

# HEALTH HISTORY

Parents, please provide all health information requested in this double sided form.

<b>STUDENT'S NAME:</b>			<b>DATE OF BIRTH</b>		
_____	_____	_____	/	/	_____
<i>Last Name</i>	<i>First Name</i>	<i>Middle Name</i>	<i>Month</i>	<i>Day</i>	<i>Year</i>

**FAMILY INFORMATION:** (please print)

_____	_____	_____	_____
<i>Street Address</i>	<i>Apt Number</i>	<i>City</i>	<i>Zip Code</i>

1. \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_

*Last Name*                      *First Name*                      *Primary Telephone*                       *Other*     *Work Number*

*Mother*    *Father*    *Legal Guardian*    *Other:* \_\_\_\_\_      *Preferred Language:* \_\_\_\_\_

**EMERGENCY CONTACT INFORMATION** (please print)

_____	_____	( ) _____	( ) _____
<i>Last Name</i>	<i>First Name</i>	<i>Primary Telephone</i>	<input type="checkbox"/> <i>Other</i> <input type="checkbox"/> <i>Work Number</i>

*Relationship to Student:* \_\_\_\_\_      *Preferred Language:* \_\_\_\_\_

**MEDICAL DOCTOR/CLINIC:**

_____	( ) _____	_____
<i>Physician/Clinic Name</i>	<i>Street/City/State/Zip Code</i>	<i>Telephone</i>

**MEDICAL HISTORY:** (Please check one response for each of the following diseases or conditions)

<p><input type="checkbox"/> Yes    <input type="checkbox"/> No    Chickenpox</p> <p><input type="checkbox"/> Yes    <input type="checkbox"/> No    German Measles (<i>Rubella</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> Yes    <input type="checkbox"/> No    Measles</p> <p><input type="checkbox"/> Yes    <input type="checkbox"/> No    Mumps</p> <p><input type="checkbox"/> Yes    <input type="checkbox"/> No    Pneumonia</p> <p><input type="checkbox"/> Yes    <input type="checkbox"/> No    Rheumatic Fever</p> <p><input type="checkbox"/> Yes    <input type="checkbox"/> No    Scarlet Fever</p>	<p><input type="checkbox"/> Yes    <input type="checkbox"/> No    Tuberculosis</p> <p><input type="checkbox"/> Yes    <input type="checkbox"/> No    Whooping Cough</p> <p><input type="checkbox"/> Yes    <input type="checkbox"/> No    Vision Problems</p> <p><input type="checkbox"/> Yes    <input type="checkbox"/> No    Hearing Problems</p> <p><input type="checkbox"/> Yes    <input type="checkbox"/> No    Asthma</p> <p><input type="checkbox"/> Yes    <input type="checkbox"/> No    Eczema</p> <p><input type="checkbox"/> Yes    <input type="checkbox"/> No    Convulsions</p>	<p><input type="checkbox"/> Yes    <input type="checkbox"/> No    Headaches</p> <p><input type="checkbox"/> Yes    <input type="checkbox"/> No    Diabetic</p> <p><input type="checkbox"/> Yes    <input type="checkbox"/> No    Frequent sore throat</p> <p><input type="checkbox"/> Yes    <input type="checkbox"/> No    Kidney Problems</p> <p><input type="checkbox"/> Yes    <input type="checkbox"/> No    Heart Problems</p> <p><input type="checkbox"/> Yes    <input type="checkbox"/> No    Speech Problems</p> <p><input type="checkbox"/> Yes    <input type="checkbox"/> No    Seasonal Allergies pollen, grass, trees, etc..</p>
--	--	---

Does your child have allergies to  food or  medicine?                       **YES**     **NO**

**If you answered yes, please explain:** \_\_\_\_\_

Does your child currently suffer from a serious medical condition?     **YES**     **NO**

**If you answered yes, please list the medical condition:** \_\_\_\_\_

Has your child had any surgeries ? \_\_\_\_\_     **Yes**    **No**    **Year:** \_\_\_\_\_

Has your child had any accidents or injuries? \_\_\_\_\_     **Yes**    **No**    **Year:** \_\_\_\_\_

Pre-K & K Students has your child had a lead screening?                       **Yes**    **No**    **Date:** \_\_\_\_\_

**ATTENTION PARENTS:** Do you want to speak with a Nurse/Teacher today?    Yes  No



# HISTORIAL DE LA SALUD

Padres, favor de proporcionar la información de salud requerida en ambos lados de este formulario.



