor parte del tiempo? /What language does the parent(s) speak to her/his child most of the time?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. ¿Qué idioma usa el niño con su(s) padre(s) la mayor parte del tiempo? What language does the child speak to her/his parent(s) most of the time?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. ¿Qué idioma usa el niño con sus hermanos y hermanas la mayor parte del tiempo? What language does the child speak to her/his brothers/sisters most of the time?*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. ¿Qué idioma usa el niño con sus amigos la mayor parte del tiempo? What language does the child speak to her/his friends most of the time?*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. ¿Qué idioma habla el niño con más frecuencia? What language does the child speak most frequently?*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. ¿En qué idioma le gustaría recibir los documentos enviados a casa? In what language would you like documents sent home? Si es otro, ¿cuál es el idioma? If other, which language? * Si la respuesta a cualquiera de estas preguntas es distinto a "inglés", por favor póngase en contacto con el Centro de Inscripción para una investigación adicional.	<input type="checkbox"/> Solamente inglés/ English Only	<input type="checkbox"/> Inglés y otro/ English and Other	

EDUCACION DEL ESTUDIANTE: Llène esta parte, si el estudiante ya ha asistido a la escuela. /Student education: complete this section if the child has ever attended school

■ **INDIQUE LA CIUDAD Y EL TIPO DE LA ULTIMA ESCUELA A LA CUAL ASISTIÓ EL ESTUDIANTE /INDICATE CITY AND TYPE OF SCHOOL CHILD LAST ATTENDED**

- FILADELFIA/
PHILADELPHIA CITY OTRA CIUDAD/
OTHER CITY ESCUELA PÚBLICA/
PUBLIC SCHOOL ESCUELA PRIVADA/
NON-PUBLIC SCHOOL

ULTIMA FECHA/ DATE LAST ATTENDED	ÚLTIMO GRADO/ GRADE LAST ATTENDED	NOMBRE DE LA ESCUELA/ NAME OF SCHOOL	DIRECCIÓN/ADDRESS	CIUDAD/CITY	ESTADO/ STATE

■ Si el estudiante asistió a la escuela fuera de los Estados Unidos, ¿tiene usted sus notas o registros de la escuela? If the student attended school Outside of the United States, do you have his/her school records?

- Sí * No

En caso afirmativo, por favor provea una copia para la escuela If yes, please provide a copy for the school

En caso negativo, por favor póngase en contacto con la escuela para obtener las notas o registros If no, please contact the school to obtain records

* Las notas de los estudiantes de secundaria deben ser evaluadas. / High School students must have transcripts evaluated.

■ El estudiante ha asistido a/ Did child ever attend: _____ Pre-Kindergarten y/o and/or _____ Kindergarten

1. ¿El estudiante ha recibido servicios de Educación Especial, alguna vez?/Has child ever received Special Education services? _____ Sí/Yes* _____ No
 2. ¿El estudiante ha estado en un Programa de Intervención Temprana, alguna vez?/Was child ever enrolled in an Early Intervention Program? _____ Sí/Yes* _____ No
 3. ¿El estudiante ha recibido servicios bilingües o ESOL?/Has child ever received ESOL/Bilingual services? _____ Sí/Yes* _____ No

■ Fecha en que el estudiante se registró por primera vez en una escuela en los EE.UU. / Date child first enrolled in U.S. school: _____

CONTINÚE EN EL REVERSO /CONTINUE ON REVERSE SIDE >>

INFORMACIÓN SOBRE EL PADRE/ENCARGADO – USE LETRA DE MOLDE /Parent/Guardian information

PROGENITOR- PARENT	X ^o SI FALLECIDO IF DECEASED	NOMBRE Y APELLIDO FULL NAME	TELÉFONO CELULAR CELL PHONE	CORREO ELECTRÓNICO E-MAIL	TELÉFONO DEL EMPLEADOR EMPLOYER PHONE
PADRE/ FATHER					
	EMPLEADOR DEL PADRE NAME OF FATHER'S EMPLOYER:			DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR EMPLOYER ADDRESS:	
MADRE/ MOTHER					
	EMPLEADOR DE LA MADRE NAME OF MOTHER'S EMPLOYER:			DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR EMPLOYER ADDRESS:	
<input type="checkbox"/> PADRASTRO / STEP PARENT <input type="checkbox"/> ENCARGADO / GUARDIAN <input type="checkbox"/> CUSTODIA LEGAL / CUSTODY					
EMPLEADOR / EMPLOYER:			DIRECCIÓN / ADDRESS:		

