



JACKSON TOWNSHIP SCHOOL DISTRICT STUDENT REGISTRATION FORM ESPANOL

Central Registration Office Use Only!

School to attend:	<input type="checkbox"/> CRS	<input type="checkbox"/> EES	<input type="checkbox"/> HCJ	<input type="checkbox"/> LHS	<input type="checkbox"/> SES	<input type="checkbox"/> JT 5-6	<input type="checkbox"/> JTMS	<input type="checkbox"/> JTHS	
	Home school (if different):						First Entry Date in H.S. (gr. 9-12):		
Classification:	<input type="checkbox"/> IEP		<input type="checkbox"/> 504 Plan			<input type="checkbox"/> ESL (permission to be screened/participate attached)			
<input type="checkbox"/> Affidavit of Guardianship attached					Letter of Request/Approval Attached:			<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
Present Grade:		Year of Graduation:		Enrollment Date:		Bus #			
Student ID#		SID#		Family Code:					
Registration Date:		Registrar:		PCC Code:					

Información de Estudiante: Imprima / complete toda la información para cada estudiante que se registre.

Nombre (Primero, Segundo, Apellido):									
Fecha de Nacimiento:		Genero:	<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Femenino	Grado:				
Lugar de Nacimiento(hospital):	Ciudad:	Condado:	Estado:	Pais:					
Fecha de Entrada a EE.UU (si no nació en EE.UU):		Primera fecha de ingreso en la escuela de EE. UU (si no nació en EE. UU):							
Etnicidad:	<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> American Indian/Alaskan <input type="checkbox"/> Asiatico <input type="checkbox"/> Hawaiano/ Isla del Pacifico								
Idioma hablado en casa:									

Información de dirección residencial del estudiante:

Dirección:		Apartamento/Unit #	
Ciudad/Código:		¿Residencia de terceros?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Cuánto tiempo ha vivido en este hogar? _____	¿Tiene residencia (s) en otro lugar, y si es así, dónde están y cuándo vive allí? : <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No _____		
EL ESTUDIANTE ESTÁ VIVIENDO ACTUALMENTE: () DOUBLED UP () EN UN REFUGIO () UN MOTEL/HOTEL () SIN HOGAR			
Estudiante vive con:	<input type="checkbox"/> Ambos Padres <input type="checkbox"/> Madre * <input type="checkbox"/> Padre * <input type="checkbox"/> Guardian* *¿Tiene la custodia legal del niño mencionado anteriormente? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No *Si es que sí, <input type="checkbox"/> Custodia Completa <input type="checkbox"/> Custodia Compartida <input type="checkbox"/> Liberación Restringida - Si hay algún problema relacionado con la custodia y la liberación de su hijo, tenga en cuenta que la escuela debe tener una copia de los documentos legales en nuestros archivos.		
Padre/Guardian #1:		<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padres <input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Padrasto <input type="checkbox"/> Guardian	
Teléfono de Casa:		Número de Celular	Número de Trabajo:
Correo Electrónico:			
Marital Status:		Ocupación:	
Por Favor marque uno:	<input type="checkbox"/> No conectado a militar <input type="checkbox"/> Servicio Activo <input type="checkbox"/> Guardia Nacional o Reserva <input type="checkbox"/> Desconocido –se desconoce si los estudiantes están conectados militarmente		
Padre/Guardian #2:		<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Padrasto <input type="checkbox"/> Guardian	
Padre/Guardian #1 ha dado permiso a este contacto para recoger a los estudiantes de la escuela: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
Teléfono de Casa:		Número de Celular	Número de Trabajo:
Correo Electrónico:			
Marital Status:		Ocupación:	
Por Favor marque uno:	<input type="checkbox"/> No conectado a militar <input type="checkbox"/> Servicio Activo <input type="checkbox"/> Guardia Nacional o Reserva <input type="checkbox"/> Desconocido –se desconoce si los estudiantes están conectados militarmente		

Información de Contacto en caso de Emergencia: (Alguien que no sea padre / guardián)

Nombre		Numero	Relación a estudiante
El padre / tutor ha dado permiso a este contacto de emergencia para recoger a los estudiantes de la escuela:			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Nombre		Numero:	Relación a estudiante
El padre / tutor ha dado permiso a este contacto de emergencia para recoger a los estudiantes de la escuela:			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Nombre		Numero	Relación a estudiante
El padre / tutor ha dado permiso a este contacto de emergencia para recoger a los estudiantes de la escuela:			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

Información de Hermanos: TODOS los niños de la familia desde el mayor hasta el menor.

Nombre		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Fecha/ Nacimiento
¿Hermano(a) asiste a la escuela en Jackson? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
Cual Escuela?			

Nombre		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Fecha/ Nacimiento
¿Hermano(a) asiste a la escuela en Jackson? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
Cual Escuela?			

Nombre		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Fecha/ Nacimiento
¿Hermano(a) asiste a la escuela en Jackson? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
Cual Escuela ?			

Información escolar anterior:

El alumno previamente matriculado en el Distrito Escolar del Municipio de Jackson?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	"Si", que escuela y cuando?
De cualquier manera, complete el cuadro a continuación.		

Por Favor complete las líneas a continuación aunque su hijo asistió o no a las escuelas de el Distrito de Jackson

Mi hijo estaba recibiendo la(s) siguiente asistencia en su escuela anterior: (marque todo lo que corresponda)

<input type="checkbox"/> Estudiante visto por CST	<input type="checkbox"/> Terapia del lenguaje	<input type="checkbox"/> Basic Skills	<input type="checkbox"/> Plan de 504
<input type="checkbox"/> Estudiante referido a CST	<input type="checkbox"/> ELL/Educación Bilingue	<input type="checkbox"/> Matemáticas <input type="checkbox"/> Reading <input type="checkbox"/> Language Arts	<input type="checkbox"/> IEP
<input type="checkbox"/> Estudiante clasificado por el CST	<input type="checkbox"/> Avanzado	<input type="checkbox"/> Almuerzo gratis o reducido	<input type="checkbox"/> Estudiante Retenido "Si", que grado?

¿Recibe los siguientes beneficios? (si es así, por favor proporcione el número de caso):

SNAP	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	# de Caso:
TANF	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	# de Caso:
FDPIR	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	# de Caso:

Información de Salud:

Estado actual del seguro de salud de su hijo	Cubierto (SI) <input type="checkbox"/>	Cubierto (NO) <input type="checkbox"/>
"SI" Nombre de la compañía de seguro		
¿Su hijo está afectado por alguna de las siguientes condiciones de salud?: (marque todo lo que corresponda)		
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Corazon	<input type="checkbox"/> Diabetes
<input type="checkbox"/> Escuchando	<input type="checkbox"/> Visión	<input type="checkbox"/> ADHD
<input type="checkbox"/> ADD		
Otros problemas de salud importantes:		

Nombre de Padre/Guardián

Firma de Padre/Guardián

Fecha