<b>NOMBRE DEL ESTUDIANTE:</b> (use letra de molde)			<b>FECHA DE NACIMIENTO</b>		
_____	_____	_____	____/____/____		
<i>Apellido</i>	<i>Nombre</i>	<i>2<sup>do</sup> Nombre</i>	<i>Mes</i>	<i>Día</i>	<i>Año</i>

**INFORMACION FAMILIAR:** (favor de usar letra de molde)

_____	_____	_____	_____
<i>Dirección</i>	<i>Número de Apartamento</i>	<i>Ciudad</i>	<i>Código Postal</i>

1. \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_  
*Apellido* *Nombre* *Teléfono Principal*  *Otro*  *Trabajo*

*Madre*  *Padre*  *Tutor*  *Otro:* \_\_\_\_\_ *Idioma Preferido:* \_\_\_\_\_

**CONTACTO DE EMERGENCIA:** (use letra de molde)

_____	_____	( ) _____	( ) _____
<i>Apellido</i>	<i>Nombre</i>	<i>Teléfono Principal</i>	<input type="checkbox"/> <i>Otro</i> <input type="checkbox"/> <i>Trabajo</i>

*relación al estudiante:* \_\_\_\_\_ *idioma preferido:* \_\_\_\_\_

**MÉDICO/CLINICA:**

_____	_____	( ) _____
<i>Nombre de Doctor/Clinica</i>	<i>Dirección/Ciudad/Estado/Código Postal</i>	<i>Teléfono</i>

**HISTORIAL MÉDICO:** (Favor de marcar una respuesta por cada una de las siguientes enfermedades o condiciones)

<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Varicela	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dolores de cabeza
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Rubeola	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Toz ferina	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Diabetes
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Sarampion	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Problemas de vision	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dolor frecuente de garganta
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Paperas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Problemas de audicion	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Problemas de riñon
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Neumonía	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Asma	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Problemas del corazón
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fiebre reumatica	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Eczema	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Problemas del habla
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fiebre escarlatina	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Convulsiones	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Alergias estacionales polen, grama, arboles etc..

¿Es el niño alérgico a  comida o  medicina?  **Sí**  **No**  
**Por favor explique:** \_\_\_\_\_

¿Su hijo sufre actualmente de una condición medica grave?  **Sí**  **No** *Si, contestó si, apunte aquí la condición.*  
\_\_\_\_\_

¿Ha tenido su hijo(a) alguna cigugía?  **Sí**  **No** \_\_\_\_\_ **Año:** \_\_\_\_\_  
¿Ha tenido su hijo(a) algun accidente o lesiones?  **Sí**  **No** \_\_\_\_\_ **Año:** \_\_\_\_\_  
Estudiantes de Pre-k y Kinder ¿Ha tenido una prueba de plomo?  **Sí**  **No** **Fecha:** \_\_\_\_\_

<b>ATENCION PADRES: Desea usted entrevistarse con la Enfermera hoy?</b>	<b>Sí</b> <input type="checkbox"/>	<b>No</b> <input type="checkbox"/>
---	------------------------------------	------------------------------------

<b>NOMBRE DEL ESTUDIANTE:</b> (use letra de molde)			<b>FECHA DE NACIMIENTO</b>		
_____	_____	_____	/	/	_____
<i>Apellido</i>	<i>Nombre</i>	<i>2<sup>do</sup> Nombre</i>	<i>Mes</i>	<i>Día</i>	<i>Año</i>

**MEDICAMENTOS:**

¿Está el estudiante actualmente tomando medicamentos o tratamientos?     Sí     No

- |          |              |                              |
|----------|--------------|------------------------------|
| 1. _____ | Dosis: _____ | ¿Cuántas veces al día? _____ |
| 2. _____ | Dosis: _____ | ¿Cuántas veces al día? _____ |
| 3. _____ | Dosis: _____ | ¿Cuántas veces al día? _____ |
| 4. _____ | Dosis: _____ | ¿Cuántas veces al día? _____ |

**HISTORIAL DE SALUD FAMILIAR**

¿Hay algún miembro de la familia en el hogar con una enfermedad grave?