PRUEBA DE FECHA DE NACIMIENTO - DEBE SER COMPLETADO PROOF OF DATE OF BIRTH - MUST BE COMPLETED

1. PARTIDA DE NACIMIENTO OFICIAL OFFICIAL BIRTH CERTIFICATE	NÚMERO NUMBER	EMITIDA POR (CIUDAD Y ESTADO) ISSUED BY (CITY AND STATE)
2. CERTIFICADO DE BAUTIZO U OTRO CERTIFICADO RELIGIOSO / BAPTISMAL OR OTHER RELIGIOUS CERTIFICATE	EMITIDO POR ISSUED BY	NOMBRE Y DIRECCIÓN NAME AND ADDRESS
3. OTRO OTHER	DESCRIBE	
4. PAÍS DE NACIMIENTO COUNTRY OF BIRTH	NOMBRE DEL PAÍS - SI NACÍO EN LOS EE.UU. ANOTE LA CIUDAD Y EL ESTADO NAME OF COUNTRY - IF BORN IN US, LIST NAME OF CITY AND STATE	
¿Es un Militar Activo? Marque Si No		
<i>Firma del padre o encargado/</i> Parent/Guardian Signature: _____		<i>Fecha/</i> Date: _____

OFFICIAL USE ONLY

SCHOOL PRINCIPAL/ADMINISTRATOR: It is the responsibility of the School Principal/Administrator to insure that this form is completed in its entirety and to verify all necessary documentation prior to signing.

VERIFICATION: THE PROOF OF DATE OF BIRTH IS BASED ON THE EXAMINATION OF DOCUMENT ABOVE

SIGNATURE OF SCHOOL OFFICIAL	DATE	POSITION		
NAME OF SCHOOL/CENTER CHILD ADMITTED TO	SCHOOL NO.	DATE ENROLLED	GRADE	ROOM/SECT/BOOK NO
PRE-K ONLY		SIGNATURE OF SCHOOL PRINCIPAL / ADMINISTRATOR		DATE
SCHOOL GROUP	PROGRAM CODE			

**Notificación de Matrícula de Estudiante en Escuela
Autónoma Para el año escolar 2018-2019**

Nombre de Escuela Autónoma: John B Stetson Charter School
Dirección: 3200 B Street
Philadelphia, Pa 19134

Contacto en la Escuela: Thomas Mullin, Principal
Teléfono: 215-291-4720 Fax: 215-291-4168

I. Información del estudiante:

Apellido: _____ **Nombre:** _____ **Inicial:** _____

Dirección Residencial:

Ciudad: PHILADELPHIA Estado: PA Código: _____

Condado: PHILADELPHIA Número de Teléfono: _____

Dirección postal (si es diferente a la dirección residencial):

Ciudad: PHILADELPHIA Estado Código: _____

Condado: PHILADELPHIA

Fecha de nacimiento: _____ **Edad:** _____

II. Distrito escolar de residencia y notificación de estudios previos:

Distrito de Residencia: PHILADELPHIA

Notificación de estudios previos (no incluye preescolar)

Marca uno: (*pública*) (*autónoma*) (*en el hogar*) (*privada*)

El estudiante no estaba matriculado en ninguna escuela el año pasado porque:

Marca uno: (*admisión a kínder*) (*rematriculado, deserción escolar*) (*Otro*)

Nombre de la escuela anterior: _____

Dirección de la escuela anterior: _____

Grado anterior: _____

Fecha de baja de la escuela anterior: _____

¿Recibía servicios de Educación Especial basados en un PEI? (Si) (No)

Si contestó que **SI**, ¿tiene usted los registros del estudiante (PEI)? (Si) (No)

III. Información del padre o encargado:

El estudiante vive con:

Marca uno: (Ambos padres) (Ambos padres, alternados) (Solo con la madre) (Solo con el padre)

Marca uno: (Guardián legal) (Padres adoptivos) (Otro adulto)

¿Existen instrucciones especiales del tribunal? (Si contesta **SI**, provea copia de la orden)

