27-28 SOLICITUD DE INGRESO ANTICIPADO AL

Osseo Area Schools

1. PADRE / TUTOR

NOMBRE LEGAL	Apellido:	Nombre:	Correo Electrónico:	Número de teléfono

2. ESTUDIANTE

NOMBRE LEGAL	Apellido:	Nombre:	Segundo Nombre	Fecha de Nacimiento	Género ☐ Masucino ☐ Femenino

3. DIRECCIÓN

Nombre de la Calle y Número de la casa (Apto/Unidad#):	Ciudad:	Estado:	Código Postal:

7. HERMANOS

APELLIDO	PRIMER NOMBRE	GRADO	ESCUELA

8. FIRMA DE PADRES/CUIDADORES LEGALES

He completado y estoy de acuerdo con los siguientes términos:

- He añadido los resultados de la Evaluación de la Temprana Edad de mi hijo(a).
- Mi hijo(a) debe pasar tanto la Observación como la Evaluación Cognitiva para continuar.
- Soy responsable de asegurar, agendar y pagar por la evaluación cognitiva y los gastos asociados.
- Todas la decisiones del distrito son las finales.
- La admisión de un niño(a) de cuatro años es probatoria durante el primer trimestre.

Firmando debajo, yo certifico bajo la ley de Minnesota que soy el padre/tutor legal con autoridad para actuar, y proveer toda información verdadera y completa.

FIRMA _____ FECHA _____

Office Use Only	
ID del estudiante	
CÓDIGO DE ACCIÓN:	
Escuela de Residencia:	
Escuela Asistiendo	
Completado por:	
SAC:	
Otros:	

Centro de Inscripciones de Osseo Area Schools
7051 Brooklyn Boulevard
Brooklyn Center, MN 55429

Teléfono:(763) 585-7350
Fax: (763) 585-7368
Correo: enrollmentcenter@district279.org