ESCUELAS DEL CONDADO DAVIDSON: INSCRIPCIÓN GRADOS K-8

Nombre Legal del Estudiante _____ _____ _____
Apellido(s) Nombre Inicial

La Escuela de Inscripción:_____

I. COMPROBANTE DE DOMICILIO DOMICILIO 911 del Estudiante y Padre/Guardián Legal
(Requisito del Reglamento del Consejo Educativo)

Domicilio 911 _____
Direcciones para llegar de la escuela a la casa _____
_____

Copias de Documentos Adjuntos:

_____ Cuenta de Luz y Serv. Públicos
_____ Cuenta de Teléfonos
_____ Verificación Cambio Postal
_____ Contrato Arrendamiento ____ Otro
_____ Declaración de Impuestos/Taxes
_____ Tarjeta Registro de Vehículo

Verificado por: _____
Por la presente verifico que la información que precede es correcta y asumo responsabilidad por cualquier información falsa.

_____ _____
Firma de Padres Fecha

II. DECLARACIÓN PARA INSCRIPCIÓN del Padre ó Guardián Legal según la claúsula NCGS 115C-366(a4)

Yo, _____, habiendo jurado, primeramente, (o afirmado), declaro y digo bajo pena de perjurio que según yo sé, lo siguiente is verdadero.

1 Soy el padre, guardián legal o custodio legal del estudiante antes mencionado.
2 He presentado el acta de nacimiento y tarjeta del seguro social de mi niño.
3 Estoy domiciliado en el siguiente domicilio en el Condado Davidson:
_____
4 Recibo correo en la siguiente dirección: _____
5 Mi número telefónico es: (Casa) _____ (Trabajo) _____
(Celular) _____ (Pager) _____
6 Recientemente mi estudiante estuvo asistiendo a la Escuela _____
Dirección: _____
Ciudad_____ Estado _____
7 (Marque uno) Este estudiante _____ está _____ no está suspendido o expulsado de ninguna escuela privada o de gobierno.
8 (Marque uno) Este estudiante _____ ha sido _____ no ha sido culpable de un delito en este estado o en ningún otro estado.
9 Entiendo que el Consejo de Educación puede negar admisión a cualquier estudiante con base a la información que se requiere según esta declaración.

¡ALTO! Favor de no firmar hasta que un Notario Público se lo indique.

_____
Padres de Familia, Guardián Legal, Custodio Legal

Sworn (or affirmed) to before me on this the: _____
Day Month Year
My commission expires on:

_____ _____
Notary Public Day Month Year

INFORMACIÓN PARA INSCRIPCIÓN
Padres llenar la información en las areas blancas solamente.
ÁREAS GRISES PARA USO DE LA ESCUELA

NO ESCRIBA AQUÍ.

Puntos del 1 al 7 en la caja gris son para uso exclusivo de la escuela.

20. Estudiante reside con

(marque lo aplicable (con Círculo) :

Padre Madre

Padrastro Madrastra

Abuelo Abuela

Tío Tía

Esposo Esposa

Otro Guardián

Enviar Correo a (Círculo)

Srta.

S.

Sr.

Sra.

Rev.

Dr.

21 SI SEPARADO O DIVORCIADO, HAY QUE PRESENTAR PAPELES DE CUSTODIA. ¿Ya dió Ud. copia a la escuela? _____ Sí _____ No

22. Nombre del Padre/Guardián quien debe recibir avisos escolares:
_____
_____

23. ¿Usará el autobús? _____ Sí ____ No

8. Apellido Legal: _____
9. Nombre Legal: _____
10. Segundo Nombre Legal:_____
11. Apodo: _____
12. Fecha de Nacimiento: _____
13. Número del Seguro Social _____
14. Etnicidad: BLANCO ASIÁTICO NEGRO HISPANO MULTIPLE IND.AME
15. Género: ___ Masculino ___ Femenino
16. Núm. Tel. En casa: _____
17. Domicilio 911 del Estudiante, Calle/Ruta, # Apt.,# Lote:_____
_____
_____
18. Apartado Postal – P. O. Box para Correo (si necesario) _____
19 Ciudad & Código Postal:
_____

Puntos 24, 25, 26 y 27 en la caja gris son para USO DE LA ESCUELA

NO ESCRIBA AQUÍ

28. Marque el nivel de educación de los padres:

	Madre	Padre
Menos de Preparatoria	_____	_____
Graduado de Preparatoria/Equivalente	_____	_____
Graduado de Escuela Vocacional/Comercial	_____	_____
Graduado de Escuela Técnica/Colegio Comm	_____	_____
graduado de Universidad, Licenciatura	_____	_____
Graduado de Universidad, Maestría	_____	_____