Información completa del nombre y dirección del padre, según aplique

Nombre y apellidos de madre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Código:** _____

Teléfono del hogar: _____ **Teléfono del trabajo:** _____

Nombre y apellidos del padre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Código:** _____

Teléfono del hogar: _____ **Teléfono del trabajo:** _____

Si el estudiante no vive con los padres, complete esta sección:

Marca uno: (Guardián legal) (Padres adoptivo) (Otro adulto)

Nombre y apellidos del padre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Código:** _____

Teléfono del hogar: _____ **Teléfono del trabajo:** _____

Mi firma en esta forma indica mi decisión de matricular a mi hijo en la escuela autónoma mencionada en la página 1 de este formulario y endosa mi petición de que los archivos escolares apropiados sean enviados del distrito escolar a la escuela autónoma.

Firma del padre o encargado: _____ **Fecha:** _____

IV. Para ser completado por la escuela autónoma:

Verificación de Fecha de Nacimiento: _____ Certificado de Nacimiento Otro: _____

Prueba de Dirección:

Recibo de Hipoteca Contrato de Vivienda Utilidades Afidávit de Residencia Otro: _____

Día de Matricula: _____ Fecha Anticipada de Asistencia: _____

Actual Grado del Estudiante: _____

Firma del Representante Escolar: _____

JOHN B. STETSON CHARTER SCHOOL

An ASPIRA, Inc. of Pennsylvania School
3200 "B" Street * Philadelphia, PA 19134
Phone: (215) 291-4720 * Fax: (215) 291-4168



Andrea Gonzalez-Kirwin
Superintendent, ASPIRA of PA Schools

Thomas Mullin, Principal
Glenda Marrero, Assistant Principi

ENCUESTA DE PRIMER IDIOMA

La Oficina de Derechos Civiles requiere que los distritos escolares y escuelas autónomas identifiquen estudiantes con proficiencia limitada en el inglés, con el fin de proveerles un programa que incluya una instrucción adecuada del idioma, Pennsylvania ha seleccionado el siguiente método como forma de identificación.

Fecha: _____

Nombre del estudiante: _____ Grado de ingreso este año: _____

1. ¿Cuál es el primer idioma del estudiante? _____
2. ¿Cuál es el primer idioma de los padres/encargados? _____
3. ¿Habla el estudiante otro idioma diferente al inglés?
(No incluya idiomas aprendidos en la escuela.) () Sí () No

Si contesto que sí especifique que idioma(s): _____

4. ¿Qué idiomas se hablan en el hogar? _____
5. ¿Ha asistido el estudiante a alguna escuela en los Estados Unidos?
(No incluya escuelas en Puerto Rico o Islas Vírgenes Americanas) () Sí () No

Si contesto que sí, provea mas detalles:

Nombre de la Escuela escolar	Estado	Fecha de Asistencia/Año
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

6. ¿Qué idioma el encargado utiliza frecuentemente con el estudiante? _____

¿Quién completó esta forma? ¿Cuál es su relación con el estudiante? _____

Firma del padre o encargado: _____

*ASPIRA, Inc. de Pennsylvania tiene la responsabilidad legal bajo ley federal de servir a los estudiantes con limitaciones en el idioma ingles. Dada esa responsabilidad, ASPIRA, Inc. de Pennsylvania tiene el derecho de recolectar la información necesaria para identificar a estudiantes que aprenderán inglés como segundo idioma. La escuela puede conducir protocolos de discernimiento en el proceso de matricula, o a estudiantes ya matriculados para obtener información relacionada.



Declaración de registro de los padres

Nombre del estudiante/*Student Name* _____

Fecha de nacimiento/*Date of Birth* _____ Grado/*Grade* _____

Nombre del padre o encargado/*Parent or Guardian Name /Parent or Guardian Name* _____

Dirección/*Address* _____

Número de teléfono/*Telephone Number* _____

El código de escuelas de Pensilvania § 13-1304-A dice en parte "Antes de la admisión a cualquier entidad escolar, los padres, encargados, u otra persona que tenga autoridad o cargo de un alumno, debe presentar al inscribirse, una declaración jurada o afirmación, indicando si el alumno ha sido o está actualmente suspendido o expulsado de cualquier escuela pública o privada de este estado, o cualquier otro estado; por una acción de delito relacionado con un arma, alcohol o drogas, o por haber hecho daño intencional a otra persona, o por cualquier acto de violencia cometido en la propiedad escolar. "

