FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DE ESTUDIANTES

Nombre de la escuela: _____

Student #: _____
Room #: _____
Teacher: _____

Información del estudiante

Apellido: _____ Primer Nombre: _____ Segundo: _____ Apodo: _____

Grado: _____ Género: _____ Lenguaje Primario del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Estado o País de nacimiento: _____ _____ Transferido de: (Escuela/Locación) _____

¿Recibe el estudiante servicios de Educación Especial? Sí _____ No _____ Excepcionalidad Primaria: _____

Raza y Etnicidad (Requeridas por la Oficina Administrativa y de Presupuesto de los Estados Unidos y por el Ministerio de Educación de los Estados Unidos)
La Parte A pertenece sólo a la etnicidad, no a la raza. Sin importar lo que seleccione en la Parte A, por favor responda la Parte B marcando una o más razas. Si usted elige no responder a cualquiera de estas preguntas, a un empleado del distrito escolar se le requerirá por ley, que provea esta información basándose en la observación.

Parte A. ¿Es este estudiante Hispano/Latino? (Elija una respuesta)

___ No ___ Sí, (personas de Cuba, México, Puerto Rico, Centro y Sur América u otras culturas de origen hispano, sin importar la raza)

Parte B. ¿Cuál es la raza de este estudiante? (Elija una o más):

___ India Americana o Nativa de Alaska ___ Asiática ____ Negra o Afro-Americana ____ Hawaiana Nativa o de las Islas del Pacífico ____ Blanca

Residencia Primaria del Estudiante

Domicilio: _____Ciudad: _____ Estado: _____ Cód. Postal: _____

Correo Postal: (si es diferente) _____ Teléfono familiar: (_____) _____

¿Sin registrar? Sí _____ No _____ Número de teléfono móvil del estudiante: (_____) _____ Subdivisión: _____
¿Cuál fue el primer idioma que su hijo aprendió a hablar/usar?_____ ¿Qué idioma habla/usa su hijo en su casa?_____

¿En qué idioma le habla usted a su hijo?_____ ¿En qué idioma hablan los adultos que de manera regular viven/frecuentan la casa cuando su hijo está presente?_____

¿Algún adulto en la familia del estudiante necesita un Intérprete de Lenguaje de Señas? Sí _____ No _____

*¿Es este un estudiante elegible para los servicios proveiíos bajo la Ley de Asistencia de Personas sin Hogar McKinney-Vento?: Sí _____

**Número de Seguro Social del estudiante: _____

** Proveer el número de seguro social del estudiante es voluntario. De cualquier manera, omitirlo podría impactar el hecho de que reciba asignación a ciertos programas como la certificación directa para el programa de almuerzos reducidos o gratis, servicios especiales y archivos precisos de los puntajes en los transcriptos de su estudiante para Directiva Universitaria.

Padres/Tutores Legales en la Residencia Primaria

Orden de llamada: _____ Vive con: _____ Derechos Educativos: _____ Responsabilidad Financiera: _____

Apellido: _____ Primer Nombre: _____ Relación: _____

Empleador: _____ Profesión: _____

Teléfono del trabajo: (_____) _____ Ext: _____ Núm. de Celular: (_____) _____

*Dirección de correo electrónico: _____ Militar: Activo _____ Reserva _____

* Al proveernos la dirección de correo electrónico, usted acepta recibir a través de la misma, información sobre su estudiante, incluyendo las calificaciones.

Orden de llamada: _____ Vive con: _____ Derechos Educativos: _____ Responsabilidad Financiera: _____

Apellido: _____ Primer Nombre: _____ Relación: _____

Empleador: _____ Profesión: _____

Teléfono del trabajo: (_____) _____ Ext: _____ Núm. de Celular: (_____) _____

*Dirección de correo electrónico: _____ Militar: Activo _____ Reserva _____

Nombre del estudiante: _____

Número de ID del estudiante: _____

EL PADRE QUE NO TENGA LA CUSTODIA PUEDE ACCEDER A LA INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE A NO SER QUE LO PROHIBA LA CORTE. SI EL ACCESO FUE PROHIBIDO POR LA CORTE, LA ESCUELA DEBE TENER COPIA DEL DOCUMENTO/S LEGAL/ES.

Padres/Tutores Legales en la Residencia Secundaria

Orden de Llamada: _____ Derechos Educativos: _____ Responsabilidad Financiera: _____

Apellido: _____Primer Nombre: _____ Relación: _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____Estado: _____ Cód. Postal: _____

Empleador: _____ Profesión: _____

Teléfono de casa: (_____) _____Teléfono del trabajo: (_____) _____ Ext: _____ Teléfono Celular: (_____) _____

*Correo electrónico: _____ Militar: Activo _____ Reserva _____

*Al proveernos la dirección de correo electrónico, usted acepta recibir a través de la misma, información sobre su estudiante, incluyendo las calificaciones.

Orden de Llamada: _____ Derechos Educativos: _____ Responsabilidad Financiera: _____

Apellido: _____ Primer Nombre: _____ Relación: _____

Empleador: _____ Profesión: _____

Teléfono de casa: (_____) _____ Teléfono del trabajo: (_____) _____ Ext: _____ Teléfono Celular: (_____) _____

*Correo electrónico: _____ Militar: Activo _____ Reserva _____

Contactos de emergencia adicionales

Nombre: _____ Relación: _____

Teléfono de casa: (____) _____ Teléfono del trabajo: (_____) _____Teléfono Celular u otro: (_____) _____

Nombre: _____ Relación: _____

Teléfono de casa: (_____) _____ Teléfono del trabajo: (_____) _____ Teléfono Celular u otro: (_____) _____

Nombre: _____ Relación: _____

Teléfono de casa: (_____) _____ Teléfono del trabajo: (_____) _____ Teléfono Celular u otro: (_____) _____

Guardería: _____ Dirección: _____ Teléfono: (_____) _____

Otros Niños

Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Género	Fecha de nacim.	Escuela	Grado

Instrucciones Especiales No relacionadas con lo Médico

_____

_____

_____

For Office Use Only

First Date Membership _____ School of Residence_____ Home District _____ Mileage _____

Proof of Identity _____ AYP School _____ Subdivision _____ Map Grid _____

Enrollment Code _____ Receipt # _____