



**South Florida Autism Charter Schools, Inc.**  
**Enrollment Application**  
***Aplicacion Para Matricular***

TODAY'S DATE \_\_\_\_\_  
*Fecha*

HOW DID YOU LEARN OF SFACS? \_\_\_\_\_  
*Como aprendiste de SFACS?*

STUDENT'S LEGAL NAME \_\_\_\_\_ PREFERRED NAME \_\_\_\_\_  
*Nombre legal del estudiante* *Nombre preferido*

GENDER/ *Género* \_\_\_\_\_

ADDRESS WHERE CHILD RESIDES \_\_\_\_\_ CITY, ST, ZIP \_\_\_\_\_  
*Direccion donde vive el estudiante* *Ciudad, Estado, Código Postal*

HOME PHONE NUMBER / *Numero telefonico de la casa:* (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

DATE OF BIRTH \_\_\_\_\_  
*Fecha de nacimiento*

CURRENT AGE \_\_\_\_\_ CURRENT GRADE \_\_\_\_\_ RACE \_\_\_\_\_  
*Edad* *Grado escolar* *Raza*

CHILD LIVES WITH/ *Estudiante vivecon* \_\_\_\_\_

FATHER'S NAME \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_  
*Nombre de el padre*

ADDRESS \_\_\_\_\_ CITY, ST, ZIP \_\_\_\_\_  
*Direccion* *Ciudad, Estado, Código Postal*

CELL PHONE # \_\_\_\_\_ WORK PHONE # \_\_\_\_\_  
*Telefono celular* *Telefono del trabajo*

OCCUPATION \_\_\_\_\_ EMPLOYER \_\_\_\_\_  
*Empleo* *Nombre del empleador*

MOTHER'S NAME \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_  
*Nombre de el padre*

ADDRESS \_\_\_\_\_ CITY, ST, ZIP \_\_\_\_\_  
*Direccion* *Ciudad, Estado, Código Postal*

CELL PHONE # \_\_\_\_\_ WORK PHONE # \_\_\_\_\_  
*Telefono celular* *Telefono del trabajo*

OCCUPATION \_\_\_\_\_ EMPLOYER \_\_\_\_\_  
*Empleo* *Nombre del empleador*

REASON ENROLLMENT DESIRED ATSFACS \_\_\_\_\_  
*Razon que deseas matricular en SFACS*

**South Florida Autism Charter Schools, Inc. (SFACS)**

18305 NW 75 Place •• Hialeah, Florida 33015 •• Phone: (305) 823-2700 •• Fax: (305) 823-2705 •• Website: www.sfacs.org

DIAGNOSIS / *Diagnostico* \_\_\_\_\_ DOCTOR / *Medico* \_\_\_\_\_

(Documentation must accompany application/*Incluye diagnostico escrito con la aplicacion*)

DOES STUDENT HAVE ANY KNOWN ALLERGIES? / *El estudiante tiene alergias?* \_\_\_\_\_ YES \_\_\_\_\_ NO

List the allergies / *Cual son las alergias:* \_\_\_\_\_

DOES STUDENT HAVE SEIZURES? / *El estudiante tiene convulsions?* \_\_\_\_\_ YES \_\_\_\_\_ NO

DOES STUDENT REQUIRE MEDICATIONS? / *El estudiante requiera medicamentos?* \_\_\_\_\_ YES \_\_\_\_\_ NO

IF YES, PLEASE LIST MEDICATIONS / *Cual son las medicinas?* \_\_\_\_\_

PLEASE LIST ANY OTHER MEDICAL INFORMATION / *Por favor lista cualquier otra información médica:* \_\_\_\_\_

NAME OF LAST TWO SCHOOLS ATTENDED / *Nombre de los dos escuelas:* \_\_\_\_\_

WHAT PRIVATE THERAPY DOES YOUR CHILD RECEIVE? / *¿Qué tratamiento privado recibe su hijo?:* \_\_\_\_\_

IF ON A HOME PROGRAM; WHAT METHODS ARE BEING IMPLEMENTED? i.e., Floor Time, Applied Behavior Analysis (ABA)

*Si su hijo esta en program de terapia en la casa, cuales son las terapias?* \_\_\_\_\_

HOW MANY HOURS/WEEK ARE PROVIDED? / *Cuantas horas a la semana?* \_\_\_\_\_

HAS YOUR CHILD RECEIVED THERAPY/INSTRUCTION BASED IN APPLIED BEHAVIOR ANALYSIS?