Por favor complete lo siguiente:

Por la presente juro o afirmo que mi hijo ha sido/no ha sido (marque uno) suspendido o expulsado, y/o/ni está/no está (marque uno) actualmente suspendido o expulsado de una escuela pública o privada del estado de Pensilvania o cualquier otro estado, por un acto o delito relacionado con armas, alcohol o drogas, ni por haber hecho daño intencional a otra persona, ni/o por cualquier acto de violencia cometido a la propiedad escolar. Hago esta declaración sujeta a las penalizaciones de 24 PS § 13-1304-A (b) y 18 C.S.A. Pa. § 4904, relativas a la falsificación de declaraciones no juramentadas ante autoridades. Los datos contenidos en este documento son verdaderos y correctos según mi leal saber y entender.

Si el estudiante ha sido o está actualmente suspendido o expulsado de otra escuela, por favor complete:

Nombre de la escuela de la cual el estudiante fue suspendido o expulsado/*Name of the school from which student was suspended or expelled*: _____

Fechas de suspensión o expulsión/*Dates of suspension or expulsion*: _____

(Por favor, proporcione nombres de escuelas adicionales y fechas de expulsión o suspensión en la parte posterior de esta hoja.)

Motivo de la suspensión o expulsión (opcional) _____

(Firma del padre o encargado/*Signature of Parent or Guardian*)

(Fecha/*Date*)

Cualquier declaración intencionalmente falsa será determinada como un delito menor en tercer grado.

Este formulario se mantendrá como parte del expediente disciplinario del estudiante.

JOHN B. STETSON CHARTER SCHOOL

An ASPIRA, Inc. of Pennsylvania School
3200 "B" Street * Philadelphia, PA 19134
Phone: (215) 291-4720 * Fax: (215) 291-4168



FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN – CUESTIONARIO DE RESIDENCIA

Nombre de la Escuela/ Distrito Escolar: _____

Nombre del Estudiante: _____

Apellido

Primer Nombre

Segundo Nombre

Género: Hombre Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ Grado: ____ ID#: ____
 Mujer *Mes* *Día* *Año* *(jardín de*
infantes – 12) *(opcional)*

Dirección: _____ Teléfono: _____

Su respuesta abajo permitirá al distrito escolar definir los servicios que puede aprovechar su hijo/hija según el Acta de McKinney-Vento. Los estudiantes elegibles tienen derecho a la inscripción inmediata en la escuela, aun si ellos no tienen los documentos necesarios tales como: prueba de residencia, documentos escolares, documentos de inmunización, o partida de nacimiento. Los estudiantes elegibles según el Acta de McKinney-Vento tienen además derecho al transporte gratuito y otros servicios que ofrece el distrito escolar.

¿Dónde está el estudiante viviendo actualmente? (Por favor marque una caja.)

- En un refugio
- Con otra familia o otra persona debido a la pérdida del hogar o a dificultades económicas
- En un hotel/motel
- En un carro, parque, autobús, tren, o camping
- Otra vivienda temporal (Por favor describa): _____
- En un hogar permanente
- Casa o apartamento con el padre o tutor

Si usted está compartiendo una vivienda, por favor marque todas de las siguientes razones que se aplican:

- La pérdida de la vivienda
- Situación económica
- Temporeramente, esperando por casa o apartamento
- Asistiendo a un miembro de la familia
- Viviendo con su novio/novia
- Desempleo
- Despliegue del Padre/tutor
- Otra (Por favor explique)

¿Es usted un estudiante menor de 18 años, y que vive separado de sus padres o tutores? Marque Sí ____ No ____

Cualquier pregunta acerca de los derechos antes mencionados, se puede dirigir a Enlace Regional McKinney-Vento, al Lindsey Fick at (215) 291-4720 o con el Coordinador Regional, Alfred B. Quarles Jr., Oficina de Servicios Especializados, Iniciativa de Niños sin Hogar al (215) 400-6045. Al firmar a continuación, reconozco que he recibido y entendido los derechos antes mencionados.

