

ESCUELAS DE LA REGIÓN 15

FORMULARIO DE REGISTRO

Escriba claramente en LETRA DE IMPRENTA con tinta azul o negra.

Nombre del estudiante: _____ Género: **Femenino Masculino No binario**

Segundo nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA): _____

Apellido del estudiante: _____ Sufijo: _____

¿El estudiante ha estado inscrito anteriormente en la Región 15? **Sí No** Escuela: _____ Grado: _____¿Este estudiante tiene un hermano que asiste actualmente a una escuela de la Región 15 o está siendo registrado al mismo tiempo? **Sí No****Indique los nombres de todos los hermanos:**

Nombre	Género	FDN	Nombre	Género	FDN
1.			2.		
3.			4.		

1. **Condición militar:** ¿El padre/la madre/el tutor es un miembro activo de las Fuerzas Armadas o sirve a tiempo completo en la Guardia Nacional? **Sí No**

2. Escuela anterior a la que asistió el estudiante: _____

Último grado escolar completado: **PK K 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12**

ENCUESTA SOBRE EL IDIOMA QUE SE HABLA EN EL HOGAR

3. Independientemente del idioma que habla el estudiante, ¿cuál es el idioma principal que se usa en el hogar? _____

4. ¿Cuál es el idioma más hablado por el estudiante? _____

5. ¿Cuál es el primer idioma que aprendió el estudiante? _____

6. ¿Necesitará que se traduzcan los documentos? **Sí No** Si es así, ¿a qué idioma? _____7. ¿Necesitará un intérprete en las reuniones? **Sí No** Si es así, ¿a qué idioma? _____

IDIOMA PRINCIPAL: (SOLO PARA USO DE LA OFICINA) _____

ORIGEN ÉTNICO/RAZA

8. Origen étnico: ¿El estudiante es hispano o latino? **Sí No**9. Raza: **Puede marcar más de una raza**

Indio americano o nativo de Alaska

Asiático

Negro o afroamericano

Blanco

Nativo de Hawái o de las islas del Pacífico

LUGAR DE RESIDENCIA DEL ESTUDIANTE

<u>Calle</u>		<u>Vive con</u>
<u>Ciudad</u>	<u>Estado</u>	<u>Código postal</u>

INFORMACIÓN DEL PADRE/MADRE/TUTOR

PADRE/MADRE/TUTOR N.º 1		PADRE/MADRE/TUTOR N.º 2	
Nombre:		Nombre:	
Relación:		Relación:	
Dirección:		Dirección:	
N.º de teléfono fijo:		N.º de teléfono fijo:	
N.º de teléfono móvil:		N.º de teléfono móvil:	
N.º de teléfono de trabajo:		N.º de teléfono de trabajo:	
Dirección de correo electrónico:		Dirección de correo electrónico:	
Empleador:		Empleador:	
¿Existe un acuerdo de custodia o tutela? Sí No		¿Existe un acuerdo de custodia o tutela? Sí No	
Marque todas las que correspondan: <input type="checkbox"/> Vive con <input type="checkbox"/> Puede recogerlo		Marque todas las que correspondan: <input type="checkbox"/> Vive con <input type="checkbox"/> Puede recogerlo	

PADRE/MADRE/TUTOR N.º 3- (con otra dirección)

Nombre: _____

Relación: _____

Dirección: _____

N.º de teléfono fijo: _____

N.º de teléfono móvil: _____

N.º de teléfono de trabajo: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Empleador: _____

¿Existe un acuerdo de custodia o tutela? **Sí No**

Segundo envío Y N Puede recogerlo Y N

HISTORIAL ACADÉMICO

10. Encierre en un círculo el grado anticipado al que ingresará el estudiante: **PK K 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12**

11. ¿Puede brindar registros académicos? **Sí No**

12. ¿El estudiante tiene un Plan 504? **Sí No**

13. ¿El estudiante recibe actualmente servicios de educación especial? **Sí No**

14. Si recibe educación especial, ¿tiene actualmente un plan del programa de enseñanza individual (IEP, por sus siglas en inglés)? **Sí No**

15. Información sobre la última escuela a la que asistió el estudiante (incluido el preescolar):

16. ¿Su hijo recibe actualmente apoyo de inglés como segundo idioma (ESL, por sus siglas en inglés)/inglés para personas que hablan otro idioma (ESOL, por sus siglas en inglés)? **Sí No**

17. ¿Su hijo ha recibido anteriormente apoyo de ESL/ESOL? **Sí No**

Nombre del estudiante: _____ Grado: _____ Escuela: _____

CONTACTOS DE EMERGENCIA DEL ESTUDIANTE

Indique hasta tres contactos de emergencia a los que se pueda llamar para que recojan al estudiante en caso de que no podamos comunicarnos con el padre/la madre/el tutor 1 o 2. **Los contactos deben indicarse individualmente**; no junte los nombres (p. ej., el Sr./la Sra. Smith). **NOTA: Los contactos de emergencia NO deben incluir al padre/a la madre/al tutor mencionado/a en la página anterior.**

Contacto de emergencia N.º 1		Contacto de emergencia N.º 2	
Nombre		Nombre	
Relación:		Relación:	
N.º de teléfono fijo:		N.º de teléfono fijo:	
N.º de teléfono móvil:		N.º de teléfono móvil:	
N.º de teléfono para llamar de día:		N.º de teléfono para llamar de día:	
Contacto de emergencia N.º 3			
Nombre:			
Relación:			
N.º de teléfono fijo:			
N.º de teléfono móvil:			
N.º de teléfono para llamar de día:			

CONTACTOS MÉDICOS DEL ESTUDIANTE

Brinde la información de contacto médico del estudiante a continuación.

Médico del estudiante		Dentista del estudiante	
Nombre:		Nombre:	
Número de teléfono:		Número de teléfono:	

18. ¿Este estudiante tiene alguna alergia? **Sí No** Si es así, indique cuál:

Al firmar este formulario, usted da permiso para que cualquiera de los contactos de emergencia designados recoja al estudiante en caso de cierre de emergencia de la escuela, enfermedad o perder el autobús.

Firma del padre/de la madre/del tutor: _____ Fecha: / /

Apellido en letra de imprenta: _____ Nombre en letra de imprenta: _____

*** La información de este formulario es privada y solo personas autorizadas deben acceder a ella y protegerla.

Esto es necesario para garantizar el cumplimiento de la Ley de Transferencia y Responsabilidad de los Seguros Médicos (HIPAA, por sus siglas en inglés), la Ley de Derechos de la Familia sobre la Educación y Privacidad (FERPA, por sus siglas en inglés) y los derechos individuales a la privacidad.