

DISTRITO ESCOLAR DE WESTMINSTER

OFFICE USE ONLY

STUDENT ADMISSION

Verification of Date of Birth
(Grades K, 1)

Date Enrolled _____

Date of Birth: _____

Home School _____
School _____

as recorded on:

Grade _____

Birth Certificate _____

Teacher _____

Passport _____

Records Requested _____

Baptismal Record _____

Other _____

Verified by: _____

Student Admission _____

Residency Verified _____

Emergency Card _____

Health Card _____

Chronological Age _____

Language Survey _____

PARA SER COMPLETADO POR EL PADRE O GUARDIÁN

GRADO _____ NIÑO _____ NIÑA _____

NOMBRE / ALUMNO: _____
(Legal) Apellido Nombre Segundo Nombre Fecha de Nac. Lugar de Nac. (Ciudad y Estado)

DOMICILIO: _____
Número y Calle Apt # Ciudad Código Postal Teléfono del Hogar

ÚLTIMA ESCUELA/PREESCOLAR DE ASISTENCIA _____
Nombre de la Escuela
Domicilio de la Última Escuela Ciudad Código Postal Teléfono de la Escuela

Inscrito Anteriormente en el Distrito Escolar de Westminster SI _____ NO _____ AÑO _____

Sin Hogar SI _____ NO _____ Hijo Adoptivo SI _____ NO _____

Ascendencia India Americana SI _____ NO _____

Padre _____
Apellido Nombre Lugar de Nac. Ocupación Teléfono Trabajo/Celular
Domicilio, si es diferente al del alumno _____

Madre _____
Apellido Nombre Lugar de Nac. Ocupación Teléfono Trabajo/Celular
Domicilio, si es diferente al del alumno _____

Padrastro _____
Apellido Nombre Lugar de Nac. Ocupación Teléfono Trabajo/Celular
Domicilio, si es diferente al del alumno _____

Guardián Legal _____
Apellido Nombre Lugar de Nac. Ocupación Teléfono Trabajo/Celular
Domicilio, si es diferente al del alumno _____

¿Viven ambos padres? **Padre** SI _____ NO _____ **Madre** SI _____ NO _____
Año que murió Año que murió

¿Existe separación o divorcio? Si alguno, indique cuál _____

¿Con quién vive el alumno? (Por favor marque) Padre _____ Madre _____ Padrastro _____ Madrastra _____
Abuela _____ Abuelo _____ Guardián _____ (diga la relación) Otro _____

Lenguaje de Preferencia para materiales escritos _____

TODOS LOS NINOS EN LA FAMILIA (Por favor escriba el mayor primero)

Nombre	Fecha de Nac. Mes/Día/Año	Lugar de Nac. (Estado)	Relación con el Estudiante	Vive en el Hogar (Si o No)	Escuela de Asistencia

NECESIDADES ESPECIALES

¿Ha estado el estudiante inscrito en alguna clase de Educación Especial? SI ___ NO ___

Si es así, por favor marque todas las áreas de servicio y o colocación:

Programa de Recursos Especiales (RSP) ___ Terapia de Habla y Lenguaje ___ Clase de Educación Especial (SDC) ___

Consejería ___ Gifted and Talented Education (GATE) ___ Otro _____

CONDICIÓN MÉDICA (Marque cualquiera de las áreas en las que su hijo tenga una necesidad médica especial)

Audición ___ Visión ___ Habla ___ Dental ___ Ataques ___ Ortopedia ___

Otro _____

Asma/Alergia (*especifique*) _____

Lesión Seria o Discapacidad Física (*Por favor explique*) _____

Medicamentos (*Por favor enumere*) _____

Razón del Medicamento _____

NIVEL DE EDUCACION DE LOS PADRES (Seleccione uno, marque el nivel educativo más alto de uno de los padres)

(Esta información es requerida para evaluación Estatal)

No Graduado de High School

Graduado de High School

Algo de Universidad

Graduado de Universidad

Escuela de Grad./ Estudios Post Grad.

Rehusó Declarar/ Desconocido

Yo, por la presente verifico, segun mi leal saber y entender, que toda la información en esta forma es exacta y correcta. Yo autorizo al Distrito Escolar de Westminster para transferir archivos cuando sean requeridos por la próxima escuela de asistencia.

_____ Firma

_____ Relación con el Estudiante

_____ Fecha