*El estudiante a recibido terapia in Applied Behavior Analysis?* \_\_\_\_\_ YES \_\_\_\_\_ NO

HAVE YOU, AS PARENTS RECEIVED TRAINING IN APPLIED BEHAVIOR ANALYSIS?

*Usted, como padre, as recibido entrenamiento en Applied Behavior Analysis?* \_\_\_\_\_ YES \_\_\_\_\_ NO

WILL YOU NEED BEFORE SCHOOL OR AFTER SCHOOL CARE SERVICES FOR YOUR CHILD?

*Usted nesicita servicios antes y despues del horario escolar?* \_\_\_\_\_ YES \_\_\_\_\_ NO

### **LEARNING READINESS:**

#### **EYE CONTACT**

\_\_\_\_\_ Makes spontaneous eye contact / *Espontaneamente le mira a los ojos?*

\_\_\_\_\_ When asked / *Si le preguntas*

\_\_\_\_\_ Does not make eye contact / *No te mira a los ojos*

#### **APPROPRIATE SITTING**

\_\_\_\_\_ Sits when asked to do so. For how long? / *Se sienta cuando dirigido. Por cuanto tiempo?*

**South Florida Autism Charter Schools, Inc. (SFACS)**

18305 NW 75 Place • Hialeah, Florida 33015 • Phone: (305) 823-2700 • Fax: (305) 823-2705 • Website:

- \_\_\_\_\_ Sits with minimal prompting / *Se sienta con minima direccion*  
\_\_\_\_\_ Does not sit appropriately / *No se sienta apropiadamente*

#### **FOLLOWING DIRECTIONS**

- \_\_\_\_\_ Follows complex directions (2 or more steps) / *Sigue instrucciones complicadas (2 o mas pasos)*  
\_\_\_\_\_ Follows simple directions ("clap hands", "sit down") / *Sigue instrucciones sencillas*  
\_\_\_\_\_ Can follow simple directions with minimal prompting / *Puede seguir instrucciones sencillas con minima asistencia*  
\_\_\_\_\_ Does not follow any directions / *No sigue instrucciones*

#### **LANGUAGE SKILLS**

- \_\_\_\_\_ Reciprocates information using sentences / *Reciproca informacion usando frases completo*  
\_\_\_\_\_ Speaks in full sentences: approximate number of words in a sentence \_\_\_\_  
*Habla en frases completo; numero aproximado de palabras en un frase*  
\_\_\_\_\_ Speaks in phrases: approximate number of words in a phrase \_\_\_\_  
*Habla en frases; numero aproximado de palabras en un frase*  
\_\_\_\_\_ Uses single words / *Se comunica con palabras singulares*  
\_\_\_\_\_ Uses manual signs / *Se comunica con signos manuales*  
\_\_\_\_\_ Does not use words or signs / *No usa palabras or signos*  
\_\_\_\_\_ Is echolalic / *El estudiante repite palabras que oye como un eco*

#### **TOILETING**

- \_\_\_\_\_ Is completely trained, toilets self / *Esta entrenado, puede usar el bano solo*  
\_\_\_\_\_ Is night trained / *Esta entrenado solamente de noche*  
\_\_\_\_\_ Is bowel trained only / *Esta entrenado a corregir solo*  
\_\_\_\_\_ Is urine trained only / *Esta entrenado a orinar solo*  
\_\_\_\_\_ Does not wear diapers but is taken to the toilet / *No usa pamper, pero tienes que llevarlo alinodoro*  
\_\_\_\_\_ Wears diapers but is toileted / *Usa pamper, pero tambien usa el inodoro*  
\_\_\_\_\_ Wears diapers all the time and never uses toilet / *Solamente usa pamper y nunca usa el inodoro*

