

## Verificación de Residencia del Estudiante

Este formulario DEBE ser presentado por todos los estudiantes nuevos a la oficina de la escuela indicada antes del 16 de agosto.

Si un estudiante se muda, este formulario también debe enviarse dentro de los 5 días hábiles para confirmar la nueva dirección de residencia.

A.C.T. Escuela secundaria Magnet, 896 Main Street, Willimantic, CT 06226 • (860) 465-5636

Quinebaug Middle College, 742 Upper Maple Street, Danielson, CT 06239 • (860) 932-4040

Para ser completado por el padre o tutor (por favor imprima):

Nombre del estudiante (apellido, nombre, segundo nombre): \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Nivel de grado esperado: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

# de teléfono principal: \_\_\_\_\_ # de teléfono adicional: \_\_\_\_\_

Dirección de residencia: número, calle, # de apartamento: \_\_\_\_\_

Ciudad, estado, código postal: \_\_\_\_\_

Confirmando que la información anterior es precisa.

Firma del padre o tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**NO REGRESE A A.C.T./QMC HASTA QUE EL CUADRO A CONTINUACIÓN ESTÉ FIRMADO  
POR EL FUNCIONARIO DEL DISTRITO DE ENVÍO**

Comuníquese con la oficina de la Junta de Educación de su ciudad para concertar una cita para que completen la siguiente información a continuación. Una vez completado, devuélvalo a la oficina de la Escuela Magnet.

**Para ser completado únicamente por el Distrito Escolar de origen:**

Confirmando que el estudiante mencionado anteriormente reside en el Distrito Escolar de \_\_\_\_\_.

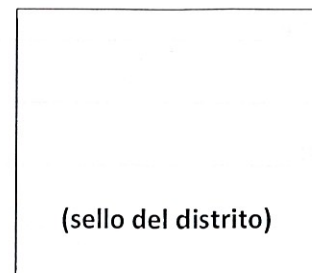
Firma del funcionario del distrito/oficial de residencia: \_\_\_\_\_

Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

# de Teléfono: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_



# EASTCONN

Where Learning Comes to Life

## Student Residency Verification

This form **MUST** be submitted by all new students to the office of the indicated school prior to August 16th.

If a student moves this form must also be submitted within 5 business days to confirm the new residency address.

A.C.T. Magnet High School, 896 Main Street, Willimantic, CT 06226 • (860) 465-5636

Quinebaug Middle College, 742 Upper Maple Street, Danielson, CT 06239 • (860) 932-4040

---

### To be completed by Parent or Guardian (please print):

Name of Student (last, first, middle): \_\_\_\_\_

Date of Birth: \_\_\_\_\_ Expected Grade Level: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Primary Phone #: \_\_\_\_\_ Additional Phone #: \_\_\_\_\_

Residence Address: Number, Street, Apt #: \_\_\_\_\_

City, State, Zip: \_\_\_\_\_

I confirm that the above information is accurate.

Parent or Guardian Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

---

**DO NOT RETURN TO A.C.T./QMC UNTIL BOX BELOW IS SIGNED BY THE SENDING DISTRICT OFFICIAL**

Please contact your town Board of Education office to arrange a time to have them complete the following information below. Once completed, please return it to the Magnet School office.

**To be completed by the sending School District only:**

I confirm that the student named above resides in \_\_\_\_\_ School District.

Signature of District Official/Residency Officer: \_\_\_\_\_

Print Name: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Phone #: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

(District Stamp)