



# 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	<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		