#### **DRESSING**

- \_\_\_\_\_ Can dress independently / *Se viste solo*  
\_\_\_\_\_ Assists in dressing / *Se viste con ayuda*  
\_\_\_\_\_ Needs to be dressed / *Necesita que lo visten*  
\_\_\_\_\_ Resists dressing / *Se opone a vestirse*

#### **EATING**

- \_\_\_\_\_ Uses all/some utensils appropriately / *Usa todos o algunos utensilos apropiadamente*  
\_\_\_\_\_ Uses fingers to feed self / *Usa manos para comer*  
\_\_\_\_\_ Must be fed / *Hay que darle de comer*  
\_\_\_\_\_ Can drink from a straw / *Puede tomar con absorbente*  
\_\_\_\_\_ Has strong food aversions and preferences / *Tiene preferencias y antipatias fuertes sobre ciertas comidas*

#### **PLAY SKILLS:**

#### **FINE MOTOR ACTIVITES:**

- |                      |                                    |
|----------------------|------------------------------------|
| _____ Insert puzzles | _____ Can use crayons/pencils      |
| _____ Rompe cabezas  | _____ Usa lapis y creyones         |
| _____ Strings Beads  | _____ Plays with manipulative toys |

---

#### **South Florida Autism Charter Schools, Inc. (SFACS)**

18305 NW 75 Place • Hialeah, Florida 33015 • Phone: (305) 823-2700 • Fax: (305) 823-2705 • Website:

- \_\_\_\_\_ Put pegs in pegboard  
*Acomodar/pinchar objetos en una pizarra*
- \_\_\_\_\_ Builds with blocks  
*Amontonar bloques una arriba del otro*
- \_\_\_\_\_ Takes turns with peer or parent  
*Espera su turno con amigos y los padres*

**GROSS MOTOR ACTIVITIES:**

- |                              |   |
|------------------------------|---|
| _____ walks<br><i>camina</i> | _____ rides a bike with training wheels<br><i>puede montar bicicleta con ruedas de entrenamiento</i>    |
| _____ runs<br><i>corre</i>   | _____ rides a bike without training wheels<br><i>puede montar bicicleta sin ruedas de entrenamiento</i> |
| _____ skips<br><i>salta</i>  | _____ rollerskates<br><i>patina</i>   |
| _____ jumps<br><i>brinca</i> |   |

List other play skills in which child engages / *Otros actividades de juego que su hijo/hija se gusta:* \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**BEHAVIORS:**

Have you ever observed self-stimulatory behavior(s)? (e.g. rocking, hand regard, excessive jumping, spinning, repetitive behaviors) / *Usted a observado comportamientos para estimularse (comportamientos repetitivos, brincando, etc.)*

\_\_\_\_\_ Yes \_\_\_\_\_ No. Please describe: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Have you ever observed self-injurious behavior(s)? (e.g. biting, scratching, head banging, head hitting) / *Usted a observado comportamientos agresivos asi mismos*

\_\_\_\_\_ Yes \_\_\_\_\_ No. Please describe: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Have you ever observed aggressive behavior(s)? (e.g. hitting, pinching, kicking, biting) / *Usted a observado comportamientos agresivos a otras personas?*

\_\_\_\_\_ Yes \_\_\_\_\_ No. Please describe: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Please lists your child's likes and dislikes:

Likes / *Cosas que le gusta :* \_\_\_\_\_

Dislikes / *Cosas que no le gusta:* \_\_\_\_\_

List below any activities/behaviors you have observed your child to engage in independently while at home / *Cuales actividades usted a observado su hijo/hija puede hacienda solo en la casa:* \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

---

Does the child have a public school IEP indicating need for services for Autism Spectrum Disorder (ASD)? / *¿Su hijo tiene un IEP de la escuela pública que indica la necesidad de servicios para el espectro autista?*