Relación: \_\_\_\_\_ Condición: \_\_\_\_\_

**PROPORCIONE CUALQUIER OTRA INFORMACIÓN DE SALUD QUE CREA SERÁ UTIL PRA LA ENFERMERA-MAESTRA(O) DE LA ESCUELA.**

¿Quién proporciona esta información?     Padre     Tutor     Enfermera(o), Centro de Inscripción

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Indique la última escuela donde asistió el estudiante.**

Nombre de la escuela: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ciudad _____	Estado _____	Número de teléfono _____
--------------	--------------	--------------------------

¿El estudiante ha vivido o recientemente viajado fuera de los Estados Unidos?     Sí     No

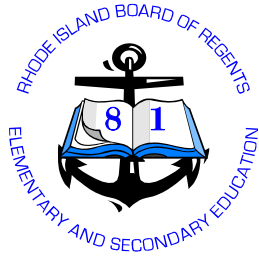
*Si contesto si, por favor indique el lugar y el tiempo de estadía.*

Lugar: \_\_\_\_\_    ¿Cuanto tiempo duro la estadía?: \_\_\_\_\_

**YO, COMPRENDO QUE ESTA INFORMACION PODRA SER COMPARTIDA Y DISCUTIDA CON EL PERSONAL ESCOLAR, CUANDO SEA NECESARIO. YO, DOY MI CONSENTIMIENTO AL PERSONAL ESCOLAR PARA COMUNICARSE E INTERCAMBIAR INFORMACION CON EL MEDICO/CLINICA DEL ESTUDIANTE DE SER NECESARIO.**

\_\_\_\_\_  
*Firma del Padre/Tutor*

\_\_\_\_\_  
*Fecha*



**RI Department of Education Home Language Survey**

**The information requested on this form is necessary for the most appropriate placement for your child as required by Rhode Island Law (R.I.G.L. § 16-54-2) and the Equal Educational Opportunity Act (20 U.S.C. §1703(f)) and will not be used for any other purposes. Thank you for your cooperation.**

**To be completed by parent or guardian:**

Student Name: \_\_\_\_\_

Registration \_\_\_\_\_ Date of \_\_\_\_\_

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

1. What language do you use most often when speaking to your child?

\_\_\_\_\_

2. What language did your child first learn to speak?

\_\_\_\_\_

3. What language does your child use most often when speaking to you?

\_\_\_\_\_

4. What language does your child use most often when speaking to other adults in the home or to their primary caretaker?

\_\_\_\_\_

5. What language does your child use most often when speaking to siblings or other children in the home?

\_\_\_\_\_

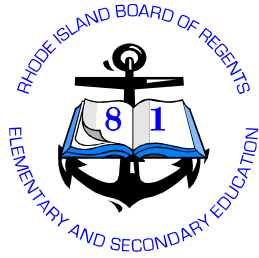
6. What language does your child use most often when speaking to friends or neighbors outside the home?

\_\_\_\_\_

Signature of Parent or Guardian

Date

Print Parent/Guardian Name



**Encuesta del Departamento de Educación de Rhode Island  
sobre el Idioma Hablado en el Hogar**

**La información solicitada en este formulario es necesaria para ubicar a su hijo/a en el lugar más adecuado para éste/a, de conformidad con la legislación de Rhode Island (Sección 16-54-2 de las Leyes Generales de Rhode Island) y la Ley de Igualdad de Oportunidades Educativas (Título 20, Sección 1703(f) del Código de los Estados Unidos), y no será empleada para ningún otro propósito. Gracias por su cooperación.**

**Esta sección debe ser llenada por uno de los padres o por el tutor:**

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_

Fecha de inscripción: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

1. ¿Qué idioma utiliza usted con más frecuencia cuando le habla a su hijo/a?

\_\_\_\_\_

2. ¿Cuál fue el primer idioma que aprendió a hablar su hijo/a?

\_\_\_\_\_

3. ¿Qué idioma utiliza su hijo/a con más frecuencia cuando le habla a usted?

\_\_\_\_\_

4. ¿Qué idioma utiliza su hijo/a con más frecuencia cuando habla con otros adultos del hogar o con la persona que está primordialmente a cargo de su cuidado?

\_\_\_\_\_

5. ¿Qué idioma utiliza su hijo/a con más frecuencia cuando habla con sus hermanos u otros niños del hogar?

\_\_\_\_\_

6. ¿Qué idioma utiliza su hijo/a con más frecuencia cuando habla con amigos o vecinos fuera del hogar?

\_\_\_\_\_

Firma del padre o tutor

Fecha

\_\_\_\_\_  
Escriba en letras de molde el nombre del padre/tutor

<b>STUDENT'S NAME:</b> <i>(nombre del estudiante)</i>		<b>DATE OF BIRTH</b> <i>(fecha de nacimiento)</i>	
<b>Last Name</b> <i>(Apellido)</i>	<b>First Name</b> <i>(nombre)</i>	<b>Middle Name</b> <i>(2do nom.)</i>	<b>Month</b> <i>(mes)</i> / <b>Day</b> <i>(día)</i> / <b>Year</b> <i>(año)</i>

1. Where was the student born?  
*¿Dónde nació el estudiante?* \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 City/Ciudad      State/Estado      Country/País

2. If the student was **not born** in the USA, when did he/she first enter the United States?  
*¿Si el estudiante **no nació** en los Estados Unidos, cuando fue que primero entro a los Estados Unidos?* \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Month/Mes      Day/Día      Year/Año

3. Where did he she last before reside moving to Providence?  
*¿Donde vivía el estudiante antes de llegar a Providence?* \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 City/Ciudad      State/Estatdo      Country/País

4. Has the student traveled or lived to his/her or parent's native country for any length of time? If, yes, list the information below.  
*¿El estudiante ha viajado/vivido a su país de origen o el país de origen de sus padres recientemente?*       **Yes/Sí**       **No**  
*Si contesto si, por favor apunte la información en las siguientes líneas.* \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 City/Ciudad      State/Estatdo      Country/País      Arrived/llegada      Departure/Salida

5. Did the student attend pre-school, either here in the USA or outside of the United States?  
*¿Asistió el estudiante al pre-kinder en los Estados Unidos o fuera de los Estados Unidos?*       **Yes/Sí**       **No**  
 \_\_\_\_\_  
 City/Ciudad      Country/País      Arrived/llegada      Departure/Salida

6. Has the student ever stopped attending school for an extended period of time during which he/she was of school-age?  
*¿En algún momento el estudiante ha dejado de asistir a la escuela aun siendo de edad escolar?*       **Yes/Sí**       **No**  
 \_\_\_\_\_  
 Where (donde)?      How long (¿Por cuanto tiempo?) \_\_\_\_\_

7. Does the student have any documented physical, emotional or learning disabilities, please explain?  
*¿Tiene el estudiante algún problema físico, emocional, o de aprendizaje que esté documentado, por favor explique?* \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

8. If the student speaks, reads and writes more than one language let us know which language is the student's primary language.  
*Si el estudiante habla, lee y escribe mas de un idioma favor indique cual es idioma primario del estudiante.* \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Language/Idioma

**EDUCATION HISTORY FOR STUDENT/HISTORIAL EDUCATIVO DEL ESTUDIANTE**

**Please check one (haga una selección):** The person completing this form is (la persona completando el formulario es):

- Mother/madre       Father/padre       Guardian/tutor       Other/otro: \_\_\_\_\_

<b>FOR GRADES K &amp; 1/ PARA LOS GRADOS K y 1<sup>o</sup></b>		<b>FOR GRADES 2-12/ PARA LOS GRADOS 2 al 12</b>	
<b>Does the student know the following? ¿Sabe el estudiante lo siguiente?</b>	<b>Yes/Si</b>	<b>No</b>	<b>Please place an (X) in the appropriate box. Favor de indicar su respuesta con una (X).</b>
1. Knows colors/Sabe los colores?			
2. Knows shapes/Reconoce las figuras?			
3. Knows the alphabet/Sabe el Abecedario?			
4. Recognizes letters/Reconoce las letras?			
5. Writes own name/Escribe su nombre?			
			<b>Yes/Si</b>
			<b>No</b>

**Please list the last school the student attended. (Favor de apuntar la última escuela que asistió el estudiante.)**

<b>School Name, Location and Grade Nombre de la escuela, dirección, fecha de asistencia y grado</b>	<b>Dates Attended Fechas de asistencia</b>	<b>Student Progress Progreso del estudiante</b>	<b>Programs/Services Programas/Servicios</b>	<b>Language Idioma</b>
---	--	---	--	----------------------------

School/Escuela: \_\_\_\_\_ Grade/Grado: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 City/Ciudad: \_\_\_\_\_ State/Estado: \_\_\_\_\_ Country/Pais: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 Promoted Promovido       ESL/Bilingual (bilingüe/inglés segundo idioma)       English/Ingles  
 Retained Retenido       Special Ed or IEP (PIE o educación especial)       Spanish/Español  
 To /hasta       Advanced Academic/Title I (Programa sobredotado/título I)       Other/otro: \_\_\_\_\_

**For Middle and High Students Only: Please list the school where the student completed elementary and middle if applicable.**

**Para estudiantes de escuelas intermedia y superior solamente: Favor de apuntar la escuela donde el estudiante completo la elemental y intermedia si aplica.**

Elementary (elemental)

School/Escuela: \_\_\_\_\_ Grade/Grado: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 City/Ciudad: \_\_\_\_\_ State/Estado: \_\_\_\_\_ Country/Pais: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 Promoted Promovido       ESL/Bilingual (bilingüe/inglés segundo idioma)       English/Ingles  
 Retained Retenido       Special Ed or IEP (PIE o educación especial)       Spanish/Español  
 To /hasta       Advanced Academic/Title I (Programa sobredotado/título I)       Other/otro: \_\_\_\_\_

