

ESCUELAS PÚBLICAS DE PLAINVILLE

PLAINVILLE, MASSACHUSETTS FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DE ESTUDIANTES

Documentos necesarios para registrarse: Certificado de nacimiento original-Examen físico (dentro de 1 año) – Registros de vacunación (con plomo) – Documentos legales

Nombre: _____ Género: _____ Grado: _____
Nombre Segundo nombre (obligatorio) Apellido

Dirección: _____ Teléfono de casa: _____

Fecha de nacimiento: _____ Lugar de nacimiento: _____
Ciudad Estado País

Padre 1 / Nombre del tutor: _____ Padre de crianza Sí No

Dirección (si es diferente del estudiante): _____

Teléfono (si es diferente del estudiante): _____

~~Teléfono~~ celular: _____ Lugar de empleo: _____ Teléfono de trabajo: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Padre 2 / Nombre del tutor: _____

Dirección (si es diferente del estudiante): _____

Teléfono (si es diferente del estudiante): _____

Ocupación: _____ Trabajo Teléfono: _____ Lugar de empleo: _____ Dirección de _____ Teléfono celular: _____
correo electrónico: _____ Padre de crianza Sí No

¿Se habla algún idioma que no sea inglés en el hogar? Sí No En caso afirmativo, ¿idioma hablado? _____

Nota: Si su información de contacto cambia, notifique a la oficina principal de inmediato al 508-699-1304 (Jackson School) o al 508-699-1312 (Wood School) para que podamos actualizar sus registros.

¿Su hijo tiene alergias u otras afecciones médicas que la escuela debe tener en cuenta? Sí No _____

Servicios especiales recibidos hasta la fecha: _____

¿Ha asistido el estudiante a años académicos completos en una o más escuelas en uno o más estados*?

Sí No En caso afirmativo, ¿cuántos?

* **Estados:** cualquiera de los 50 estados, el Estado Libre Asociado de Puerto Rico, el Distrito de Columbia, Guam, Samoa Americana, las Islas Vírgenes, las Islas Marianas del Norte o el territorio en fideicomiso de las Islas del Pacífico.

¿Estudia en una escuela pública? _____ ☐ Sí ☐ No

SOLO PARA USO DE OFICINA: HR: BUS #: FECHA DE INGRESO: (FIN) _____

Todas las escuelas públicas de la Commonwealth admitirán estudiantes sin distinción de raza, color, sexo, identidad de género, religión, origen nacional, falta de vivienda, discapacidad u orientación sexual.

**ESCUELAS PÚBLICAS DE PLAINVILLE
PLAINVILLE, MASSACHUSETTS**

Otros hijos de la familia:

Nombre

Grado

Fecha de nacimiento

Alergias

SOLICITADO POR EL DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN

RESPONDA LAS PREGUNTAS 1 Y 2:

1. ¿Este estudiante es hispano o latino? (Elija SOLO uno)

- No, no hispano ni latino
- Sí, hispano o latino (una persona de origen cubano, mexicano, puertorriqueño, cubano, sudamericano o centroamericano, u otra cultura u origen español, independientemente de su raza).

2. ¿Cuál es la raza del estudiante? (Elija uno O más)

- Indio americano o nativo de Alaska (una persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos originarios de América del Norte y del Sur (incluida América Central) y que mantiene afiliación tribal o apego a la comunidad).
- Asiático (una persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos originarios del Lejano Oriente, el sudeste asiático o el subcontinente indio, incluidos, por ejemplo, Camboya, China, India, Japón, Corea, Malasia, Pakistán, las Islas Filipinas, Tailandia y Vietnam)
- Negro o afroamericano (una persona que tiene orígenes en cualquiera de los grupos raciales negros de África).
- Nativo de Hawái u otras islas del Pacífico (una persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos originales de Hawái, Guam, Samoa u otras islas del Pacífico).
- Blanco (una persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos originarios de Europa, Medio Oriente o África del Norte)

Enumere dos o tres vecinos o parientes cercanos que asumirán el cuidado temporal de su hijo si no se le puede localizar.

1. Nombre: _____
Dirección: _____
Teléfono: _____ Inicio Trabajo Relación celular: _____
2. Nombre: _____
Dirección: _____
Teléfono: _____ Inicio Trabajo Relación celular: _____
3. Nombre: _____
Dirección: Teléfono: Hogar Trabajo Relación celular: _____

En caso de accidente o enfermedad grave, solicito al colegio que se ponga en contacto conmigo. Si la escuela no puede comunicarse conmigo, por la presente autorizo a la escuela a llamar al médico indicado a continuación y seguir sus instrucciones. Si es imposible contactar a este médico, la escuela puede hacer los arreglos que parezcan necesarios.

Doctor: _____

Dirección: Teléfono: Firma del padre o tutor Fecha: _____

Todas las escuelas públicas de la Commonwealth admitirán estudiantes sin distinción de raza, color, sexo, identidad de género, religión, origen nacional, falta de vivienda, discapacidad u orientación sexual.