



Distrito Escolar de Janesville Formulario de Inscripción Familiar

527 S Franklin St. Janesville, WI 53548 Telefono: (608)743-5011 Fax : 608-743-5154

Firma del padre, madre o tutor legal: _____ Fecha: _____

Información del estudiante: Al escribir todos los niños de hasta 18 años que viven en la casa, dará permiso al Distrito Escolar de Janesville para comunicarse con usted con el fin de inscribirlos en la escuela. Utilice hojas adicionales si es necesario.

***¿Alguno de sus hijos ha asistido alguna vez a las escuelas de Janesville? Si es así, ¿quién?**

¿Alguno de sus hijos ha sido expulsado alguna vez o tiene una expulsión pendiente? Si es así, ¿quién?

Estudiante que va a inscribir

Grado: _____ Fecha de Nac.: ____/____/____ Sexo: _____

mes día año

Apellido(s): _____

Primer nombre: _____

Segundo nombre: _____

Ciudad de nacimiento: _____

Estado: _____

¿Recibe este estudiante servicios de educación especial?

Si No

¿Tiene este estudiante un Plan 504? Si No

¿Tiene este estudiante un problema de salud? Si No

Hispano/Latino Si No

Raza: (marque cualquiera que corresponda; debe marcar al menos uno)

Nativo Americano/Nativo de Alaska

Asiático

Negro/Afroamericano

Nativo de Hawái/Otra Isla del Pacífico

Blanco

Hermano(a) del estudiante que va a inscribir*si no está ya en la lista anterior

Grado: _____ Fecha de Nac.: ____/____/____ Sexo: _____

mes día año

Apellido(s): _____

Primer nombre: _____

Segundo nombre: _____

Ciudad de nacimiento: _____

Estado: _____

¿Recibe este estudiante servicios de educación especial?

Si No

¿Tiene este estudiante un Plan 504? Si No

¿Tiene este estudiante un problema de salud? Si No

Hispano/Latino Si No

Raza: (marque cualquiera que corresponda; debe marcar al menos uno)

Nativo Americano/Nativo de Alaska

Asiático

Negro/Afroamericano

Nativo de Hawái/Otra Isla del Pacífico

Blanco

Hermano(a) del estudiante que va a inscribir*si no está ya en la lista anterior

Grado: _____ Fecha de Nac.: ____/____/____ Sexo: _____

mes día año

Apellido(s): _____

Primer nombre: _____

Segundo nombre: _____

Ciudad de nacimiento: _____

Estado: _____

¿Recibe este estudiante servicios de educación especial?

Si No

¿Tiene este estudiante un Plan 504? Si No

¿Tiene este estudiante un problema de salud? Si No

Hispano/Latino Si No

Raza: (marque cualquiera que corresponda; debe marcar al menos uno)

Nativo Americano/Nativo de Alaska

Asiático

Negro/Afroamericano

Nativo de Hawái/Otra Isla del Pacífico

Blanco

Dirección Principal													
Número y Nombre de Calle					# de Apt.								
Ciudad		Estado	Código Postal		Número telefónico del hogar								
Padre/madre/tutor legal que vive en la dirección principal													
Apellido		Nombre		Inicial del segundo nombre									
Parentesco con el estudiante		Fecha de nacimiento: / / <small>mes día año</small>		Sexo									
Correo electrónico			Tel. del trabajo		Número de celular								
Padre/madre/tutor legal que vive en la dirección principal													
Apellido		Nombre		Inicial del segundo nombre									
Parentesco con el estudiante		Fecha de nacimiento: / / <small>mes día año</small>		Sexo									
Correo electrónico			Tel. del trabajo		Número de celular								
Dirección secundaria (sólo es necesaria si un padre/madre/tutor no vive en la dirección principal)													
Dirección Secundaria													
Número y Nombre de Calle					# de Apt.								
Ciudad		Estado	Código Postal		Número telefónico del hogar								
Padre/madre/tutor legal que vive en la Dirección Secundaria													
Apellido		Nombre		Inicial del segundo nombre									
Parentesco con el estudiante		Fecha de nacimiento: / / <small>mes día año</small>		Sexo									
Correo electrónico			Tel. del trabajo		Número de celular								
Padre/madre/tutor legal que vive en la Dirección Secundaria													
Apellido		Nombre		Inicial del segundo nombre									
Parentesco con el estudiante		Fecha de nacimiento: / / <small>mes día año</small>		Sexo									
Correo electrónico			Tel. del trabajo		Número de celular								
For Office Use Only:		Language Survey		Proof Of ID		Proof Of Residency		Birth Cert		Imm		MKV	
		<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N		<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N		<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N		<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N		<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N		<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	
School to Attend		Start Date		Parent Log in				Parent Temp Password		Address Path			