\_\_\_\_\_ YES \_\_\_\_\_ NO

Does the child have a public school IEP reflecting eligibility for Autism Spectrum Disorder (ASD) placement? / *¿Su hijo tiene un IEP de la escuela pública que refleja la elegibilidad para el trastorno del espectro autista?*

\_\_\_\_\_ YES \_\_\_\_\_ NO

**ATTACHMENTS:**

***Enviar adjunto con aplicación:***

Please attach the following items as they apply to you. At a minimum, we will require a public school IEP reflecting eligibility for Autism Spectrum Disorder (ASD) services and placement.

*Sírvase adjuntar los siguientes temas que se apliquen a usted. Como mínimo, se requerirá una escuela pública del IEP que refleja la elegibilidad para el trastorno del espectro autista y los servicios de colocación.*

**REQUIRED DOCUMENTS:**

1. **(a)** Copy of the most recent public school IEP completed for your child documenting eligibility for ASD and any other related services if applicable.  
**(b)** If your child presently attends private school, please submit the last IEP done by the public school your child attended reflecting the ASD diagnosis.

**SUGGESTED DOCUMENTS:**

2. Psychological Evaluation, conducted by Public School System (if you have one)
3. Most recent ABLLS evaluation (Assessment of Basic Learning and Language Skills) (if you have one)
4. Any behavioral evaluations or behavior plans, prepared privately or by Public School System (if you have one)
5. Any Speech, Occupational, or Physical Therapy evaluations, conducted privately or by Public School System (if you have one)
6. You may include any other information you wish such as additional private evaluations, video tape, etc.

***DOCUMENTACIÓN NECESARIA:***

1. *(a) Copia de la más reciente de las escuelas públicas de IEP para su hijo completado la documentación de elegibilidad para la CIA y otros servicios relacionados con su caso.*  
*(b) Si su hijo actualmente asiste a la escuela privada, por favor envíe el último IEP realizado por la escuela pública de su hijo asistió refleja el diagnóstico de ASD.*

***DOCUMENTOS DE PROPUESTAS:***

2. *Evaluación Psicológica, realizado por Sistema de Escuelas Públicas (si tiene uno)*
3. *Los más recientes ABLLS evaluación (Evaluación de aprendizaje básicas y las habilidades lingüísticas) (si tiene uno)*
4. *Las evaluaciones de comportamiento o planes de comportamiento, preparado en privado o por el Sistema de Escuelas Públicas (si tiene uno)*
5. *Todo habla, ocupacional, o evaluaciones de terapia física, llevada a cabo en privado o por el Sistema de Escuelas Públicas (si tiene uno)*
6. *Usted puede incluir cualquier otra información que desee, como evaluaciones adicionales privadas, la cinta de vídeo, etc.*

---

**South Florida Autism Charter Schools, Inc. (SFACS)**

18305 NW 75 Place • Hialeah, Florida 33015 • Phone: (305) 823-2700 • Fax: (305) 823-2705 • Website:

To the best of my knowledge, the above information is accurate and complete. In the event of a change of address, phone number, name, etc.; I will notify the school.

*Yo confirmo que la informacion que yo e dado en esta aplicacion es correcto y completo. Si hay cambio de direcion, telefono, nombre, etc., yo notifico a la escuela.*

\_\_\_\_\_  
Parent Signature / *Firma de Padre*

\_\_\_\_\_  
Date / *Fecha*

\_\_\_\_\_  
Print Name / *Nombre deletreado*

**Submission of an Application Does Not Guarantee Admission**  
***Entregar una Aplicacion no Garantiza Matricula en la Escuela***

**SFACS is a tuition-free, public school.**  
***SFACS es una escuela publica, y no hay costo para matricula.***

---

**South Florida Autism Charter Schools, Inc. (SFACS)**

18305 NW 75 Place •• Hialeah, Florida 33015 •• Phone: (305) 823-2700 •• Fax: (305) 823-2705 •• Website: