

**DISTRITO ESCOLAR de DAVIS**  
**FORMULARIO de INFORMACION del ESTUDIANTE**

El Distrito está solicitando esta información bajo la autoridad de la Ley Administrativa del Estado R227-716 (1 al 5) y la Ley Pública 94-142 y Title IV de la Ley de Derechos Civiles.  
 Esta información se usará en forma confidencial y solamente para el propósito/s descrito por ley. Esta información no lo sujetará a usted a ningún tratamiento injusto o discriminatorio.

FOR SCHOOL USE ONLY		Proof of Residence	Variance	Track	Birth Certificate	Special Concerns	Teacher	SSID			
Apellido Legal del Estudiante		Primer Nombre legal	Segundo Nombre	Sufijo	Apellido Preferido	Primer Nombre Preferido	Fecha de Nacimiento	Grado escolar			
Masc. <input type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/>	Grupo Étnico (Escoja uno): Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No Hispano o Latino <input type="checkbox"/> Moreno o Afroamericano <input type="checkbox"/> Indio americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano o Isla Pacifico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/>			Raza (Escoja una o más, sin considerar el Grupo Étnico):							
Última escuela que asistió _____ Dirección _____					Si nació fuera de EE.UU., cuál país _____ Fecha de ingreso en EE.UU. _____						
Información del Padre o Tutor Legal					Información de la Madre o Tutora Legal						
Apellido		Primer Nombre	Segundo	Sufijo	Apellido		Primer Nombre	Segundo	Sufijo		
Dirección	Ciudad	Estado	Correo Postal	Apto. #	Primer Tel.	Dirección	Ciudad	Estado	Correo Postal	Apto. #	Primer Tel.
Dirección de Correo (si es diferente)	Ciudad	Estado	Correo Postal	Apto. #	Segundo Tel.	Dirección de Correo (si es diferente)	Ciudad	Estado	Correo Postal	Apto. #	Segundo Tel.
Lugar del Trabajo: Tel. Trabajo: ( ) # Tel. Interno	Guardián de finanzas: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Reside con: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Envíos de Correo: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				Lugar del Trabajo: Tel. Trabajo: ( ) # Tel. Interno	Guardián de finanzas: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Reside con: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Envíos de Correo: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Dirección de Correo Electrónico (e-mail)				Últimos 4 dígitos de Seguro Social (SS) para pago de almuerzo en Internet		Dirección de Correo Electrónico (e-mail)				Últimos 4 dígitos de Seguro Social (SS) para pago de almuerzo en Internet	
Información de Otro Guardian					Estado Físico del Estudiante						
Apellido		Primer Nombre	Segundo	Sufijo	<input type="checkbox"/> Anteojos/Lentes de contacto <input type="checkbox"/> Ayuda auditiva <input type="checkbox"/> Problemas físicos <input type="checkbox"/> Medicamento diario						
Dirección					Problemas de salud:						
Dirección (si es diferente)					Asistencia especial requerida para que el estudiante asista a la escuela: <input type="checkbox"/> Transporte <input type="checkbox"/> Asistencia de adulto <input type="checkbox"/> Silla de ruedas <input type="checkbox"/> Equipo especial						
Lugar del Trabajo: Tel. Trabajo: ( ) # Tel. Interno					Guardián de finanzas: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Reside con: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Envíos de Correo: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Doctor				
Dirección de correo electrónico (e-mail)					Últimos 4 dígitos del N° Seguro Social (SS) para pago de almuerzo en Internet		Doctor _____ Tel. del doctor _____ Programas Especiales que el estudiante recibe en la actualidad <input type="checkbox"/> Plan 504 <input type="checkbox"/> ESL <input type="checkbox"/> Educación Especial/Resource – Lenguaje y el Habla <input type="checkbox"/> Title I				
Aviso de ausencia o falta a la escuela por:											
<input type="checkbox"/> E-mail <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Sin notificación											
¿Qué idioma habla su hijo o hija con más frecuencia en el hogar? _____						¿Cuál es el primer idioma que aprendió su hijo o hija a hablar? _____					
¿Qué idioma habla usted con más frecuencia en el hogar (padre/s o tutor legal)? _____						¿Cuál es el primer idioma que aprendió usted hablar (padre/s o tutor/legal)? _____					

POR FAVOR COMPLETE AMBOS LADOS