CONTACTOS DE EMERGENCIA

Doctor/Clínica: _____ Tel.: _____
Dentista/Ortodontista: _____ Tel: _____
Hospital de Preferencia _____
¿Tiene el niño Seguro Médico o Medicaid?: _____ Sí _____ No

Información para Emergencias: Liste a 2 personas (aparte de usted) usualmente disponibles durante las horas de escuela quienes están de acuerdo en transportar y cuidar a su estudiante si ella/él se lastime o enferme y usted no esté al alcance. Primero tratamos de contactar a los padres.

Nombre: _____ Domicilio: _____
Parentesco: _____ _____
Teléfono: _____ Celular: _____ Beeper _____
Ext. ( ) Ext. ( ) Ext. ( )

Nombre: _____ Domicilio: _____
Parentesco: _____ _____
Teléfono: _____ Celular: _____ Beeper _____
Ext. ( ) Ext. ( ) Ext. ( )

Información de la Guardería

Nombre: _____ **Específicos Días allí:** **Tipo de Servicio:**
Domicilio: _____ Lun Mar Mie Jue Vier ____ Pre/Post Escuela
_____ ____Sólo antes Escuela
Persona de Contacto_____ Tel: _____ ____ Sólo desp Escuela

Padres de Familia/Guardián Legal

Madre: _____ Padre: _____
Dom. 911: _____ Dom. 911 _____
Ciudad: _____ Ciudad: _____
Tel.: _____ Tel. : _____
Cel: _____ Beeper _____ Cel: _____ Beeper _____
Compañía: _____ Compañía: _____
Patrón: _____ Patrón: _____
Tel. Trabajo: _____ Tel. Trabajo _____
Horas de Trabajo _____ Horas de Trabajo _____

ENCUESTA DE LA LENGUA MATERNA (Req. NCAC 6D.106)

1. ¿Cúal es el primer idioma que este estudiante aprendió a hablar? _____
2. ¿Qué idioma habla este estudiante con más frecuencia? _____
3. ¿Qué idioma se habla con más frecuencia en la casa? _____ _____
4. Además de los idiomas estudiados en la escuela, ¿Este estudiante habla algún otro idioma además de inglés? ___ Sí ____ No
   Si es que sí, lista de esos idiomas:_____
5. ¿Nació este estudiante fuera de los Estados Unidos?_____Sí____ No
   Si es que sí, en dónde nació?_____
6. ¿En qué mes y en qué año se inscribió el estudiante primeramente en alguna escuela en los Estados Unidos? _____

A ¿Está este estudiante inscribiéndose en la escuela después de haber estudiado en un programa de Escuela-en-Casa ? _____ Sí _____ No
Si es que sí, escriba el nombre de alguna escuela fuera de casa, el grado y las fechas en que asistió._____

B. ¿Tiene el estudiante alguna condición médica de la cual debemos estar informados? ___ Sí ____ No Si es que sí, favor de darle a la escuela toda la información.

C. ¿El estudiante tiene que tomar prescripciones médicas durante las horas de escuela de manera regular? ____ Sí ____ No
¿ Está la formulario médico archivado en la oficina?_____Sí _____No

D. ¿El estudiante es elegible para servicios para niños excepcionales? ____ Sí ____ No

E. ¿Están los padres solicitando almuerzo reducido/gratis para el estudiante?___Sí___No

F. ¿Están los padres solicitando excepción de honorarios para este estudiante?__ Sí__ No

LISTE A LOS OTROS NIÑOS EN LA FAMILIA

Nombre	Parentesco con Estudiante	Edad	Grado
_____	_____	____	____
_____	_____	____	____
_____	_____	____	____
_____	_____	____	____

NÚMERO TOTAL EN LA FAMILIA _____(incluya a los padres)

A veces la salida de la escuela cambia debido al clima, favor de enviar a mi niño a casa de la manera siguiente: _____

_____

Personas autorizadas a recoger a mi niño. (Avisar a la escuela todos los cambios)

NOMBRE _____ PARENTESCO _____
NOMBRE_____ PARENTESCO_____
NOMBRE_____ PARENTESCO_____
NOMBRE_____PARENTESCO_____

Personas NO autorizadas debido a papeles de custodia en el archivo.

NOMBRE _____ PARENTESCO _____
NOMBRE_____ PARENTESCO_____

FIRMA DE LOS PADRES: _____
FECHA: _____