Middle (intermedia)

School/Escuela: \_\_\_\_\_ Grade/Grado: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 City/Ciudad: \_\_\_\_\_ State/Estado: \_\_\_\_\_ Country/Pais: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 Promoted Promovido       ESL/Bilingual (bilingüe/inglés segundo idioma)       English/Ingles  
 Retained Retenido       Special Ed or IEP (PIE o educación especial)       Spanish/Español  
 To /hasta       Advanced Academic/Title I (Programa sobredotado/título I)       Other/otro: \_\_\_\_\_



## NEW STUDENT INFORMATION FORM

This student information form collects new data on race and ethnicity, following federal government guidelines. Your answers are confidential. Please complete the form in the language most comfortable for you and return it today.

*This form should be completed by a parent or legal guardian, and applies to all students new and continuing in the Providence Schools.*

Student ID: \_\_\_\_\_

First Name: \_\_\_\_\_ MI: \_\_\_\_\_

Last Name: \_\_\_\_\_

Date of Birth: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Telephone: (     ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Alternate #: (     ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Male

Female

*Optional:*

E-mail (Parent): \_\_\_\_\_

E-mail (Student): \_\_\_\_\_

**Two-part question on ethnicity and race:** The following categories are provided and required by the federal government. You need to answer both A and B. If not filled out, school personnel are required to make the selections.

### A. Ethnicity

#### Is the student Hispanic/Latino?

*(A person of Cuban, Mexican, Puerto Rican, South or Central American, or other Spanish culture or origin)*

Yes

No

### B. Race

#### What is the student's race?

*(Check as many as apply to indicate what the student considers his/her race to be)*

American Indian or Alaska Native

Asian

Black or African American

Native Hawaiian or other Pacific Islander

White

Parent Signature: \_\_\_\_\_

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

*About this form: The data with the new ethnicity and race categories will be used in the same manner that such information is currently used by the state and federal government. For example, in reporting and analyzing test results, such as the New England Common Assessment Program (NECAP).*

**Providence Public School District**

Student Registration & Placement Center  
325 Ocean Street, Providence, RI 02905  
Telephone (401) 456-1702 Fax (401) 278-0553  
www.providenceschools.org

**Providence  
Schools**

## NUEVO FORMULARIO DE INFORMACIÓN ESTUDIANTIL

Este formulario de información estudiantil recolecta nuevos datos sobre raza y etnia, siguiendo guías del gobierno federal. Sus respuestas son confidenciales. Favor de completar el formulario en el idioma en que se sienta más cómodo y devuélvalo hoy.

*Este formulario debe ser completado por un padre o representante legal y aplica a todos los estudiantes, nuevos y actuales, de las Escuelas de Providence.*

ID Estudiantil: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial: \_\_\_\_\_

Apellido: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Teléfono principal: (     ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Segundo teléfono: (     ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Hombre

Mujer

*Opcional:*

Correo electrónico (Padre): \_\_\_\_\_

Correo electrónico (Estudiante): \_\_\_\_\_

**Pregunta de dos partes sobre etnia y raza:** Las siguientes categorías son proporcionadas y requeridas por el gobierno federal. Usted debe responder a las categorías A y B. Si no las llena, el personal escolar hará las selecciones por usted.

### A. Etnia

#### ¿Es el estudiante hispano/latino?

*(Una persona cubana, mexicana, puertorriqueña, sudamericana, centroamericana o de otra cultura u origen españoles)*

Sí

No

### B. Raza

#### ¿Cuál es la raza del estudiante?

*(Marque todas las casillas que el estudiante considera aplican a su raza)*

Amerindio o nativo de Alaska

Asiático

Afro-americano

Nativo de Hawái o Isleño del Pacífico

Blanco

Firma del padre: \_\_\_\_\_

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

*Sobre este formulario: Los datos con las nuevas categorías de raza y etnia serán usadas de la misma manera en que dicha información es utilizada por el gobierno estatal y federal actualmente. Por ejemplo, al reportar y analizar resultados de exámenes, como el New England Common Assessment Program (o NECAP).*

**Distrito de Escuelas Públicas de Providence**

Centro de Inscripción & Ubicación Estudiantil  
325 calle Ocean, Providence, RI 02905  
Teléfono (401) 456-1702 Fax (401) 278-0553  
www.providenceschools.org

**Providence  
Schools**