Nombre de Padre, Guardián, o
Estudiante (para jóvenes sin acompañamiento)

Firma de Padre, Guardián, o
Estudiante (para jóvenes sin acompañamiento)

Fecha

THE SCHOOL DISTRICT OF PHILADELPHIA
REPORT OF PHYSICAL EXAMINATION

Name of School	Student ID #	Date Issued	
Name of Student	Date of Birth	Room/Section/Book	Grade

TO THE CARE PROVIDER

Pennsylvania law requires that students attending school in the Commonwealth be immunized and receive periodic medical examinations at stated intervals. Participation in sports also requires a physical examination. Payment for these examinations is the responsibility of the parent. Both sides of form must be completed for sports participation. THESE IMMUNIZATIONS ARE REQUIRED FOR SCHOOL ATTENDANCE. Attach a copy of the student's immunization record, or record the dates below. Minimum required doses for **Pennsylvania School Law** are shaded.

VACCINE	Enter Month, Day, and Year Each Immunization Was Given DOSES				
Diphtheria and Tetanus* (DTap, DTP, Td or DT)	1 / /	2 / /	3 / /	4 / /	5 / /
Polio, (OPV or IPV)	1 / /	2 / /	3 / /	4 / /	
Hepatitis B	1 / /	2 / /	3 / /		
Measles** - Mumps - Rubella (MMR)	1 / /	2 / /	or Measles Serology: Date Titer		
Varicella	1 / /	2 / /	Rubella Serology: Date Titer		
Other	1 / /	2 / /	Mumps disease diagnosed by a physician: Date		

* One dose must be on or after the fourth birthday.

** First dose must be on or after the first birthday and the second dose should be at least one month after the first dose.

RECORD THE FOLLOWING

1. Visual Acuity (Without Glasses) R ____ L ____	(With Glasses) R ____ L ____
2. Height _____ inches /cm Percentile _____	Weight _____ pounds / kg Percentile _____
3. Scoliosis Screening Normal <input type="checkbox"/> Abnormal <input type="checkbox"/>	Referred <input type="checkbox"/> No Referral <input type="checkbox"/>
4. Blood Pressure	Audiometric Screening R ____ L ____
5. Date of last PPD Result _____ mm	Date of last Tetanus Booster _____
6. List all medications currently being taken.	Reason for medication _____
7. Circle any condition this student has or ever had: allergy, asthma, bone fracture or dislocation, congenital abnormality, contacts or glasses, diabetes, epilepsy, head injury, hearing loss, heart trouble or murmur if any. Please specify details, under comments.	
8. Has student ever had any serious illness, injury or operation? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> If yes, please specify details.	

9. List other problems at this history or examination 1. _____ 2. _____ 3. _____	Status of the Problem		
	Under Care	Care is Complete	Referred

10. No problems identified

Comments / follow - up treatment plan / Special instructions to school

Signature of Care Provider (REQUIRED)	Telephone	Care Provider office stamp (REQUIRED)
Address	Date of Exam	

THE SCHOOL DISTRICT OF PHILADELPHIA
Report on Interscholastic Athletic Participation

School Year Ending June: _____

Name of Student	Date of Birth	Room/Section/Book	Grade
-----------------	---------------	-------------------	-------

TO THE CARE PROVIDER:

- | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--|
| | <u>Yes</u> | <u>No</u> | |
| 1. I have examined the student named on this form.
(if yes, please report results on other side) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 2. I find this student physically qualified to practice for
and participate in ALL competitive games / sports. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 3. List any special instructions or limitations for sports participation. | | | |
| _____ | | | |
| _____ | | | |
| _____ | | | |
| _____ | | | |

Signature of Care Provider (REQUIRED)	Telephone
Address	Date

To the Parent / Guardian:

1. Does this student have health insurance? Yes No

2. Name of Insurance Provider	Policy #
3. Emergency Contact	Relationship
Telephone	

I hereby give consent to this student named above to practice for and participate in ALL competitive games / sports . I give my permission for travel to and from these programs. I am fully aware of his / her health condition and limitations, if any. I allow this student to receive any emergency treatment deemed necessary by the medical personnel designated by the program authorities.

Signature of Parent / Guardian (REQUIRED)	Telephone
Address	Date