



Master Pupil Form

Apellido del estudiante: _____ Nombre de pila: _____ Apodo: _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____ Estado: _____

Fecha de nacimiento: _____ Ciudad de nacimiento: _____ Edad: _____

Número de Seguro Social: _____ Género: Male Female

Raza: Indio Americano Asiático Norteamericano de origen africano Nativo de Havai o isleño de pacific Caucásico

Etnicidad: Hispano No-Hispano

Escuela actual: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Grado: _____

Escuela preparatoria más cercana a su hogar: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Coloque una marca de verificación junto a los programas que se encuentran en:

Dotados y Talentosos Educación Especial ESL/LEP/Bilingüe Sección 504 Migrante

*Si la casilla correspondiente no está seleccionada, su hijo/hija no puede recibir los servicios.

Información de los Padres/Tutores

Nombre del padre/tutor: _____ Teléfono: _____

Oficio: _____ Empleador: _____

Email(s): _____

Nombre de madre/tutora: _____ Teléfono: _____

Oficio: _____ Empleador: _____

Email(s): _____

Información en caso de emergencia

Nombre(s) de la(s) persona(s) en caso de emergencia:

1: _____ Relación a alumno: _____ Teléfono: _____

2: _____ Relación a alumno: _____ Teléfono: _____

3: _____ Relación a alumno: _____ Teléfono: _____

Nombre(s) de la(s) persona(s) que están autorizado(s) a llevar a su hijo/hija:

1: _____ Relación a alumno: _____ Teléfono: _____

2: _____ Relación a alumno: _____ Teléfono: _____

3: _____ Relación a alumno: _____ Teléfono: _____

Firma del Padre/Tutor

Fecha